



ΔΙΕΘΝΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

Διπλωματική Εργασία

**“ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΗΠΙΩΝ ΜΕ
ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ”**

της

ΑΝΤΙΓΟΝΗΣ ΔΑΟΥΚΑ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Ασπασία Οικονόμου

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στη
διοίκηση & οργάνωση εκπαιδευτικών μονάδων

Θεσσαλονίκη, ΙΟΥΝΙΟΣ 2019



Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων CreativeCommons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- Μοιραστείτε: αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- Προσαρμόστε: αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- Αναφορά Δημιουργού: Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- Μη Εμπορική Χρήση: Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- Παρόμοια Διανομή: Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια CreativeCommonsόπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Διοίκηση & Οργάνωση Εκπαιδευτικών Μονάδων του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης(βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).
-

Θεσσαλονίκη, Ιούνιος 2019

Η Δηλούσα: Αντιγόνη Δαούκα



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή με θέμα «Οι απόψεις των νηπιαγωγών για την έγκαιρη διάγνωση νηπίων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές» έχει ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων των νηπιαγωγών σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση νηπίων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, αλλά και για των γνώσεων των νηπιαγωγών σχετικά με το θέμα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών.

Αναλυτικότερα, στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί ο βαθμός ικανότητας που νιώθουν οι ίδιοι οι νηπιαγωγοί στον εντοπισμό αδιάγνωστων περιπτώσεων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, αλλά και η συχνότητα που απαντώνται στο νηπιαγωγείο τόσο διαγνωσμένες όσο και αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Επιπρόσθετα, δόθηκε έμφαση στη διερεύνηση της σημαντικότητας της έγκαιρης διάγνωσης των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών.

Η έρευνα αποτέλεσε μια ποσοτική έρευνα με διενέργεια, σε ένα δείγμα 100 νηπιαγωγών, το οποίο επιλέχθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας της χιονοστιβάδας. Αρχικά επιλέχθηκαν 10 νηπιαγωγοί μέσω τυχαίας δειγματοληψίας, από τους οποίους ζητήθηκε να προτείνουν δύο άλλους νηπιαγωγούς που διδάσκουν σε κάποιο νηπιαγωγείο της Ελλάδας. Οι κύκλοι συνεχίστηκαν μέχρι να συμπληρωθεί το απαιτούμενο δείγμα των 100 ατόμων. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε στο δείγμα των 100 νηπιαγωγών ηλεκτρονικά και περιελάμβανε 28 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 10 αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και οι υπόλοιπες αφορούσαν τις απόψεις των νηπιαγωγών για την έγκαιρη και σωστή διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών (Παράρτημα Ι). Μετά την συλλογή τους, τα δεδομένα, κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.20.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, μόνο το 50% του δείγματος νιώθει ότι είναι σε θέση να εντοπίσουν αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το ότι μόνο ένα πολύ μικρό τμήμα του ποσοστού αυτού αξιολογεί την ικανότητά του αυτή ως πολύ ή πάρα πολύ μεγάλη, αποτελεί σε κάθε περίπτωση μια σημαντική παράμετρο που θα πρέπει οι υπεύθυνοι να λάβουν υπόψη τους σχετικά με την άρτια κατάρτιση των νηπιαγωγών στο θέμα αυτό. Σε αυτό εξάλλου συνηγορεί και το ότι η συντριπτική πλειοψηφία του 91% του δείγματος δήλωσε ότι χρειάζεται να παρακολουθήσουν κάποια εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Επιπρόσθετα, στην συντριπτική τους πλειοψηφία, οι νηπιαγωγοί του δείγματος

είχαν ασχοληθεί με περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Όσον αφορά στη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σχεδόν όλα τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν μεγάλης σημασίας την έγκαιρη διάγνωση. Ιδιαίτερη βάση δίνεται στην έγκαιρη διάγνωση του αυτισμού, ενώ ακολουθούν και οι υπόλοιπες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δίνουν περισσότερη έμφαση στην άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα που βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, γεγονός που μπορεί να θεωρηθεί ως ένα απόκτημα της εμπειρίας τους. Από την άλλη πλευρά, τα μικρότερης ηλικίας άτομα δίνουν περισσότερη –αρνητική- βάση στον καθοριστικό ρόλο των γονέων και της στάσης τους ως εμπόδιο διάγνωσης του παιδιού τους με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, γεγονός που θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως έλλειψη εμπειρίας και συνειδητοποίησης του ρόλου και των δυνατοτήτων των νηπιαγωγών στον τομέα αυτό. Θα πρέπει, τέλος, να σημειωθεί ότι τα ευρήματα αυτά είναι παράλληλα με τα ευρήματα της επίδρασης της προϋπηρεσίας.

ABSTRACT

This dissertation on "The opinion of kindergarteners about the early diagnosis of toddlers with Autistic Spectrum Disorders" aims to explore the aspect of kindergarteners on the early diagnosis of toddlers with Autistic Spectrum Disorders, as well as on their knowledge about the issue of Autistic Spectrum Disorders.

More specifically, the present research has attempted to investigate the degree of ability of the kindergarteners themselves to identify undiagnosed cases of Autistic Spectrum Disorders, as well as the incidence of both diagnosed and undiagnosed cases of toddlers with Autistic Spectrum Disorders in the kindergarten. Additionally, emphasis was placed on investigating the importance of early diagnosis of Autistic Spectrum Disorders.

The survey was a quantitative survey with a sample of 100 kindergartens, which was selected using the avalanche sampling method. Initially, 10 kindergartens were selected through random sampling, of which two other kindergarten teachers in Greece were proposed. The cycles continued until the required sample of 100 individuals was completed. The questionnaire was sent to the sample of 100 kindergarten teachers electronically and comprised 28 questions, of which 10 were about the demographics of the sample and the rest were related to the opinions of kindergarteners on the early and correct diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. Once collected, the data was encoded and entered into the SPSS v.20 statistical program.

According to the results of the survey, only 50% of the sample feels they are able to detect undiagnosed cases of children with diffuse developmental disorders in kindergarten. This fact, coupled with the fact that only a very small part of this rate assesses this ability as too high or too great, is in any case an important parameter that should be taken into account by those responsible for proper training of kindergarten teachers in this field. In addition, the overwhelming majority of 91% of the sample said they needed to attend some training seminars about Autistic Spectrum Disorders. Additionally, the overwhelming majority of the sample has not deal with children with Autistic Spectrum Disorders. Regarding the importance of early diagnosis of Autistic Spectrum Disorders, it should be noted that almost all individuals who participated in the research consider that early diagnosis is of great importance. A special basis is given to early diagnosis of autism, followed by other Autistic Spectrum Disorders.

Finally, according to the results of the survey, older kindergartners give more emphasis on the close relationship and co-operation of educators and parents, which helps in the early

diagnosis of Autistic Spectrum Disorders, which can be seen as an acquisition of their experience. On the other hand, younger kindergartners give more key role to parents and their attitudes as an obstacle to diagnosing their child with diffuse developmental disorders, which could be interpreted as a lack of experience and awareness of the role and the opportunities for kindergartners in this field. Finally, it should be noted that these findings are parallel to the findings of the past service impact.

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1. Φύλο	77
Πίνακας 2. Ηλικία	78
Πίνακας 3. Έτη προϋπηρεσίας	79
Πίνακας 4. Επίπεδο σπουδών	80
Πίνακας 5. Θέση εργασίας	81
Πίνακας 6. Τόπος εργασίας	82
Πίνακας 7. Κατάρτιση στην ειδική αγωγή	83
Πίνακας 8. Οικογενειακή κατάσταση	84
Πίνακας 9. Αριθμός τέκνων	85
Πίνακας 10. Έχετε συναντήσει στις τάξεις του νηπιαγωγείου που έχετε δουλέψει παιδιά με διάγνωση ΔΑΔ	86
Πίνακας 11. Συχνότητα συνάντησης στο νηπιαγωγείο παιδιών με ΔΑΔ	87
Πίνακας 12. Εάν ναι, ποιες από τις παρακάτω ΔΑΔ έχετε συναντήσει;	88

<u>Πίνακας 13. Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με ΔΑΔ στο νηπιαγωγείο</u>	89
<u>Πίνακας 14. Εάν ναι πόσο ικανός/η νιώθετε.....</u>	90
<u>Πίνακας 15. Θεωρείτε ότι χρειάζεται να παρακολουθήσετε κάποια εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με τις ΔΑΔ</u>	92
<u>Πίνακας 16. Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε</u>	93
<u>Πίνακας 17. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ είναι μεγάλης σημασίας</u>	94
<u>Πίνακας 18. Σε ποια από τις παρακάτω ΔΑΔ θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης</u>	95
<u>Πίνακας 19. Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση ΔΑΔ στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση.....</u>	97
<u>Πίνακας 20. Κατά τη γνώμη σας υπάρχει στίγμα σχετικά με τις ΔΑΔ στα παιδιά στην εκάστοτε τοπική κοινωνία που έχετε διδάξει.....</u>	98
<u>Πίνακας 21. Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω ΔΑΔ θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα.....</u>	99
<u>Πίνακας 22. Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ</u>	100
<u>Πίνακας 23. Κατά τη γνώμη σας, η άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ</u>	102

<u>Πίνακας 24. Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι βοηθάει.....</u>	103
<u>Πίνακας 25. Κατά τη γνώμη σας η στάση των γονέων μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με ΔΑΔ</u>	104
<u>Πίνακας 26. Εάν ναι σε ποιο βαθμό.....</u>	105
<u>Πίνακας 27. Κατά τη γνώμη σας η έλλειψη ενημέρωσης των εκπαιδευτικών σχετικά με τις ΔΑΔ αποτελεί εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με ΔΑΔ.....</u>	106
<u>Πίνακας 28. Εάν ναι σε ποιο βαθμό.....</u>	108
<u>Πίνακας 29. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή της Ηλικίας</u>	109
<u>Πίνακας 30. Η επίδραση της ηλικίας</u>	110
<u>Πίνακας 31. Η επίδραση της ηλικίας II.....</u>	112
<u>Πίνακας 32. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή των ετών προϋπηρεσίας</u>	113
<u>Πίνακας 33. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας.....</u>	114
<u>Πίνακας 34. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας II</u>	116
<u>Πίνακας 35. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας III.....</u>	117
<u>Πίνακας 36. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή του</u>	

<u>επιπέδου σπουδών</u>	118
<u>Πίνακας 37. Η επίδραση του επιπέδου σπουδών</u>	120
<u>Πίνακας 38. Τα αποτελέσματα του t-test για την ανεξάρτητη μεταβλητή της θέσης εργασίας</u>	121
<u>Πίνακας 39. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή του</u> <u>τόπου εργασίας</u>	122
<u>Πίνακας 40. Τα αποτελέσματα του t-test για την ανεξάρτητη μεταβλητή της κατάρτισης στην</u> <u>ειδική αγωγή</u>	123
<u>Πίνακας 41. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή της</u> <u>οικογενειακής κατάστασης</u>	124
<u>Πίνακας 42. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή της</u> <u>οικογενειακής κατάστασης</u>	125

Περιεχόμενα Σχημάτων

Διάγραμμα 1. Φύλο	78
Διάγραμμα 2. Ηλικία	79
Διάγραμμα 3. Έτη προϋπηρεσίας	80
Διάγραμμα 4. Επίπεδο σπουδών	81
Διάγραμμα 5. Θέση εργασίας	82
Διάγραμμα 6. Τόπος εργασίας	83
Διάγραμμα 7. Τόπος εργασίας	84
Διάγραμμα 8. Οικογενειακή κατάσταση	85
Διάγραμμα 9. Αριθμός τέκνων	86
Διάγραμμα 10. Έχετε συναντήσει στις τάξεις του νηπιαγωγείου που έχετε δουλέψει παιδιά με διάγνωση ΔΑΔ;	87
Διάγραμμα 11. Εάν ναι, ποιες από τις παρακάτω ΔΑΔ έχετε συναντήσει;	89
Διάγραμμα 12. Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με ΔΑΔ στο νηπιαγωγείο.	90
Διάγραμμα 13. Εάν ναι πόσο ικανός/η νιώθετε	91

<u>Διάγραμμα 14. Θεωρείτε ότι χρειάζεται να παρακολουθήσετε κάποια εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με τις ΔΑΔ</u>	92
<u>Διάγραμμα 15. Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε</u>	93
<u>Διάγραμμα 16. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ είναι μεγάλης σημασίας</u>	95
<u>Διάγραμμα 17. Σε ποια από τις παρακάτω ΔΑΔ θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης</u>	96
<u>Διάγραμμα 18. Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση ΔΑΔ στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση</u>	97
<u>Διάγραμμα 19. Κατά τη γνώμη σας υπάρχει στίγμα σχετικά με τις ΔΑΔ στα παιδιά στην εκάστοτε τοπική κοινωνία που έχετε διδάξει</u>	98
<u>Διάγραμμα 20. Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω ΔΑΔ θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα</u>	100
<u>Διάγραμμα 21. Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ</u>	101
<u>Διάγραμμα 22. Κατά τη γνώμη σας, η άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ</u>	102
<u>Διάγραμμα 23. Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι βοηθάει</u>	103
<u>Διάγραμμα 24. Κατά τη γνώμη σας η στάση των γονέων μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με ΔΑΔ</u>	104

<u>Διάγραμμα 25. Εάν ναι σε ποιο βαθμό</u>	106
<u>Διάγραμμα 26. Κατά τη γνώμη σας η έλλειψη ενημέρωσης των εκπαιδευτικών σχετικά με τις ΔΑΔ αποτελεί εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με ΔΑΔ</u>	107
<u>Διάγραμμα 27. Εάν ναι σε ποιο βαθμό</u>	108
<u>Διάγραμμα 28. Η επίδραση της ηλικίας</u>	111
<u>Διάγραμμα 29. Η επίδραση της ηλικίας II</u>	112
<u>Διάγραμμα 30. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας</u>	115
<u>Διάγραμμα 31. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας II</u>	116
<u>Διάγραμμα 32. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας III</u>	118
<u>Διάγραμμα 33. Η επίδραση του επιπέδου σπουδών</u>	120

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιτροπή για την υπομονή και τον χρόνο που θα διαθέσει για την μεταπτυχιακή μου διατριβή. Έπειτα θα ήθελα να ευχαριστήσω την επόπτρια καθηγήτριά μου Ασπασία Οικονόμου για την πολύτιμη βοήθεια και την επιμονή που έδειξε σε όλη τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας διατριβής. Τέλος, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου και τα φιλικά μου πρόσωπα για την πολύτιμη βοήθεια που μου πρόσφεραν κατά την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Εισαγωγή

Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ως όρος χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1980, για να περιγράψουν μια κατηγορία διαταραχών. Το εγχειρίδιο που χρησιμοποιείται από τους γιατρούς και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ως ένας οδηγός για τη διάγνωση των διαταραχών είναι το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Διανοητικών Διαταραχών (DSM). Η DSM αναθεωρήθηκε το 1994, με το DSM-IV, στο οποίο εντοπίζονται πέντε διαταραχές μέσα στον ορισμό των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και είναι οι εξής:

- Αυτιστική διαταραχή
- Διαταραχή Rett
- Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή
- Διαταραχή του Asperger
- και Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (PDD-NOS).

Έτσι λοιπόν σήμερα, με τον όρο Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) αναφερόμαστε σε μια ομάδα διαταραχών που αφορούν την ανάπτυξη ενός συνόλου πολλαπλών βασικών ικανοτήτων, με κύρια στοιχεία τη δυσκολία στην επικοινωνία και στην κοινωνικοποίηση. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι οι μειωμένες ικανότητες επικοινωνίας, οι δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση, το διαταραγμένο παιχνίδι και οι στερεοτυπίες (Thompson, 2013).

Η διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, γίνεται από παιδοψυχίατρο ή αναπτυξιολόγο. Δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία για τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, ωστόσο υπάρχουν αποτελεσματικοί τρόποι παρέμβασης με πολύ καλή πρόγνωση για το μέλλον. Δύναται να χορηγηθεί κατά περίπτωση φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων συμπεριφορικών προβλημάτων ή σε κάποιες περιπτώσεις κάποιες συγκεκριμένες

δίαιτες, πάντα κατόπιν συνεννόησης με τον παιδίατρο και ειδικό διατροφολόγο/ διαιτολόγο, που μπορεί να βελτιώσουν την κατάσταση του παιδιού και να αμβλύνουν τη συμπτωματολογία.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι και μέθοδοι θεραπευτικής παρέμβασης με στόχο την καλύτερη δυνατή εξέλιξη του ατόμου με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, μερικοί από τους οποίους είναι η πρώιμη παρέμβαση και τα ειδικά θεραπευτικά ή εκπαιδευτικά σχήματα που στηρίζονται σε μεθόδους (TEECH, ABA, PECS).

Πολλές φορές το παιδί με διάγνωση Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές τόσο στην Ελλάδα όσο στη διεθνή πραγματικότητα, έρχεται αντιμέτωπο με τον κίνδυνο περιθωριοποίησης, αποκλεισμού και στίγματος. Η στάση αυτή όμως αλλάζει ριζικά τα τελευταία χρόνια ενώ επικρατεί η περισσότερη αισιόδοξη άποψη ότι το παιδί με αυτισμό μπορεί να ανταποκριθεί στην σύγχρονη θεραπευτική παρέμβαση αναπτύσσοντας κοινωνικές και ακαδημαϊκές δεξιότητες ((Bryson et al 2003).

Η ένταξη (inclusion) παιδιών με αυτισμό σε κανονικό σχολικό περιβάλλον έχει γίνει δεκτή τα τελευταία χρόνια σε πολλές δυτικές χώρες σε όλα τα επίπεδα της εκπαίδευσης με ή χωρίς παράλληλη στήριξη. Η αλλαγή της στάσης και η αποδοχή ατόμων με αυτισμό στα πλαίσια της γενικής εκπαίδευσης έχει πραγματοποιηθεί με βάση το σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με μειονεκτήματα και την πεποίθηση ότι η ανάπτυξη του ατόμου θα είναι καλύτερη σε κανονικό παρά σε χωριστό – ειδικό (segregated) πλαίσιο. Εικάζεται λοιπόν, ότι τόσο η έγκαιρη διάγνωση όσο και η επιτυχής ένταξη σε προσχολικό πρόγραμμα με παιδιά τυπικής ανάπτυξης μπορεί να αποτελέσουν την αρχή της αποφυγής του αποκλεισμού και του στίγματος και να βελτιώσουν σημαντικά την κατάσταση του παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Στο περιβάλλον αυτό το παιδί με αυτισμό θα έχει την ευκαιρία να συναναστραφεί παιδιά που προσφέρουν πρότυπα συνηθισμένης κοινωνικής συμπεριφοράς και από αυτό να λάβει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τη δική του ένταξη στην κοινωνία (Lindsay 2007).

Γίνεται σαφές από όλα τα παραπάνω ότι ο ρόλος του νηπιαγωγείου και του νηπιαγωγού τόσο στην έγκαιρη διάγνωση όσο και στην ένταξη του παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι καίριος και για το λόγο αυτό η ευθύνη για κατάρτιση και ειδική γνώση είναι ιδιαίτερα μεγάλη.

1. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

1.1 Ορισμός

Η έννοια των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών αποτελεί μια έννοια που πολλοί άνθρωποι αγνοούν ή γνωρίζουν αποσπασματικά ή και λανθασμένα πράγματα για αυτές μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Chilvers & Chowdhury, 2007).

Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν μια διαγνωστική κατηγορίας σοβαρής ψυχοπαθολογίας στην παιδική ηλικία. Σύμφωνα με το DSM-IV κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών υπάρχουν πέντε κύριες διαταραχές, εκ των οποίων ο αυτισμός θεωρείται η σοβαρότερη. Άλλες διαταραχές είναι το Asperger, οι μη καθοριζόμενες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (PDD-NOS), διαταραχή Rett και παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994).

Με απλά λόγια οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ή οι Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού, κυμαίνονται από μια σοβαρή μορφή, που ονομάζεται αυτιστική διαταραχή, σε μια πιο ήπια μορφή που είναι το σύνδρομο Asperger. Εάν ένα παιδί έχει συμπτώματα κάποιας από αυτές τις διαταραχές, αλλά δεν πληροί τα συγκεκριμένα κριτήρια για τη διάγνωση, τότε ανήκει στην περίπτωση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά (PDD-NOS). Άλλες σπάνιες, πολύ σοβαρές διαταραχές που περιλαμβάνονται στο Διάχυτες Αναπτυξιακές διαταραχές ή στις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού είναι το σύνδρομο Rett και η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή (NIMH, 2008).

Όπως και με όλες τις διαταραχές έτσι και με τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, η αξιολόγηση αποτελεί ένα ιδιαίτερα κρίσιμο στάδιο, που εξυπηρετεί πολλούς και σημαντικούς σκοπούς. Η διαταραχή του αυτισμού, του Asperger και του PDD-NOS, θεωρούνται πλέον περισσότερο ως ένα φάσμα διαταραχών, οι οποίες διαφέρουν στη σοβαρότητα των κοινωνικών / επικοινωνιακών δυσκολιών και των γλωσσικών αποτελεσμάτων (Lord & Bailey, 2002). Η ακρίβεια της διάγνωσης είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για την έρευνα που αποσκοπεί στην αποκάλυψη

του υποκειμένου αλλά η ετερογένεια και η επικάλυψη του συμπεριφοριστικού φαινοτύπου καθιστούν δύσκολο τον χαρακτηρισμό του φάσματος του αυτισμού (Akshoomoff et al., 2004; Akshoomoff, Pierce, & Courchesne, 2002)

Η σωστή διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας για την επιδημιολογική έρευνα για την ακριβή αναφορά του επιπολασμού των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και επίσης για την αντιμετώπιση σχετικών ζητημάτων σε διαγνωστικές διαφορές στο φάσμα του αυτισμού. Μια ακριβής διάγνωση είναι επίσης ζωτικής σημασίας για την πρόσβαση στην κατάλληλη παρέμβαση, τον προγραμματισμό της θεραπείας, την ενημέρωση όσον αφορά την αναπτυξιακή πορεία της διαταραχής και την κατανόηση πολλών σχετικών με τη διαταραχή ζητημάτων από τον φροντιστή καθώς και την παροχή μιας κοινής γλώσσας για τους ερευνητές. Τέλος, η αξιολόγηση είναι επίσης απαραίτητη για τον προσδιορισμό, το σχεδιασμό και την εφαρμογή των αποτελεσματικών θεραπευτικών στρατηγικών (Lord, Leventhal, & Cook, 2001).

1.1.1 Αυτισμός

Ο όρος αυτισμός προέρχεται από την λέξη «αυτός» που σημαίνει ο ίδιος εαυτός και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από το 1911, στα πλαίσια της ψυχιατρικής επιστήμης, θέλοντας να δείξει το κλείσιμο στον εαυτό και την αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (Συνοδινού, 1999).

Κατά το έτος 1943 ο ψυχίατρος Kanner αναφέρεται για πρώτη φορά στον πρώιμο νηπιακό αυτισμό, περιγράφοντας μια κατάσταση που το παιδί παρουσίαζε έλλειψη συναισθηματικού δεσίματος και μηχανική μνήμη. Μετά τη δημοσίευση του Kanner ο αυτισμός θεωρήθηκε ως μια ψυχική διαταραχή συσχετιζόμενη με τον τρόπο που το παιδί ανατρέφεται (Wing, 2000). Η θεωρία αυτή ήταν επικρατούσα μέχρι και το 1970, που ξεκίνησαν να έρχονται στο φως νέα ερευνητικά δεδομένα για τον αυτισμό ως αναπτυξιακή πλέον διαταραχή (Schopler & Reichler, 1971).

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στις πρώτες εκδόσεις της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Ασθενειών (ICD) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ο αυτισμός δεν υπάρχει καθόλου. Στην όγδοη όμως έκδοση, αναφέρεται για πρώτη φορά ο νηπιακός αυτισμός, ως ένας τύπος σχιζοφρένειας. Στην ένατη έκδοση αναφέρεται ως παιδική ψύχωση και στη δέκατη Διαγνωστικό

Στατιστικό Εγχειρίδιο DSM IV και V της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας αυτισμός ορίζεται πλέον ως «μία διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από μία ή περισσότερες συγκεκριμένες βλάβες. Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν σε αρκετούς τομείς της ανάπτυξης σοβαρή και διάχυτη βλάβη, όπως στις δεξιότητες επικοινωνίας, στις δεξιότητες που αφορούν την κοινωνική αλληλεπίδραση ή στην παρουσία ενδιαφερόντων, δραστηριοτήτων και συμπεριφοράς χαρακτηριζόμενης από στερεότυπα» (Καλύβα, 2005, σελ.9).

Όσον αφορά τον επιπολασμό του αυτισμού, εμφανίζεται από 2 έως 16 σε 10.000 άτομα του γενικού πληθυσμού (Wing, 2000) και ένα μιλίσει κανείς για διαταραχές του φάσματος του αυτισμού το νούμερο ανέρχεται σε 58 στους 10.000 (Παπαβασιλείου, 2014). Όσον αφορά στη χώρα μας, εκτιμάται ότι στο γενικό πληθυσμό υπάρχουν περίπου 4.500 παιδιά με τυπικό αυτισμό και 25.000 παιδιά με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (Τσόρμπα, 2007).

Για τη διάγνωση του αυτισμού τα θα πρέπει να τηρούνται 6 από τα 12 τυπικά κριτήρια, εκ των οποίων τα 2 τουλάχιστον να αφορούν διαταραχή στην αλληλεπίδραση του άτομο με την κοινωνία και ένα τουλάχιστον στην στερεοτυπική συμπεριφορά (Wing, 2000).

1.1.2 Σύνδρομο Rett

Το 1966 στη Βιέννη ο Andreas Rett ανακάλυψε τη διαταραχή Rett στην κλινική του, μετά από έρευνα σε 22 ασθενείς του με κοινά συμπτώματα. Στα πρώτα στάδια το σύνδρομο Rett είναι δύσκολο να διαχωριστεί διαγνωστικά από την αυτιστική διαταραχή. Όπως προαναφέρθηκε, από το 1944 και έπειτα η διαταραχή Rett εντάχθηκε στην τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου (DSM-IV) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association) ως ξεχωριστή διαγνωστική ενότητα (Γενά, 2002).

Το σύνδρομο Rett αποτελεί μία περίπλοκη γενετική νευρολογική διαταραχή, φυλοσχετιζόμενη με τα κορίτσια. Επηρεάζει την επικοινωνία και τις κινήσεις του σώματος και συχνά συνδέεται με βαριά νοητική υστέρηση και κινητική αναπηρία. Παρ' όλο που αρχικά τα συμπτώματα δεν είναι εμφανή, το σύνδρομο Rett παρουσιάζεται από τη γέννηση και γίνεται περισσότερο ευδιάκριτο στη διάρκεια του δεύτερου έτους ζωής (Kerr & Stephenson, 1985).

1.1.3 Σύνδρομο Heller ή Παιδική Αποδιοργανωτική Συμπεριφορά

Το 1930 ο Heller ανακάλυψε την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή βασιζόμενος στην κλινική αξιολόγηση 28 παιδιών, με φυσιολογική εξέλιξη ως την ηλικία των 3-4 ετών. Αρχικά η διαταραχή αυτή ονομάστηκε «βρεφονηπιακή άνοια», μετά «σύνδρομο Heller», ενώ το 1967, ο Rutter χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «αποδιοργανωτική ψύχωση της παιδικής ηλικίας». Μέχρι το 1994, η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή δεν είχε ταξινομηθεί ως ξεχωριστή διάγνωση στο DSM (Γενά, 2002).

1.1.4 Σύνδρομο Asperger

Ο Hans Asperger, το 1944 παρατήρησε ότι κάποια από τα παιδιά που παραπέμφθηκαν στην κλινική του παρουσίαζαν παρόμοια χαρακτηριστικά προσωπικότητας και συμπεριφοράς. Στα μέσα της δεκαετίας του 1940 και ενώ ο Asperger δεν μπορούσε να καταλήξει σε περιγραφή και εξήγηση για τη μικρή ομάδα των ασυνήθιστων, παρόμοιων παιδιών που του προκαλούσαν ενδιαφέρον, προτάθηκε ο όρος *Autistische Psychopathenim Kindesalter* – αυτιστική ψυχοπάθεια της παιδικής ηλικίας (Attwood, 2009).

Το 1943 στη Βαρκελώνη και το 1944 στη Βιέννη οι Kanner και Asperger αντίστοιχα αναφέρονται σε όρους όπως «αυτιστικές διαταραχές της συναισθηματικής επαφής», «πρώιμο παιδικό αυτιστικό σύνδρομο» και «αυτιστικές ψυχοπάθειες της παιδικής ηλικίας». Με τους παραπάνω όρους προσπαθούν να περιγράψουν μια ομάδα παιδιών που παρουσίαζαν προβλήματα με το λόγο, την επικοινωνία και με συγκεκριμένους τρόπους σκέψης, εξαιρετικές οπτικές ικανότητες και έντονη αδιαλλαξία σε μεταβολές (Lennard- Brown, 2004).

Για πρώτη φορά ο όρος σύνδρομο Asperger χρησιμοποιήθηκε από τη Lorna Wing, η οποία και πίστευε ότι υπήρχε ανάγκη για μια νέα διαγνωστική κατηγορία. Παρατήρησε ότι ορισμένα παιδιά που εμφάνιζαν σαφείς ενδείξεις σοβαρού αυτισμού στη νηπιακή και πρώιμη

παιδική ηλικία παρουσίαζαν σημαντική πρόοδο με εντατικά και αποτελεσματικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης. (Attwood, 2009). Επιπρόσθετα ο Peter Szatmari υποστήριξε ότι εκείνα τα παιδιά με αυτισμό που αναπτύσσουν λειτουργικό λόγο στην πρώιμη ηλικία, τελικά ακολουθούν την αναπτυξιακή πορεία και παρουσιάζουν το τυπικό προφίλ ικανοτήτων ενός παιδιού με σύνδρομο Asperger. Σύμφωνα με τους Attwood και Wing η αναπτυξιακή πορεία αυτών των παιδιών μεταβάλλεται και το προφίλ των ικανοτήτων τους κατά τη διάρκεια του δημοτικού σχολείου αντιστοιχεί στα χαρακτηριστικά του συνδρόμου Asperger.

Συμπερασματικά, το σύνδρομο Asperger ορίζεται ως μία διαταραχή της ανάπτυξης με βασικά χαρακτηριστικά τα παράξενα ενδιαφέροντα, τις σημαντικές δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και τις ασυνήθιστες μορφές συμπεριφοράς. Παρόλα αυτά, τα παιδιά με το σύνδρομο Asperger έχουν συνήθως φυσιολογική νοημοσύνη και αρκετές δεξιότητες προσαρμογής στο περιβάλλον και στην επικοινωνία. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.1.5 Μη καθοριζόμενη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή

Είναι πλέον καλά γνωστό ότι τα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές διαφέρουν ως προς τον αριθμό και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν (Szatmari et al., 2002). Στο DSM-IV, μια διαγνωστική κατηγορία εντός του φάσματος αυτού είναι οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές που δεν ορίζεται διαφορετικά (PDD-NOS). Κύρια συμπτώματα της κατηγορίας αυτής είναι η περιορισμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, οι φτωχές λεκτικές και μη λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες και οι στερεοτυπικές συμπεριφορές αλλά χωρίς πλήρη διάγνωση των κριτηρίων του αυτισμού (APA, 1994). Τα επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι το PDD-NOS είναι συχνά στον γενικό πληθυσμό, σε μια συχνότητα παρόμοια με αυτή του αυτισμού (Chakrabatri & Fombonne, 2001).

Οι PDD-NOS εμφανίζονται μετά από την ηλικία των 3 ετών, έχουν τα άτυπα συμπτώματα σε σχέση με τα 12 κριτήρια αυτισμού που καθορίζονται στο DSM-IV και λιγότερα από 6 κριτήρια τυπικά (Walker et al., 2004; Wakabayashi et al., 2007). Πολλά από τα συμπτώματα των PDD-NOS μπορεί να εμφανιστούν και σε μη PDD συνθήκες, όπως η σοβαρή νοητική καθυστέρηση ή η καθυστέρηση της γλώσσας, και μπορεί να παρουσιαστούν μαζί παρόμοιο αναπτυξιακό ιστορικό (Bishop et al., 2006).

2. Συμπτώματα, αίτια, διάγνωση & θεραπευτικές παρεμβάσεις των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών

2.1 Συμπτωματολογία

Σύμφωνα με τη Lorna Wing όταν επηρεάζονται και οι τρεις τομείς της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας και του τρόπου συμπεριφοράς και των ενδιαφερόντων, τότε συναντώνται οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Μαυρέας κ.α., 1997).

Αρχικά όσον αφορά στην κοινωνική αλληλεπίδραση κύρια συμπτώματα αποτελούν τα εξής (Γκονέλα, 2006; Wing, 2000):

- **Αποστασιοποίηση:** παιδιά αποτραβηγμένα από το περιβάλλον που συμπεριφέρονται σαν να μην υπάρχουν άλλοι άνθρωποι γύρω τους. Το πρόσωπο τους είναι συνήθως ανέκφραστο και δεν ανταποκρίνονται στο κάλεσμα της μητέρας τους. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι σε περίπτωση που κάποιος αγκαλιάσει τα παιδιά δεν βάζουν τα χέρια τους γύρω από τους άλλους. Επίσης εάν κάποιος στο άμεσο περιβάλλον τους πονάει ή του συμβαίνει κάτι, τα παιδιά αυτά δεν εκφράζουν κανένα συναίσθημα για αυτό αλλά φαίνονται τελείως αδιάφορα και απορροφημένα στον δικό τους κόσμο.
- **Παθητικός:** στην περίπτωση αυτή τα παιδιά δεν είναι εντελώς αποκομμένα από τους γύρω τους. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι δέχονται τις κοινωνικές προσεγγίσεις αλλά δεν μπορούν να πάρουν καμία πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση. Η κατηγορία αυτή έχει τα λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς αν και η βλεμματική επαφή είναι συνήθως φτωχή.
- **Ενεργητική:** αποτελεί μια ιδιόρρυθμη περίπτωση ατόμων που τους αρέσει να η παρέα των άλλων. Όμως η προσέγγιση των άλλων ατόμων γίνεται ως απαίτηση επιθυμιών. Σπάνια αντιλαμβάνονται και μπορούν να κατανοήσουν τα συναισθήματα των ανθρώπων που έρχονται σε κοινωνική επαφή, παρόλο που όταν προσεγγίζουν κάποιον μπορεί να τον

αγκαλιάζουν και να δείχνουν πολύ ζεστοί. Τέλος, η περίπτωση αυτών των ατόμων μπορεί να γίνει εύκολα και επιθετική.

- Εξεζητημένη και τυπική συμπεριφορά: συνήθως αυτά τα συμπτώματα φαίνονται κατά την περίοδο της εφηβείας. Τα άτομα αυτά είναι ιδιαίτερα τυπικά και ευγενικά, με καλές γλωσσικές δεξιότητες, αλλά αδυνατούν να κατανοήσουν τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων και η αλληλεπίδραση τους περιλαμβάνει μόνο τυπικές ατάκες ενός πλαισίου στο οποίο ζορίζονται να υποτάσσονται χωρίς να κατανοούν τους κανόνες του.

Όσον αφορά στις διαταραχές στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, η επικοινωνία των ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές είναι συνήθως δύσκολη. Και σε αυτήν την περίπτωση συναντώνται οι εξής υποπεριπτώσεις (Γκονέλα, 2006; Wing, 2000):

1. Με διαταραχές στην ανάπτυξη του λόγου, όπως καθυστέρηση ή ιδιομορφία. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η επανάληψη των λέξεων που ακούν ή της τελευταίας λέξης μιας φράσης που λένε οι άλλοι, με ακριβή μίμηση του τονισμού και της προφοράς (ηχολαλία). Σε κάποιες περιπτώσεις η χρήση των φράσεων εννοιολογικά μπορεί να είναι σωστή αλλά και όχι, με αποτέλεσμα να μη βγαίνει νόημα από τα όσα λένε. Όμως αξίζει να αναφερθεί ότι τα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές σε γενικές γραμμές κάνουν παρουσιάζουν ικανοποιητικά επίπεδα λόγου. Αξίζει να αναφερθεί ότι μπορεί να επαναλάβουν φράσεις όπως τις ακούνε συχνότερα από το οικείο περιβάλλον τους χωρίς να αλλάζουν τα πρόσωπα, αλλά κάποια από αυτά μπορεί να ξεπεράσουν το στάδιο της ηχολαλίας. Στην υπό μελέτη περίπτωση τα γραμματικά και σημασιολογικά λάθη αποτελούν συχνό φαινόμενο ενώ συχνά απουσιάζουν παντελώς οι συνδετικές λέξεις. Αξίζει τέλος να αναφερθεί ότι υπάρχουν και περιπτώσεις (πχ παιδιά με σύνδρομο Asperger), στις οποίες παρατηρείται κανονική ομιλία και λόγος.

2. Κατανόηση του λόγου: στο επίπεδο αυτό τα παιδιά με διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων. Πολλά δεν κατανοούν το λόγο και για το λόγο αυτό δεν ανταποκρίνονται όταν τους μιλούν. Κάποια άλλα παιδιά δίνουν την εντύπωση

ότι κατανοούν, όμως στην πραγματικότητα δεν καταλαβαίνουν το τι τους λέει ο συνομιλητής τους. Τυπικές δυσκολίες αποτελούν οι τα αντικείμενα με παραπάνω από ένα όνομα και οι λέξεις που έχουν διαφορετικό νόημα και ακούγονται ίδιες. Συχνές είναι και οι περιπτώσεις παιδιών ή ενηλίκων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές που ανταποκρίνονται μόνο σε συγκεκριμένες λέξεις του συνομιλητή και προσπαθούν από αυτές να βγάλουν κάποιο νόημα, γεγονός που συχνά οδηγεί σε παρερμηνεία. Τέλος, στις περιπτώσεις ατόμων με διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές παρατηρείται ότι τα άτομα μπορούν να ερμηνεύσουν μόνο κυριολεκτικά τις λέξεις, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε αδυναμία αστείων ή κάποιων προφορικών πειραγμάτων.

3. Τονισμός και έλεγχος της φωνής: τα άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές παρουσιάζουν συχνά έναν ιδιαίτερο τονισμό στην ομιλία τους. Δηλαδή μπορεί να μιλούν μονότονα χωρίς να χρωματίζουν τις λέξεις θυμίζοντας την ομιλία ενός ρομπότ. Επιπρόσθετα, συχνά αδυνατούν να ρυθμίσουν την ένταση της φωνής τους , με αποτέλεσμα να μιλούν αρκετά δυνατά χωρίς να το καταλαβαίνουν.

4. Η μη λεκτική επικοινωνία: τα άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές δεν επικοινωνούν συνήθως μη λεκτικά. Σε παιδιά πριν να μιλήσουν είναι σύνηθες να οδηγούν κάποιον από το χέρι στο σημείο που επιθυμούν και να τον βάζουν να πιάσει το αντικείμενο που επιθυμούν, χωρίς όμως να το αγγίζουν.

Τέλος, όσον αφορά στον τρόπο συμπεριφοράς και τα ενδιαφέροντα, πολλά από τα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν τη φαντασία τους και το παιχνίδι ρόλων. Αντίθετα, βλέπουν τα παιχνίδια ως αντικείμενα και τα χρησιμοποιούν μόνο για αυτό που είναι φτιαγμένα. Δεν κατανοούν το συμβολισμό και τα παιχνίδια φαντασίας και η επανάληψη της ίδιας επακριβώς σειράς τους είναι απαραίτητη. Επιπρόσθετα, τα παιδιά αυτά δεν επιθυμούν ιδιαίτερα να συναναστρέφονται και να παίζουν με τα παιδιά της ηλικίας τους. Με άλλα λόγια τα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές δεν βιώνουν την ευχαρίστηση της δημιουργικής φαντασίας σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Wing, 2000).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω οι κύριες ελλείψεις των παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές

Διαταραχές αφορούν την προσοχή (βλεμματική επαφή, διάσπαση προσοχής, εκδήλωση ανησυχίας), τον προφορικό λόγο (ηχολαλιά, ασυνάρτητος λόγος, ακατάληπτη ένταση ή κυματισμοί της φωνής, μη κατανοητός λόγος), στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (άρνηση σωματικής ή κοινωνικής επαφής, αδιαφορία για τους ανθρώπους, έλλειψη πρωτοβουλίας, απάθεια ή υπερβολική αντίδραση συναισθηματικών εκφράσεων), το παιχνίδι (απουσία συμβολισμού και παιχνιδιού ρόλων, ιδιόρρυθμη χρήση παιχνιδιών ή υπερβολικό δέσιμο με κάποια παιχνίδια), την αισθητηριακή επεξεργασία (ευαισθησία στους λευκούς ήχους ή απάθεια σε έντονους ήχους, περίεργες αντιδράσεις σε απτικά ερεθίσματα, ευαισθησία σε κάποιες γεύσεις ή οσμές, επιλεκτική προσοχή σε κάποια ερεθίσματα, μη σφαιρική επεξεργασία ερεθισμάτων), τις γνωστικές λειτουργίες (αστάθεια και παλινδρομήσεις στη μάθηση, ικανότητα στην παπαγαλία, χάσμα μεταξύ των γνωσιακών και αναπτυξιακών τομέων) και τις στερεοτυπικές αντιδράσεις (όραση σαν με μισόκλειστα μάτια, έντονη και επίμονη όσφρηση, συγκράτηση του βλωμού για ώρα μέσα στο στόμα έτσι ώστε να συγκρατείτε η γεύση, τρίψιμο δακτύλων για ώρα, τελετουργική τοποθέτηση αντικειμένων) (Γενά, 2002).

2.2 Αίτια

2.2.1 Αίτια αυτισμού

Στην παρακάτω παράγραφο αναλύονται τα πιθανά αίτια των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Αρχικά όσον αφορά στον αυτισμό, υπάρχουν πολλές θεωρίες για τους παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με τη δημιουργία του αυτισμού (Σταμάτης, 1987). Οι μέχρι τώρα ισχύουσες θεωρίες μιλούν για γενετική προδιάθεση, ανωμαλίες του εγκεφάλου, ενζυμικές ελλείψεις, ελλείψεις μετάλλων ή βιταμινών, μολύνσεις του αυτιού ή ιογενείς μολύνσεις, περιβαλλοντικούς παράγοντες και αντιβιώσεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006; Νότας, 2006).

Αρχικά αξίζει να αναφερθεί η ψυχογενής θεωρία για τα αίτια του αυτισμού, της οποίας κύριος υποστηρικτής ήταν ο Bruno Bettelheim. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι γονείς είναι οι βασικοί αίτιοι του αυτισμού του παιδιού τους (Συριοπούλου - Δελλή, 2011). Με άλλα λόγια ο

Bettelheim υποστήριξε ότι τα παιδιά αποκτούν αυτισμό όταν μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον γεμάτο φόβο και χωρίς στοργή. Υποστήριξε ότι το μη συναισθηματικό δέσιμο του γονέα με το παιδί δηλαδή προκαλεί τη «νοσηρή κατάσταση» του αυτισμού και τα συμπτώματα του αποτελούν έκφραση εχθρότητας και αναγκαστική προσαρμογή στο ψυχρό περιβάλλον (Harpe, 2003). Η θεωρία αυτή σήμερα δεν βρίσκει πολλούς υποστηρικτές και δεν μπορεί να στηριχθεί, όταν υποβάλλεται σε κριτικό έλεγχο (Συριοπούλου - Δελλή, 2011).

Μια ακόμη θεωρία θέτει ως κύρια αιτία του αυτισμού τους γενετικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τον Schreibman (2005), υπάρχουν πλέον πολλά και αδιάσειστα στοιχεία για τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία πολλών περιπτώσεων του αυτισμού. Στην ίδια κατεύθυνση οι Κάκουρος & Μανιαδάκη (2006) αναφέρουν ότι έρευνες σε μονοζυγωτικά δίδυμα δείχνουν ότι η συχνότητα εμφάνισης αυτισμού και στα δύο αδέρφια είναι της τάξης του 40 με 90%. Με άλλα λόγια εάν το ένα παιδί έχει αυτισμό το άλλο κινδυνεύει με πιθανότητα 36% να έχει κι αυτό αυτισμό και 82% πιθανότητα να εκδηλώσει κάποια χαρακτηριστικά του αυτιστικού φάσματος (Καλύβα, 2005). Επίσης, στην έρευνα του Firth (1999) βρέθηκε ότι υπάρχει ένα γενετικό αίτιο για τη γενικότερη διαταραχή της γνωστικής ανάπτυξης.

Από όλο το ερευνητικό πλαίσιο που υπάρχει μέχρι σήμερα για το γενετικό αίτιο του αυτισμού, καταλήγει κανείς στο ότι υπάρχει μια γενετική συνιστώσα στον αυτισμό, όμως δεν μπορεί κανείς να γνωρίζει λεπτομερώς πως συντελείται η γενετική αυτή επίδραση. Το πιο πιθανό σενάριο είναι αυτό που λέει ότι υπάρχει μια σύνθετη αλληλεπίδραση ενός αριθμού (δύο έως δέκα) διαφορετικών γονιδίων, χωρίς βέβαια αυτό να απαντά στο πως αποδίδονται τα γονίδια στα συμπτώματα της διαταραχής (Συριοπούλου – Δελλή, 2011).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί και πιθανή σχέση του αυτισμού με το σύνδρομο του «εύθραυστου X», που είναι μια γενετική ανωμαλία στην οποία ένα τμήμα του χρωμοσώματος X μοιάζει να είναι εύθραυστο (Βάρβογλη, 2007; Frith, 1999). Επιπρόσθετα, ειδική αναφορά θα πρέπει να γίνει όσον αφορά τον εγκέφαλο ατόμων με αυτισμό. Οι κύριες ανωμαλίες που έχουν βρεθεί εντοπίζονται στον ιππόκαμπο/αμυγδαλή και την παρεγκεφαλίδα (Bock & Goode, 2003; Rastelli & Shore, 2006). Αξιοπερίεργο είναι ότι το κέντρο της μνήμης είναι μεγαλύτερο σε παιδιά με αυτισμό, αλλά έχει ίδιο ή μικρότερο μέγεθος σε εφήβους και ενήλικες, καθώς επίσης και το ότι το μέγεθος της κεφαλής είναι μεγαλύτερο ενώ οι βρεγματικοί λοβοί είναι μικρότεροι σε παιδιά με αυτισμό (Bauman & Kemper, 2005; Rastelli & Shore, 2006).

Όσον αφορά στις νευρολογικές διεργασίες, αναφέρεται ότι περίπου στο 33% των ατόμων με αυτισμό συναντώνται αυξημένα επίπεδα σερετονίνης και μάλιστα αυτά τα αυξημένα επίπεδα παρατηρήθηκαν στο αίμα και όχι σε άλλα όργανα (Γενά, 2002; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Έτσι λοιπόν κάποια νευρολογικά συμπτώματα φαίνονται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τον αυτισμό και φαίνεται να είναι αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας εκείνων των συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχονται από το σύστημα της ντοπαμίνης (Frith, 1999).

Όσον αφορά στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, πολλές μελέτες συνηγορούν στη συσχέτιση του αυτισμού με έκθεση σε χημικές ουσίες από το περιβάλλον απευθείας (Rasteli & Shore, 2006) ή μέσω της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες, αντιεπιληπτικές φαρμακευτικές ουσίες (Lathe, 2006).

2.2.2 Αίτια διαταραχής Asperger

Μέχρι σήμερα δεν είναι γνωστό με ακρίβεια το αίτιο του συνδρόμου Asperger. Κάποιες περιπτώσεις έχουν συνδεθεί με γενετικούς παράγοντες, ενώ άλλες εγκεφαλικές βλάβες ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Gillberg, 2011). Αναλυτικότερα, το σύνδρομο Asperger αντιπροσωπεύει στο έπακρο το ανδρικό φύλο, αν και τα σύγχρονα ερευνητικά μοντέλα δεν έχουν βοηθήσει σημαντικά στο να προσδιορίσουν το λόγο που προκύπτει κάτι τέτοιο. Αν όντως, γενικά τα αρσενικά καθίστανται πιο ευάλωτα στο σύνδρομο, τότε μία μικρής έκτασης εγκεφαλική βλάβη ή μία μικρότερη γονιδιακή δόση είναι αρκετή για να τους οδηγήσει στη διαταραχή, συγκριτικά με αυτό που απαιτείται για ένα θηλυκό άτομο. Αυτή η υπόθεση θα μπορούσε να δώσει μία εξήγηση, σχετικά με την άνιση αναλογία αρρένων και θηλέων που εκδηλώνουν το σύνδρομο (Gillberg, 2011).

Όσον αφορά στις περιπτώσεις εγκεφαλικών βλαβών, υπάρχουν κάποιες συστηματικές μελέτες οι οποίες δείχνουν ότι είναι πιθανό, τέτοιοι παράγοντες να είναι υπαίτιοι και να ασκούν επιβλαβή επίδραση στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια. Επιπρόσθετα, άλλοι παράγοντες κινδύνου που είναι υπαίτιοι για την πρόκληση του συνδρόμου Asperger αποτελούν, ο προκλητός τοκετός, η υπερωριμότητα του εμβρύου, η προωρότητα και το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση του εβρύου, η πρόωμη ρήξη υμένων, η τοξιναιμία της μητέρας και η κατάχρηση αλκοόλ από την ίδια,

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Gillberg, 2011).

2.2.3 Αίτια διαταραχής Rett

Όπως και στην περίπτωση του αυτισμού και του συνδρόμου Asperger, έτσι και στη διαταραχή Rett τα ακριβή αίτια δεν είναι γνωστά. Η επικρατέστερη μέχρι σήμερα θεωρία είναι αυτή της βιολογικής αιτιολογίας, σύμφωνα με την οποία η διαταραχή συνοδεύεται από κάποιες σωματικές ανεπάρκειες που είναι ενδείξεις εκφυλιστικής νευρολογικής νόσου. Τη θεωρία αυτή επιβεβαιώνουν τα στοιχεία από το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ατόμων με σύνδρομο Rett ηλικίας έως 2 ετών, τα οποία δείχνουν χωρίς καμία εξαίρεση κάποιες ανωμαλίες καθώς και το γεγονός ότι εμφανίζεται μόνο στα κορίτσια (Γενά, 2002).

2.2.4 Αίτια Παιδικής Αποδιοργανωτικής Διαταραχής

Όπως και στις προαναφερθέντες περιπτώσεις έτσι και στην Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή, τα ακριβή αίτια δεν είναι γνωστά. Η επικρατέστερη θεωρία είναι αυτή των βιολογικών αιτιών και των στρεσογόνων περιβαλλοντικών παραγόντων. Από τις υπάρχουσες έρευνες μπορούμε να συνάγουμε το συμπέρασμα ότι, παρόλο που υπάρχουν ενδείξεις νευρολογικών ανωμαλιών, δε γνωρίζουμε επακριβώς τα αίτια που προκαλούν την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή (Γενά, 2002).

2.3 Διάγνωση

Σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV για τη διάγνωση μιας Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, απαιτείται ένας έμπειρος κλινικός ιατρός καθώς και εκτενείς πληροφορίες σχετικά

με το ιστορικό του παιδιού, το αναπτυξιακό του στάδιο, τη συμπεριφορά του σε μια πληθώρα περιστάσεων και το ιατρικό του προφίλ (Gillberg et al, 1990; Lord, et al., 1993). Αναλυτικότερα, οι βασικοί πυλώνες διάγνωσης είναι οι δυσχέρειες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και την επικοινωνία καθώς και το μειωμένο εύρος ενδιαφερόντων, δραστηριοτήτων και συμπεριφορών, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι δεν αξιολογούνται και πολλοί άλλοι τομείς συμπτωμάτων. Επειδή λοιπόν οι τομείς αξιολόγησης είναι πολλοί, συνιστάται οι αξιολογήσεις των Διάχυτων αναπτυξιακών Διαταραχών να τελείται από μια ομάδα έμπειρων και σχετικών επιστημόνων, έτσι ώστε να λαμβάνει χώρα μια διεπιστημονική αξιολόγηση τόσο της κοινωνικής συμπεριφοράς, της γλώσσας και της λεκτικής επικοινωνίας, όσο και της προσαρμοστικότητας, των κινητικών δεξιοτήτων, των άτυπων συμπεριφορών και της γνωστικής κατάστασης του παιδιού (Charman & Baird, 2002; Filipek et al., 2000; Shriver, Allen, & Matthews, 1999).

Η ομάδα αξιολόγησης περιλαμβάνει συνήθως τους εξής επιστήμονες:

- έναν έμπειρο κλινικό ψυχολόγο ή σχολικό ψυχολόγο ή παιδοψυχολόγο
- έναν λογοθεραπευτή
- έναν ιατρό παθολογίας ή παιδίατρο νευρολόγο
- και έναν κινησιοθεραπευτή.

Για την αξιολόγηση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών Έχουν αναπτυχθεί αρκετές λεπτομερείς οδηγίες. Ειδικότερα, για τον αυτισμό η πιο περιεκτική μέθοδος διάγνωσης είναι η Practice Parameter for the Screening and Diagnosis of Autism (Filipek et al., 2000). Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές αναπτύχθηκαν από μια πολυεπιστημονική ομάδα και οδήγησαν σε μια πολυεπίπεδη προσέγγιση στη διάγνωση του αυτισμού που περιλαμβάνει την ανάπτυξη, παρακολούθηση και διαλογή ανάλογα με τα συγκεκριμένα συμπτώματα που εμφανίζει το παιδί. Το Τμήμα Αναπτυξιακών Υπηρεσιών της Καλιφόρνια (2002) (California Department of Developmental Services, 2002) ανέπτυξε επίσης κατευθυντήριες γραμμές για τη διαδικασία αξιολόγησης για μικρά παιδιά που πιθανολογείται ότι έχουν ASD προκειμένου να παρέχουν κατάλληλο προγραμματισμό παρέμβασης.

Το πρώτο βήμα για τη διάγνωση αποτελεί η συνέντευξη του γονέα / φροντιστή, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για το ιατρικό και αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού, περιγραφή της παρελθούσας και της τρέχουσας λειτουργίας του, της συμπεριφοράς και των κοινωνικών θεμάτων που αντιμετωπίζει, καθώς και το οικογενειακό ιστορικό. Αυτό μπορεί να γίνει με τη χρήση τεχνικών ανεπίσημων συνεντεύξεων και / ή μιας δομημένης συνέντευξης. Διάφορες τυποποιημένες συνεντεύξεις είναι διαθέσιμες σήμερα για τη βοήθεια με διάγνωσης ASD.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται η Διαγνωστική Συνέντευξη για τον Αυτισμό-Αναθεωρημένη (ADI-R; Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994) η οποία αποτελεί ένα τυποποιημένο εργαλείο με ημιδομημένη συνέντευξη που γίνεται στον γονέα ή στον φροντιστή, με ερωτήσεις σε κάθε έναν από τους διαγνωστικούς τομείς της κοινωνικής συμπεριφοράς, της επικοινωνίας και των τελετουργικών ή επιθετικών συμπεριφορές που μπορεί να εμφανίζει το παιδί τους. Αναλυτικότερα, ο ερωτώμενος ερωτάται για την τρέχουσα συμπεριφορά του παιδιού. Αξιολογημένα άτομα μπορεί να είναι τα άτομα οποιασδήποτε ηλικίας, εφόσον οι πνευματικές τους ικανότητες βρίσκονται σε αναπτυξιακό επίπεδο τουλάχιστον 18-24 μηνών. Οι διαγνωστικές αποφάσεις βασίζονται σε στοιχεία αλγορίθμου και αντιστοιχούν και στο DSM-IV και στο ICD-10 (Rutter, Le Couteur, & Lord, 2003),

Επίσης υπάρχει το ερωτηματολόγιο κοινωνικής επικοινωνίας (SCQ, Rutter, Bailey, & Lord, 2003), το οποίο αποτελεί ένα σύντομο εργαλείο που βοηθά στην αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας και κοινωνικής λειτουργίας των παιδιών με αυτισμό. Αυτό το εργαλείο ήταν παλαιότερα γνωστό ως «το ερωτηματολόγιο ελέγχου του αυτισμού» και είχε καλή διακριτική ισχύ στο διαχωρισμό ASD από διαγνωστικές ανωμαλίες χωρίς ASD σε όλα τα επίπεδα IQ (Berument et al., 1999, Bishop & Norbury, 2002). Το ερωτηματολόγιο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιοδήποτε άτομο άνω των 4 ετών (με νοητική ηλικία άνω των 24 μηνών).

Επιπρόσθετα η Κλίμακα Αξιολόγησης Αυτισμού Gilliam (GARS, Gilliam, 1995) καθώς και η κλίμακα διαταραχής του Asperger (GADS, Gilliam, 2001) αποτελούν ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από από γονείς, εκπαιδευτικούς ή επαγγελματίες, για παιδιά με αυτισμό και διαταραχή του Asperger, αντίστοιχα. Τα στοιχεία, με βάση τα κριτήρια DSM-IV για κάθε διαταραχή προσφέρουν επίσης ένα προαιρετικό υποσύστημα που περιγράφει την ανάπτυξη κατά

τα πρώτα τρία χρόνια της ζωής. Αυτά τα εργαλεία είναι κατάλληλα για άτομα ηλικίας από 3 έως 22 ετών και παρέχουν μια συνολική βαθμολογία της πιθανότητας ενός ατόμου να έχει τη διαταραχή. Το GARS φαίνεται να έχει περιορισμένη χρήση για διαγνωστικούς σκοπούς και έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο ως εργαλείο διαλογής (South et al., 2002).

Άλλες συνεντεύξεις ή ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν τη Λίστα Ελέγχου Συμπεριφοράς Αυτισμού (ABC, Krug, Arick & Almund, 1980), η οποία συμπληρώνεται από το γονέα ή το δάσκαλο και περιλαμβάνει ερωτήσεις στους τομείς της αίσθησης, της κίνησης του σώματος και των αντικειμένων καθώς και στην γλωσσική και κοινωνική / αυτοβοήθεια. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε παιδιά ηλικίας 3 ετών και άνω.

Επιπρόσθετα, συνιστάται ιατρική αξιολόγηση προκειμένου να αποκλεισθούν άλλες συγκεκριμένες συνθήκες που μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα παρόμοια με τον αυτισμό. Γενετικές εξετάσεις μπορεί να χρειαστούν εάν υπάρχει ένα οικογενειακό ιστορικό αυτισμού, διανοητικής καθυστέρησης ή σύνδρομο X, (Filipek et al., 1999). Επιπλέον, η διαταραχή της Rett είναι τώρα αναγνωρίσιμη μέσω γενετικών δοκιμών. Η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία Παιδιατρικής συνιστά η κάθε αξιολόγηση παιδιού με αυτισμό να περιλαμβάνει εργαστηριακές εξετάσεις όπως οπτικοακουστικές εκτιμήσεις έλεγχου της όρασης, γενετικές εξετάσεις καθώς και νευρολογικές εκτιμήσεις. Πρόσθετες εξετάσεις μπορούν να διεξαχθούν με βάση τη συμπτωματολογία, όπως για παράδειγμα, δοκιμές αλλεργίας ή γαστρεντερικές δοκιμές.

Επιπρόσθετα, μια άμεση συμπεριφορική παρατήρηση είναι πρωταρχική σε μια σωστή διάγνωση, επειδή παρέχει την ευκαιρία στον κλινικό ιατρό να παρακολουθεί άμεσα το παιδί και να λάβει πληροφορίες που ενδέχεται να μην αναφέρονται άμεσα από τους γονείς ή τους φροντιστές. Οι γονείς μπορούν επίσης να αντισταθμίσουν τα ελλείμματα συμπεριφοράς και για το λόγο αυτό η αλληλεπίδραση του παιδιού υπό εξέταση με τον κλινικό ιατρό αποτελεί μια πηγή σημαντικών πληροφοριών. Η παρατήρηση συμπεριφοράς μπορεί να είναι μια άτυπη αξιολόγηση βάσει παιχνιδιού ή μπορεί να περιλαμβάνει πιο επίσημη, τυποποιημένη αξιολόγηση συμπεριφοράς. Στην ιδανική περίπτωση, η παρατήρηση πρέπει να πραγματοποιείται σε περισσότερα από ένα πλαίσια, συμπεριλαμβανομένης της παρατήρησης της Κάποιες τυποποιημένες κλίμακες παρατήρησης που αφορούν την αξιολόγηση του αυτισμού είναι η κλίμακα αξιολόγησης της αυτιστικής παιδικής ηλικίας (CARS, Schopler, Reichler & Roehen Renner, 1988) που χρησιμοποιείται συνήθως από έμπειρους επαγγελματίες για να αξιολογήσει τη

συμπεριφορά του παιδιού. Το CARS αποτελείται από 15 κλίμακες τεσσάρων σημείων, βάσει των κριτηρίων DSM-III-R. Απαιτεί άμεση παρατήρηση του παιδιού και συνέντευξη του φροντιστή του παιδιού, αλλά δεν παρέχει κατευθυντήριες γραμμές για μια τυποποιημένη μέθοδο παρατήρησης. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι το CARS μπορεί να χρησιμοποιηθεί καλύτερα ως διαλογή και είναι χρήσιμο για παιδιά άνω της ηλικίας 2 ετών και πάνω (Shriver et al., 1999).

Από την άλλη πλευρά ο Πρόγραμμα Διαγνωστικής Παρατήρησης του Αυτισμού (ADOS) αποτελεί μια τυποποιημένη παρατήρηση της κοινωνικής συμπεριφοράς σε φυσιοκρατικά και επικοινωνιακά πλαίσια. Έχει τέσσερις διαφορετικές ενότητες, (DiLavore, Lord, & Rutter, 1995, Lord et al., 2000, Lord, et al., 2001; Lord et al, 1989). Κάθε ενότητα περιλαμβάνει τυποποιημένες δραστηριότητες, που επιτρέπουν στον αξιολογητή να αξιολογήσει την επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση, το παιχνίδι, τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και άλλα αυτιστικά χαρακτηριστικά στα άτομα υπό εξέταση. Μπορεί να εφαρμοστεί σε παιδιά από δύο ετών και πάνω και αποδίδει βαθμολογίες που αντιστοιχούν σε ένα εύρος των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού. Η αξιολόγηση διαρκεί μεταξύ 30 και 60 λεπτών για να ολοκληρωθεί. Το ADOS αρχικά αποτέλεσε συμπληρωματικό διαγνωστικό μέσο που δημιουργήθηκε αρχικά για ερευνητικές μελέτες αλλά τώρα διατίθενται για κλινικούς σκοπούς.

2.3.1 Σημασία της έγκαιρης διάγνωσης

Σήμερα, η διάγνωση του αυτισμού μπορεί να γίνει με μεγάλη ακρίβεια από πολύ μικρή ηλικία. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι έχουν διαγνωστεί βρέφη με αυτισμό, με ακρίβεια και ορθότητα, από την ηλικία των 18 μηνών (Lord, 1995, Stone et al., 1999). Ωστόσο, προκειμένου να αποκτηθεί μια διάγνωση, πρέπει πρώτα να αναγνωριστεί ένα παιδί που χρειάζονται αξιολόγηση. Επειδή οι παιδίατροι και άλλοι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης διατηρούν την πιο πρόωρη επαφή με τα παιδιά, είναι πιο πιθανό αυτοί να είναι και οι πρώτοι που ανιχνεύουν και μπορούν να παραπέμπουν τα παιδιά προς αξιολόγηση Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής. Ωστόσο, μια πρόσφατη έρευνα σε παιδίατρους, διαπίστωσε ότι ενώ η πλειονότητα του δείγματος συμφωνούσαν ότι η γιαιτροί της πρωτοβάθμια φροντίδας είναι υπεύθυνοι για της ανίχνευση διαταραχών ανάπτυξης των παιδιών, σχεδόν τα δύο τρίτα του δείγματος δήλωσαν ότι

δεν αισθάνονται επαρκώς εκπαιδευμένα για να διεξάγουν αναπτυξιακές αξιολογήσεις (American Academy Pediatrics, 2000; Halfon, Regaldo, McLearn, Kuo, & Wright, 2003). Επιπρόσθετα, το 70% των παιδιάτρων του δείγματος της παρούσας έρευνας, δήλωσαν ότι έχουν αναγνωρίσει παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, χωρίς επίσημα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου και μάλιστα το 62% δεν χρησιμοποίησε καμία μορφή γονικής συνέντευξης. Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι αντί να χρησιμοποιούνται επίσημοι έλεγχοι και αξιολογικά κριτήρια και εργαλεία, οι περισσότεροι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης χρησιμοποιούν την κλινική κρίση τους όταν αξιολογούν ένα παιδί για αναπτυξιακά προβλήματα, εμπειρικά και κυρίως συγκρίνοντας με το πλήθος των περιπτώσεων που εξετάζουν. Αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να μην ανιχνεύονται έγκαιρα πολλές περιπτώσεις βρεφών, νηπίων ή και παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Glascoe, 2000).

Πιθανές αιτίες για την μη ανίχνευση από τους παιδιάτρους περιπτώσεων με Διάχυτες αναπτυξιακές Διαταραχές θεωρούνται οι εξής (American Academy Pediatrics, 2000):

- Η έλλειψη χρόνου
- Η περιορισμένη στελέχωση
- Η κακές αμοιβές των παιδιάτρων
- Η έλλειψη κλινικής εμπειρίας στον τομέα των αναπτυξιακών διαταραχών.

2.3.2 Σημεία προσοχής για την έγκαιρη διάγνωση

Η διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών ήταν ιδιαίτερα σπάνιο να εντοπίζεται πριν τη νηπιακή ηλικία. Σήμερα όμως γίνονται σημαντικές προσπάθειες για όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη διάγνωση, λόγω των μελετών των πρώιμων δεικτών του αυτισμού (Happé, 1998). Από την έρευνα των Baron-Cohen et al (1992), η οποία έλαβε χώρα στη Σουηδία και στη Μεγάλη Βρετανία, βρέθηκε ότι τόσο οι γονείς όσο και οι ειδικοί μπορούν να εντοπίσουν κάποια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή κατά τους πρώτους 18 μήνες του παιδιού, εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά εκείνα του βρέφους που αφορούν τις ικανότητες τους σε επίπεδο κοινωνικό,

επικοινωνιακό και δημιουργικής φαντασίας. Βέβαια, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας τα δεδομένα αυτά δεν μπορούν να δώσουν τελική διάγνωση, όμως δίνουν σαφείς ενδείξεις. Επιπρόσθετα, οι γονείς συχνά αναφέρουν ότι από τον πρώτο κιόλας χρόνο διαπιστώνουν κάποια σημάδια αυτισμού στα παιδιά τους.

Κάποια σημάδια, όπως και κάποιες χαρακτηριστικές συμπεριφορές, οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς να ανακαλύψουν έγκαιρα τον αυτισμό στο παιδί τους είναι τα εξής:

- οι συνεχείς κολικοί του παιδιού
- η έλλειψη αμοιβαίας αλληλεπίδρασης παιδιού και γονέα στα πρώτα παιχνίδια
- η απουσία βλεμματικής επαφής
- όταν δεν απαντά στις ερωτήσεις των γονιών του
- η μη ανάπτυξη κοινωνικής συμπεριφοράς
- η μη επεξεργασία ερεθισμάτων.

Κάποια άλλα ανησυχητικά σημάδια στη συμπεριφορά, τα οποία μπορούν να παρατηρηθούν σε παιδιά ηλικίας μέχρι 3 ετών είναι τα εξής (Γκονέλα,2006):

- Η μη ανταπόδοση χαμόγελου
- Αποφεύγει να χαιρετάει και να δείχνει
- Δίνει την εντύπωση ότι άλλοτε ακούει και άλλοτε όχι
- Το μη άκουσμα στο όνομα του
- Παρουσιάζει καθυστέρηση στο λόγο
- Σε περίπτωση κατά την οποία μιλήσει, λέει κάποιες λέξεις και μετά σταματάει απότομα
- Παίζει πάντα μόνο του, είναι εκεί μόνο για τον εαυτό του

- Δεν ενδιαφέρεται για τους ανθρώπους γύρω του, τους αγνοεί
- Δεν κοιτάει στα μάτια αλλά ούτε ανταποκρίνεται στις ομιλίες των άλλων
- Περιπατάει στα δάχτυλα
- Κάνει παράξενες και ασυνήθιστες κινήσεις 30 Πτυχιακή Εργασία: Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές
- Προσκολλάται σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο και δεν το αποχωρίζεται
- Του αρέσει να βάζει αντικείμενα στη σειρά, παίζοντας ώρες ολόκληρες
- Έχει ευαισθησία σε αμυδρούς ήχου και αγνοεί δυνατούς θορύβους
- Είναι υπερκινητικό
- Δεν προσποιείται στο παιχνίδι, ούτε μιμείται άλλους ανθρώπους

Κάποια άλλα χαρακτηριστικά στοιχεία που παραπέμπουν σε διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές σε βρεφική ηλικία, τα οποία είναι δύσκολο να τα εντοπίσει κανείς είναι τα εξής (Delion Piere, 2000):

1. Έλλειψη βλεμματικής επαφής και ανωμαλίες βλέμματος, στραβισμός, «βλέμμα που διαπερνά τοίχο»
2. Διαταραχές στην κινητική ανάπτυξη
3. Έλλειψη χειρονομιών δειξίματος
4. Διαταραχές στον ύπνο και την θρέψη
5. Λίγες ή και καθόλου φωνητικές εκπομπές
6. Το βρέφος να είναι υπερβολικά ήρεμο ή σε υπερβολική διέγερση
7. Απουσία ενδιαφέροντος για τα άτομα
8. Δείχνει αδιαφορία απέναντι σε ήχους (σαν να είναι κωφό)
9. Αδυναμία εναρμόνισης στην αγκαλιά της μητέρας.

Το να εντοπιστούν τα σημάδια του αυτισμού σε ιδιαίτερα μικρή ηλικία είναι πολύ σημαντικό, διότι όσο πιο νωρίς γίνεται η διάγνωση τόσο πιο θετικά τα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

2.4 Θεραπεία

Σήμερα όσο ποτέ άλλοτε με δεδομένη την αύξηση του αριθμού των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, υπάρχει ανάγκη για αποτελεσματικές και κατάλληλες παρεμβάσεις, με σκοπό να βοηθηθούν τόσο τα ίδια τα παιδιά όσο και οι οικογένειές τους (Volkmar & Chawarska, 2008). Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση που έλαβε χώρα από το National Research Council (2001) σχετικά με τις παρεμβάσεις σε παιδιά μέχρι οχτώ ετών με κάποια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, οι βασικές προτεραιότητες θεωρούνται η λειτουργική αυθόρμητη επικοινωνία και κοινωνική συμπεριφορά, η ικανότητα για παιχνίδι, οι δεξιότητες σε φυσικά περιβάλλοντα και η λειτουργική αξιολόγηση και θετική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα της εκάστοτε παρέμβασης θα πρέπει να αξιολογηθούν σε διαστήματα 3 με 6 μηνών με επίκεντρο:

- Τις κοινωνικές δεξιότητες
- Τις δεξιότητες επικοινωνίας
- Τις δεξιότητες προσαρμογής
- Και τις ικανότητες οργάνωσης

Σε περίπτωση μη αποτελεσματικής προόδου στο διάστημα 3-6 μηνών θα πρέπει να προκληθεί τροποποίηση της προσέγγισης ή της έντασης της θεραπευτικής παρέμβασης (National Research Council, 2001).

Βασικά χαρακτηριστικά αποτελεσματικών παρεμβάσεων για παιδιά με διαταραχή φάσματος αυτισμού θεωρούνται τα εξής (National Research Council, 2001):

- 1) Το να αρχίζουν τα προγράμματα παρέμβασης όσο το δυνατόν νωρίτερα.
- 2) Το να υπάρχει εντατική θεραπεία, δηλαδή 5 ημέρες την εβδομάδα για τουλάχιστον 5 ώρες την ημέρα.
- 3) Το να γίνεται χρήση επαναλαμβανόμενων προγραμματισμένων ευκαιριών διδασκαλίας που είναι διαρθρωμένες για σύντομες χρονικές περιόδους.
- 4) Το να υπάρχει η επαρκής ατομική προσοχή ενηλίκων σε καθημερινή βάση.
- 5) Το να συνυπολογιστούν τα οικογενειακά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης γονέων.
- 6) Το να υπάρχουν μηχανισμοί για συνεχή αξιολόγηση με αντίστοιχες προσαρμογές κατά τον προγραμματισμό.

Τα τελευταία χρόνια όλες και περισσότερες έρευνες φέρνουν στο φως στοιχεία σχετικά με τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT, Cognitive-behavioral therapy) τόσο σε παιδιά όσο και σε εφήβους με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Wood et al., 2009). Συγκεκριμένα έχει αναφερθεί ότι με τη CBT βελτιώνεται το άγχος και τα επίπεδα αυτοβοήθειας σε ποσοστό 78% των ατόμων ηλικίας 7-11 ετών. Οι εν λόγω διαπιστώσεις ενθαρρύνουν τις CBT παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του άγχους των υψηλών λειτουργιών των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Reaven et al., 2012).

Όσον αφορά στη φαρμακολογική θεραπεία για τα στοχευόμενα συμπτώματα στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, χρησιμοποιείται ευρέως ως μια προσέγγιση επικουρικής θεραπείας στην πλειοψηφία των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Aman, Lam & Collier-Crespin, 2003; Esbensen et al., 2009). Οι βασικοί στόχοι της φαρμακοθεραπείας είναι να ελέγχουν συχνά συσχετισμένα στοχευόμενα συμπτώματα όπως η αϋπνία, η υπερδραστηριότητα, η έντονη παρορμητικότητα, η ευερεθιστότητα, η έλλειψη προσοχής, το άγχος, η κατάθλιψη, τα συμπτώματα ιδεοληψίας, οι οργισμοί, οι κρίσεις θυμού και οι επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές. Με βάση τις γονικές αναφορές, οι πιο δύσκολες συμπεριφορές των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, είναι η ευερεθιστότητα, η έλλειψη προσοχής, η υπερκινητικότητα, η καταναγκαστική επανάληψη, η απομόνωση, η αστάθεια διάθεσης και οι στερεότυπες κινήσεις του χεριού (Lecavalier, 2006).

Προς το παρόν, δεν υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα για τη θεραπεία της βασικής επικοινωνίας και κοινωνικής συμπεριφοράς, αν και αυτό αποτελεί ένα θέμα εντατικής ερευνητικής προσπάθειας με παράγοντες όπως arbaclofen, oxytocin και mGluR5. Αξίζει να

αναφερθεί ότι υπάρχουν στατιστικά δεδομένα που δείχνουν ότι το 45-75% των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεραπεύονται με ψυχοτροπικά φάρμακα (Aman, Lam & Collier-Crespin, 2003; Esbensen et al., 2009).

Τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές με σειρά συχνότητας, είναι τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιψυχωσικά, τα αντισπασμωδικά και τα διεγερτικά. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στα περισσότερα φάρμακα η ψυχοτρόπος χρήση για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι εκτός ετικέτας και μέχρι σήμερα μόνο δύο φάρμακα (ρισπεριδόνη και αριπιπραζόλη) έχουν εγκριθεί από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για τη θεραπεία των σχετικών συμπεριφορών (Kaplan & McCracken, 2012).

Όπως προαναφέρθηκε οι Δ.Α.Δ. οδηγούν σε αναπηρίες σε όλους σχεδόν τους ψυχολογικούς και συμπεριφορικούς τομείς με σημαντικές διαταραχές στον κοινωνικό, επικοινωνιακό και γνωστικό τομέα. Η πρώτη χρήση της συμπεριφορικής παρέμβασης σε παιδιά με Δ.Α.Δ, φαίνεται να γίνεται από τον Thorndike (1911). Η σημαντική συμβολή του ήταν η περιγραφή του «νόμου του αποτελέσματος», η οποία πολύ αργότερα άλλαξε ριζικά την κατανόηση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Με την αναγνώριση ότι οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θα μπορούσαν να έχουν μια βιολογική βάση, αναπτύχθηκε ένα θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο θα μπορούσαν να αναπτυχθούν συμπεριφορικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις (Bartak & Rutter, 1971).

Κατά τον σχεδιασμό ψυχολογικών παρεμβάσεων για άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, είναι σημαντικό να οριστούν σαφώς οι στόχοι, οι οποίοι συνοψίζονται στους εξής (Albany New York State Department of Health, 1999):

- μείωση των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών
- βελτίωση της επικοινωνίας
- βελτίωση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων
- και κατάρτιση των γονέων

Ως εκ τούτου, στις ψυχολογικές αυτές παρεμβάσεις για παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, καθίσταται επιτακτική η σαφής ταυτοποίηση των επιδιωκόμενων συμπεριφορών που πρέπει να αντιμετωπιστούν, σε ατομική βάση. Αν και αυτό αποτελεί την αρχική αναγκαία αξιολόγηση, θα πρέπει ταυτόχρονα να είναι αρκετά ευέλικτο ώστε να ανταποκρίνεται στις

αλλαγές που αποφέρει και απαιτεί η πρόοδος, αξιοποιώντας τα αποκτηθέντα κέρδη. Έτσι λοιπόν, η επιτυχημένη ψυχολογική παρέμβαση ξεκινά με μια τη σωστή αξιολόγηση. Το πρώτο βήμα είναι να επανεξεταστούν συνολικά οι τρέχουσες ανησυχίες, όσον αφορά την επικοινωνία, τις κοινωνικές και τις λοιπές συμπεριφορές του παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Απαραίτητη κρίνεται η αξιολόγηση πολλαπλών πηγών, σε συνδυασμό με την άμεση παρατήρηση και την αλληλεπίδραση με το παιδί. Έπειτα, επόμενο σημαντικό πεδίο αξιολόγησης είναι η πνευματική λειτουργία. Η πνευματική λειτουργία επηρεάζει τη σοβαρότητα των αυτιστικών συμπτωμάτων καθώς και τις επακόλουθες ικανότητες για την απόκτηση δεξιοτήτων και προσαρμοστικών λειτουργιών, διευκολύνοντας έτσι τον αποκαταστατικό σχεδιασμό και την πρόγνωση (Stevens et al., 2000). Ακολουθεί, η αξιολόγηση εκφραστικού γλωσσικού επιπέδου και προσαρμοστικής συμπεριφοράς, τα οποία και επιτρέπουν στον θεραπευτή να καθορίσει τους κατάλληλους στόχους στο σχεδιασμό της θεραπείας (Szatmari et al., 1989). Πέραν αυτών των αξιολογήσεων, οι νευροψυχολογικές εξετάσεις παρέχουν μεγαλύτερη σαφήνεια όσον αφορά το προφίλ των ατόμων, τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες τους και αποτελεί ένα σημαντικό θεμέλιο για τη θεραπεία και τον εκπαιδευτικό σχεδιασμό των ψυχολογικών παρεμβάσεων (Hauser-Cram et al., 2001).

Για τη βελτίωση της επικοινωνίας στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές χρησιμοποιούνται λεκτικές διαδικασίες (όπως η χρονική καθυστέρηση) ή μη λεκτικές διαδικασίες όπως τα εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας (Alternative Communication Systems, AACs) που μπορεί να είναι η νοηματική γλώσσα, οι φωτογραφίες κ.λ.π. Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμα πολλά δεδομένα επιστημονικών ερευνών σχετικά την αποτελεσματικότητα προσεγγίσεων στη διδασκαλία της ομιλίας, της γλώσσας και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων σε παιδιά με Δ.Α.Δ. (Delprato, 2001; Goldstein, 2002). Οι μη λεκτικές αυτές διαδικασίες στοχεύουν στην παροχή βοήθειας σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα επικοινωνίας και περιλαμβάνουν διαδικασίες με τις οποίες συλλέγονται και αναλύονται πληροφορίες τέτοιο ώστε οι χρήστες και οι βοηθοί τους να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις (Beukelman & Mirenda, 1998).

Η συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες επικοινωνίας περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ικανοτήτων σε σχέση με το αισθητηριακό μέρος, τη γλώσσα, την εκφραστική επικοινωνία, την εκπροσώπηση συμβόλων, τη λεξικολογική οργάνωση και τις κινητικές δεξιότητες που απαιτούνται για την επικοινωνία, καθώς και τη διερεύνηση των στρατηγικών αλληλεπίδρασης που χρησιμοποιούνται από τους συχνούς εταίρους επικοινωνίας και τον

εντοπισμό εμποδίων που περιορίζουν τις ευκαιρίες του παιδιού να επικοινωνεί. Η λεγόμενη «υποβοηθούμενη διέγερση γλώσσας» (Aided language stimulation ALS) αποτελεί μια προσέγγιση μη λεκτικού τύπου και "εισόδου + εξόδου", η οποία διδάσκει στα άτομα να κατανοούν και να χρησιμοποιούν οπτικά-γραφικά σύμβολα για επικοινωνία (Goossens et al., 1995).

Αναλυτικότερα, κατά την ALS, ένας συνεργάτης επικοινωνίας, ενώ επικοινωνεί προφορικά με τον χρήστη, επισημαίνει τα σύμβολα στην οθόνη επικοινωνίας του χρήστη (Romski & Sevcik, 1996). Το σύστημα επικοινωνίας ανταλλαγής εικόνων (PECS) είναι μια προσέγγιση έξι σταδίων για τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που έχουν περιορισμένες ή μη λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες. Χρησιμοποιώντας το PECS, ένα παιδί διδάσκεται να ξεκινήσει αυθόρμητα την επικοινωνιακή αλληλεπίδραση χρησιμοποιώντας μια κάρτα εικόνας για να ζητήσει ένα επιθυμητό αντικείμενο ή να σχολιάσει κάτι που παρατηρεί (Bondy & Frost, 1994). Τυπικά, οι δεξιότητες που ζητούν είναι οι πρώτες δεξιότητες που διδάσκονται σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Η χρήση της νοηματικής γλώσσας είναι συχνά χρήσιμη. Συχνά, τα παιδιά που μαθαίνουν τη νοηματική γλώσσα διαθέτουν επίσης κάποιο σύστημα επικοινωνιών εικόνας, ώστε να έχουν ένα μηχανισμό επικοινωνίας με ανθρώπους που δεν γνωρίζουν τη νοηματική γλώσσα (Tincani, 2004).

Συμπερασματικά, για τη δημιουργία αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θα πρέπει να αξιοποιείται το υπάρχον δυναμικό του εκάστοτε παιδιού και ταυτόχρονα να παρέχεται ολόπλευρη στήριξη τόσο στο παιδί όσο και σε ολόκληρη την οικογένεια. Η ανάπτυξη σύγχρονων προγραμμάτων εντατικής πρώιμης παρέμβασης και ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και η ανάπτυξη προγραμμάτων για παροχή ευκαιριών επαγγελματικής αποκατάστασης και αυτόνομης διαβίωσης των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συμβάλουν θετικά στη βελτίωση εξέλιξης των ατόμων αυτών. Η διαμόρφωση του κατάλληλου εκπαιδευτικού και θεραπευτικού προγράμματος για ένα παιδί με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι εξατομικευμένη και βασίζεται στα ειδικά ελλείμματα αλλά και στις ιδιαίτερες ικανότητες του εκάστοτε παιδιού.

Το νοητικό επίπεδο καθώς και το επίπεδο γλωσσικής ανάπτυξης αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες για τη διατύπωση στόχων της παρέμβασης. Για τα παιδιά με χαμηλό νοητικό επίπεδο και περιορισμένη γλωσσική ανάπτυξη το πρόγραμμα στοχεύει κυρίως στον περιορισμό της αυτοκαταστροφικής και στερεότυπης συμπεριφοράς, καθώς και στη διδασκαλία των βασικών δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, συνεργασίας και έκφρασης των αναγκών. Τα

παιδιά με υψηλή λειτουργικότητα, τα οποία συμμετέχουν από πολύ νωρίς σε ένα εντατικό θεραπευτικό πρόγραμμα, είναι αυτά που έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να επιτύχουν αυτονομία και να ζήσουν μία σχεδόν φυσιολογική ζωή (Newsom, 1998).

2.4.1 TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children)

Το TEACCH αποτελεί ένα εκπαιδευτικό μοντέλο που απευθύνεται σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Το πρόγραμμα αυτό έχει ως κεντρικούς άξονες: τη δομημένη εκπαίδευση και την ενίσχυση των δεξιοτήτων του κάθε παιδιού. Αρχικά, η δομημένη εκπαίδευση πραγματοποιείται σε 4 επίπεδα, τα οποία είναι τα εξής:

- Φυσική οργάνωση: ο χώρος και τα υλικά οργανώνονται με σαφή όρια. Δημιουργούνται χώροι στους οποίους είναι μειωμένα τα ερεθίσματα διάσπασης της προσοχής
- Καθημερινό Πρόγραμμα: χρησιμοποιούνται οπτικά βοηθήματα που δείχνουν τι θα συμβεί και πότε. Το άτομο με αυτισμό μπορεί να προβλέπει τις επόμενες δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να μειώνεται το άγχος του.
- Σύστημα Εργασίας: βοηθά το παιδί να γνωρίζει τι δραστηριότητες θα κάνει, πόση εργασία θα κάνει, πότε τελειώνει η εργασία και τι θα συμβεί μετά. Προάγει την ανεξαρτησία του ατόμου και την γενίκευση των δεξιοτήτων σε άλλα περιβάλλοντα.
- Οπτική δομή: τα υλικά τοποθετούνται σε ξεχωριστά κουτιά και οι οδηγίες δίνονται οπτικά, ώστε το παιδί να κατανοεί τι αναμένεται από αυτό. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να υπάρχει οπτική σαφήνεια με τη χρήση ετικετών ή/και με τη χρήση χρωματικής κωδικοποίησης.

Η δομημένη διδασκαλία που προάγει η μέθοδος TEACCH βοηθά το άτομο με αυτισμό να κατανοεί καλύτερα, μειώνει το άγχος του, αποσκοπεί στην ανεξαρτησία του, διευκολύνει τη μάθηση και διαχειρίζεται επαρκώς τα προβλήματα της συμπεριφοράς του. Επιπρόσθετα, απευθύνεται σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές όλων των ηλικιών και όλων των επιπέδων δεξιοτήτων. Αυτό συμβαίνει διότι το TEACCH περιλαμβάνει μια εστίαση στο άτομο με αυτισμό και την ανάπτυξη ενός προγράμματος γύρω από τις δεξιότητες του ατόμου, το ενδιαφέρον του και τις ανάγκες. Οι προτεραιότητες του TEACCH επικεντρώνονται στην

κατανόηση των αναγκών του ατόμου με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και τις αναγκαίες προσαρμογές στην επιλογή στρατηγικών παρέμβασης. Το πρόγραμμα TEACCH υπογραμμίζει την ατομική αξιολόγηση για την κατανόηση του ατόμου και βασίζεται στην αρχή ότι οι άνθρωποι με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν μέρος μιας διακριτικής ομάδας με κοινά χαρακτηριστικά που είναι διαφορετικά, αλλά όχι απαραίτητα κατώτερα από άλλους (Mesibov et al, 2004).

Έτσι λοιπόν, με την αποδοχή της κουλτούρας του αυτισμού, το πρόγραμμα TEACCH λειτουργεί για τη διευκόλυνση της ένταξης των ατόμων με αυτισμό. Επειδή ορισμένα από τα νευρολογικά θέματα που συμβάλλουν στον αυτισμό έχουν μη αναστρέψιμα χαρακτηριστικά, η παρέμβαση του TEACCH δεν αποσκοπεί στην «ομαλοποίηση» ενός παιδιού με αυτισμό. Αντ' αυτού, ο μακροπρόθεσμος στόχος είναι να βοηθήσει το παιδί να εξελιχθεί σε ενήλικα που μπορεί να λειτουργεί καλά στο δεδομένο περιβάλλον του.

Δεδομένων των γνωστικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, το πρόγραμμα TEACCH έχει αναπτύξει τρόπους που βοηθούν τα άτομα αυτά να λειτουργήσουν μέσα στην κοινωνία που τους περιβάλλει. Επιπρόσθετα, το εκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα υποστηρίζει και δίνει τη δυνατότητα στα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές να αντιμετωπίζουν καλύτερα τη σύγχυση και τη δυσκολία στην ερμηνεία των καταστάσεων, γεγονός που επίσης μειώνει τις προκλητικές ή μη συμμορφούμενες συμπεριφορές που μπορεί να προκύψουν λόγω της έλλειψης κατανόησης των προσδοκιών.

Όπως σε όλες τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, έτσι και στο πρόγραμμα αυτό οι γονείς και η οικογένεια είναι σημαντικοί για τον εκπαιδευτικό σχεδιασμό. Μάλιστα κατά το στήσιμο του προγράμματος θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τόσο οι επιθυμίες όσο και ο τρόπος ζωής του παιδιού και της οικογένειας. Οι γονείς συμβουλευονται σχετικά με συγκεκριμένους τρόπους για το ντύσιμο, το φαγητό ή τον ελεύθερο χρόνο, και αυτά ενσωματώνονται στο πρόγραμμα ως στόχοι της διδασκαλίας για το παιδί. Αυτό βοηθά τα παιδιά να λειτουργούν αποτελεσματικά μέσα στο περιβάλλον τους και εκτός από την τάξη.

Ως προσέγγιση παρέμβασης για τον αυτισμό, το πρόγραμμα TEACCH έχει ερευνηθεί αρκετά καλά. Αναλυτικότερα, αρκετές εμπειρικές μελέτες, οι οποίες διενεργήθηκαν σε διάφορες χώρες, καθιέρωσαν το πρόγραμμα με αποτελεσματικότητα για παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι κατά την αξιολόγηση του TEACCH σε 34 παιδιά

προσχολικής ηλικίας στο Χονγκ Κονγκ για 12 μήνες, φάνηκε ότι η γνωστική και κοινωνική προσαρμογή καθώς και οι λειτουργικές και αναπτυξιακές ικανότητες ήταν σε καλύτερα επίπεδα στην ομάδα παρέμβασης. Επίσης, σημειώθηκε πρόοδος και στους αναπτυξιακούς τομείς κατά τη διάρκεια της παρέμβασης (Tsang et al., 2007). Οι Siaperas & Beadle-Brown (2006) αναφέρουν τα αποτελέσματα μιας μελέτης που διεξήχθη από την Ελληνική Εταιρεία για την Προστασία των Αυτιστικών Ανθρώπων, στην οποία 12 αυτιστικοί μαθητές διδάσκονταν με τη δομημένη διδακτική προσέγγιση. Μετά το 6μηνο παρέμβασης, φάνηκε σημαντική βελτίωση στην προσωπική ανεξαρτησία, στις κοινωνικές ικανότητες καθώς και στις λειτουργικές ικανότητες επικοινωνίας. Ακόμη, οι Kusmeirski & Henckel (2002), καθόρισαν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος TEACCH για τη μείωση της κακών συμπεριφορών προσαρμογής και την ενίσχυση της ανεξαρτησίας στις λειτουργικές δραστηριότητες. Τέσσερα παιδιά με αυτισμό, από 8 έως 13 ετών, τα οποία κατοικούσαν σε ένα οικιστικό ινστιτούτο μελετήθηκαν. Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας συλλέχθηκαν για 30 ημέρες. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η χρήση της θεραπευτικής παρέμβασης TEACCH βελτίωσε την ικανότητα για ανεξάρτητη ολοκλήρωση των λειτουργικών καθηκόντων.

Κάποιες άλλες μελέτες έχουν αξιολογήσει τα οφέλη του προγράμματος TEACCH στο οικογενειακό περιβάλλον. Για παράδειγμα στην έρευνα του Hungelmann (2001) αξιολογήθηκε ένα οικιακό πρόγραμμα στο οποίο οι γονείς των παιδιών με αυτισμό διδάσκονταν πώς να εφαρμόσουν τη δομημένη διδασκαλία στο σπίτι. Η μελέτη περιελάμβανε βασικές συνεδρίες, συνεδρίες θεραπείας, επισκέψεις στο σπίτι και συνέδρια παρακολούθησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά έχουν επιδείξει σημαντικά κέρδη στην λειτουργία των εργασιών καθώς προχώρησαν μέσω του προγράμματος TEACCH και οι γονείς που συμμετείχαν αντιλαμβάνονταν το πρόγραμμα ως αποτελεσματικό μέσο για την αποκατάσταση των ελλειμμάτων του παιδιού τους. Ομοίως, οι Malhotra, et al. (2002) διενέργησαν μια μελέτη με γονείς παιδιών με αυτισμό. Οι μέθοδοι θεραπείας ελήφθησαν από το πρωτόκολλο TEACCH. Οι γονείς διδάχθηκαν πώς να χρησιμοποιούν στρατηγικές συμπεριφοράς για επαύξηση της βλεμματικής επαφής καθώς και τη μείωση των κακών συμπεριφορών προσαρμογής. Οι γονείς εκπαιδεύτηκαν στη χρήση των τεχνικών, σχετικά με τη φύση της διαταραχής των παιδιών τους. Στη συνέχεια, 5 παιδιά έλαβαν παρέμβαση με βάση το TEACCH για 3 έως 6 έτη, με 45 συνεδρίες διάρκειας 60 λεπτών η μία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς βρήκαν την παρέμβαση πολύ χρήσιμη τόσο για τα παιδιά τους όσο και για τους ίδιους.

2.4.2 ABA (Applied Behavioral Analysis)

Το θεραπευτικό μοντέλο ABA, αποτελεί μία πρώιμη εντατική θεραπευτική παρέμβαση για τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Αποτελεί ένα αυστηρά ατομικό πρόγραμμα, που στοχεύει στη γενίκευση των γνώσεων με τη βοήθεια των γονέων. Η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς βασίζεται στις γενικές αρχές του συμπεριφορισμού, όπου θεωρεί ότι η συμπεριφορά μας οφείλεται στη μάθηση. Στα πλαίσια της εκπαίδευσης χρησιμοποιεί την επιβράβευση για την επιθυμητή συμπεριφορά ενώ για τη μη επιθυμητή συμπεριφορά, δεν χρησιμοποιεί την τιμωρία αλλά την αγνόηση.

Η ανάλυση της εφαρμοσμένης συμπεριφοράς (ABA) είναι ένας από τους τρεις κλάδους της επιστήμης της ανάλυσης συμπεριφοράς, ενώ οι δύο είναι η πειραματική ανάλυση της συμπεριφοράς και του συμπεριφορισμού ή η φιλοσοφία της συμπεριφοράς (Cooper, Heron, & Heward, 2007). Ως επιστήμη, η ABA μπορεί να περιγραφεί ως μια συστηματική προσέγγιση στην κατανόηση συμπεριφοράς κοινωνικού ενδιαφέροντος.

Η ABA έχει διερευνηθεί πολύ κατά τα τελευταία 50 χρόνια και έχει τεθεί ένα ισχυρό υπόβαθρο μεθοδολογίας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη της επιθυμητής συμπεριφοράς και τη μείωση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Σήμερα ο αριθμός των επαγγελματιών που εισέρχονται στον τομέα της ABA συνεχίζει να αυξάνεται (Carr, Howard, & Martin, 2015) και οι διαδικασίες που βασίζονται σε αυτές τις αρχές εφαρμόζονται σε μια ευρεία ποικιλία ρυθμίσεων (π.χ. σπίτι, σχολείο, κλινική, πανεπιστήμιο, κατοικίες, νοσοκομεία και κοινότητες). Παρόλο που πολλοί επαγγελματίες στον τομέα της ABA εργάζονται με άτομα που έχουν διαγνωστεί με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, οι διαδικασίες που βασίζονται σε ABA είναι αποτελεσματικές για μια μεγάλη ποικιλία πληθυσμών (Phillips et al., 1971; Hersen et al., 1973; Ayllon & Azrin, 1968).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο τομέας της ABA έχει κάνει τεράστιες βελτιώσεις στη ζωή πολλών ατόμων. Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης σε ορισμένες περιοχές του μοντέλου αυτού. Για παράδειγμα, με την αυξανόμενη ανάγκη για καλά εκπαιδευμένους αναλυτές συμπεριφοράς, είναι επιτακτική ανάγκη η εκπαίδευση και η κατάρτιση να είναι διεξοδικές, συνεχείς και συνεκτικές (Ellis & Glenn, 1995).

2.4.3 PECS (Pictures Exchange Communication System)

Το PECS αποτελεί ένα πρόγραμμα εναλλακτικής επικοινωνίας για παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές τα οποία έχουν μειωμένη ή καθόλου παραγωγή λόγου και μέσω του προγράμματος αυτού μαθαίνουν να επικοινωνούν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους με εικόνες και σύμβολα. Το πρόγραμμα αυτό στηρίζεται στο γεγονός ότι τα οπτικά ερεθίσματα για τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές λειτουργούν καλύτερα από άλλου είδους ερεθίσματα και με τον τρόπο αυτό μπορούν να επικοινωνούν καλύτερα με απώτερο στόχο την παραγωγή λειτουργικού λόγου.

Το PECS στην ουσία αποτελεί μια αρχική γλώσσα κατάρτισης που είναι χρήσιμη για τα παιδιά που εμφανίζουν ελλείμματα στην επικοινωνία. Βασικό πλεονέκτημα του συστήματος αυτού είναι ότι δεν απαιτεί μακροχρόνια εκπαίδευση και προάγει την επικοινωνία μέσω μιας κοινωνικής αλληλεπίδρασης που ξεκινάει το ίδιο το παιδί. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην ιστορία του αυτιστικού φάσματος υπάρχουν συχνά σχόλια για την έλλειψη αυθόρμητης επικοινωνίας μετά από προγράμματα γλωσσικής παρέμβασης (Carr, 1982, Reichle & Sigafos, 1991). Ωστόσο, μεγάλο μέρος της εμφανιζόμενης δυσκολίας μπορεί να οφείλεται στον τύπο παρέμβασης.

Το PECS δημιουργεί την έναρξη, δηλαδή τον αυθορμητισμό κατά το πρώτο βήμα της κατάρτισης. Παρόλο που το PECS αναπτύχθηκε για παιδιά με αυτισμό, έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς και σε παιδιά με άλλα ελλείμματα (Bondy & Frost, 1993). Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά οι φάσεις εφαρμογής του προγράμματος αυτού για παιδιά αλλά και ενήλικους με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος.

Πρώτη Φάση: Παρατηρήθηκε ότι τα μικρά παιδιά με αυτισμό δεν επηρεάζονται έντονα από τις κοινωνικές ανταμοιβές (Ferster, 1961). Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική ανάγκη η επικοινωνιακή κατάρτιση να αρχίζει με λειτουργικές πράξεις που φέρνουν το παιδί σε επαφή με κοινωνικά ενισχυτικά. Αυτές οι ανταμοιβές πρέπει να είναι αποτελεσματικές και εύκολα αναγνωρίσιμες. Οι επικοινωνιακές πράξεις που φέρνουν το παιδί στα επιθυμητά αντικείμενα μπορούν να διδαχθούν μόνο αν ο εκπαιδευτής γνωρίζει (με σταθερή παρατήρηση) τι θέλει ένα παιδί. Έτσι λοιπόν το πρώτο βήμα στο PECS, είναι να καθοριστούν τα στοιχεία που το παιδί επιθυμεί επίμονα. Αν και υπάρχουν διάφορες τεχνικές για τη διεξαγωγή αυτής της αξιολόγησης (Reichle & Sigafos, 1991), συχνά αρκεί να τοποθετηθεί μια συλλογή αντικειμένων σε ένα τραπέζι και να γίνει

παρατήρηση στο τι παίρνει το παιδί και παίζει ή καταναλώνει. Σε αυτό το σημείο στο PECS, είναι εξαιρετικά σημαντικό να μην ρωτάται το παιδί τι θέλει, καθώς αυτό το σύνθημα προσθέτει μια άσκοπη προφορική ομιλία στην ακολουθία και τέτοιες προφορικές υποδείξεις μπορεί να οδηγήσουν σε άμεση μάθηση (Mirenda & Dattilo, 1987). Αυτό που πρέπει να κάνει ο εκπαιδευτής είναι να οργανώνει το περιβάλλον και να παρακολουθεί τις επιλογές του παιδιού.

Δεύτερη Φάση: Κατά τη διάρκεια της Φάσης 1 ο εκπαιδευτής βρίσκεται μπροστά ή αμέσως δίπλα στο παιδί. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια της Φάσης 2 ο εκπαιδευτής απομακρύνεται σταδιακά από το παιδί και επίσης μετακινεί την πλατφόρμα επικοινωνίας μακρύτερα από το παιδί έτσι ώστε να μαθαίνει να πηγαίνει την εικόνα και να προσεγγίζει τον επικοινωνιακό εταίρο για να ξεκινήσει η ανταλλαγή. Δίνεται έμφαση στην κινητικότητα των παιδιών και προωθείται ο γενικός προσανατολισμός προς τον επικοινωνιακό εταίρο. Ο αυξημένος προσανατολισμός στον εκπαιδευτή μπορεί να προάγει την αυξημένη επαφή με τα μάτια. Έτσι, κατά τη διάρκεια της Φάσης 2 το παιδί μαθαίνει να ξεκινάει επικοινωνιακές ανταλλαγές περισσότερο αυθόρμητα με την ολοκλήρωση της ανταλλαγής. Πάλι, δεν χρησιμοποιούνται λεκτικές προτροπές κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης.

Τρίτη Φάση: Η φάση αυτή ονομάζεται ταυτόχρονη διάκριση των εικόνων. Κατά τη διάρκεια της Φάσης 3 το παιδί διδάσκεται να κάνει διακρίσεις ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες εικόνες στον πίνακα επικοινωνίας. Αυτή η εκπαίδευση μπορεί να επιτευχθεί με μια ποικιλία από τρόπους, ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού. Η βασική μορφή περιλαμβάνει σταδιακά τη συστηματική εισαγωγή πρόσθετων εικόνων στον πίνακα επικοινωνίας. Αρχικά, ο εκπαιδευτής δημιουργεί καταστάσεις κατά τις οποίες το παιδί είναι πιθανό να ζητήσει ένα συγκεκριμένο αντικείμενο που "ταιριάζει" στο περιβάλλον που σχεδιάστηκε από τον εκπαιδευτή. Με αυτό το αντικείμενο εν όψει και χωρίς προφορικές προτροπές όπως "Τι θέλετε;" η επικοινωνία παρουσιάζεται με δύο εικόνες πάνω σε αυτό - ένα από ένα αντικείμενο που είναι συνθετικά κατάλληλο και ένα από ένα μη προτιμώμενο, ή "ουδέτερο, αντικείμενο. Αν το παιδί δίνει την εικόνα του διαθέσιμου αντικειμένου, ο εκπαιδευτής παρέχει το αντικείμενο και ακολουθεί την ανταλλαγή. Αν το παιδί δώσει την άλλη εικόνα, ο εκπαιδευτής λέει ήρεμα: "Όχι, δεν το κάνουμε έτσι αυτό " και μπορεί να κάνει μια χειρονομία για να δώσει το μήνυμα προς την κατάλληλη εικόνα. Το βήμα επαναλαμβάνεται με τη βοήθεια ή την πρόωρη προτροπή μέχρι το παιδί να μπορεί να ανταποκριθεί σωστά στο 80% των ευκαιριών. Περισσότερες εικόνες από τα επιθυμητά στοιχεία προστίθενται, έτσι ώστε τελικά το παιδί να έχει όλες τις εικόνες που εκπαιδεύονται κατά τη διάρκεια των Φάσεων 1 και 2 του πίνακα επικοινωνίας (Ryan, 1990). Για τα παιδιά που έχουν

πρόβλημα να μάθουν να κάνουν διακρίσεις μεταξύ των εικόνων, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα βήματα υποστήριξης όπως η διάκριση μεταξύ μιας χαρακτηριστικής εικόνας του επιθυμητού αντικειμένου και μιας κενής κάρτας κ.α. (Frost & Bondy, 1992).

Τέταρτη Φάση: Η φάση αυτήν είναι η φάση που τα παιδιά εισέρχονται στη φάση της κατάρτισης και τα συστήματα επικοινωνίας τους περιέχουν γενικά 12 έως 20 εικόνες. Αυτές οι εικόνες έχουν μειωθεί σε μικρότερο μέγεθος (τετράγωνα 3/4 ή 1 ιντσών) και οργανώνονται σε μια πλακέτα επικοινωνίας ή ένα βιβλίο. Ο αυξανόμενος αριθμός φωτογραφιών είναι διευθετημένος σε ευρείες κατηγορίες για να διευκολυνθεί η ανάκτηση. Για παράδειγμα πιθανές κατηγορίες μπορεί να είναι τα τρόφιμα, τα παιχνίδια, οι δραστηριότητες και οι ανάγκες προσωπικής φροντίδας. Με ένα σύστημα επικοινωνίας ενός επιπέδου, αυτές οι κατηγορίες ταξινομούνται κατακόρυφα σε διάφορες στήλες ή σε μπλοκ. Μέσα σε ένα βιβλίο επικοινωνίας, οι κατηγορίες χωρίζονται από σελίδες. Ο μαθητής μπορεί να ξεκινήσει αυθόρμητα τις επικοινωνιακές ανταλλαγές με αρκετούς επικοινωνιακούς εταίρους, σχετικά με ποικίλες ανάγκες ή επιθυμίες του. Συνεπώς, στην ουσία κατά τη διάρκεια της Φάσης 4 το παιδί διδάσκεται να ζητήσει τη χρήση της φράσης "θέλω" (Bondy & Ryan, 1991).

3. Το νηπιαγωγείο, η οικογένεια & οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

3.1 Ο θεσμός της προσχολικής αγωγής

3.1.1 Ορισμός της προσχολικής αγωγής

Η πρώιμη παιδική ηλικία στην ουσία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία οικοδομείται σταδιακά όλη η ανθρώπινη κοινωνία (Μπέλλου - Σιδηροπούλου, 2006). Για το λόγο αυτό, ο θεσμός της προσχολικής αγωγής, μαζί με το θεσμό της οικογένειας αποτελούν τον πρώτο ζωτικό χώρο ανάπτυξης, που είναι καίριας σημασίας διότι εκεί διαμορφώνεται ο χαρακτήρας του παιδιού.

Σήμερα, υπάρχουν δύο τύποι προγραμμάτων προσχολικής αγωγής (Rentzou, 2013):

- αυτά που εστιάζουν στην αγωγή
- αυτά που εστιάζουν στην φροντίδα

Οι γονείς του εκάστοτε παιδιού, ανάλογα τις ανάγκες τους αλλά και την κουλτούρα κάθε χώρας, επιλέγουν ανάμεσα στα προγράμματα αυτά (Κυπριανός, 2007).

Όσον αφορά τον όρο προσχολική αγωγή, αποτελεί έναν όρο ευρύ που εκτός από την εκπαίδευση και τη φροντίδα των παιδιών, σχετίζεται και με θέματα όπως η γονεϊκή υποστήριξη, η ανάπτυξη του παιδιού, η υγεία, η κοινωνική ασφάλεια και η είσοδος στην τυπική εκπαίδευση (Benett, 2008). Σύμφωνα με διεθνείς ορισμούς το η προσχολική αγωγή ασχολείται με τη φροντίδα και την εκπαίδευση των παιδιών από τη γέννησή τους μέχρι τα έξι τους πρώτα χρόνια (Moloney, 2010). Σύμφωνα με τον Μετοχιανάκη (2000), η προσχολική αγωγή αποτελεί την αγωγή που παρέχεται στα προσχολικά ιδρύματα, δηλαδή στους παιδικούς σταθμούς και στα νηπιαγωγεία, των οποίων ο ρόλος είναι ιδιαίτερα σημαντικός, διότι η αγωγή που ασκείται σε αυτά είναι συνέχεια της οικογενειακής, με την οποία το παιδί αποκτά τις πρώτες γνώσεις και εμπειρίες.

Έτσι λοιπόν, από τους παραπάνω ορισμούς γίνεται σαφές ότι η προσχολική εκπαίδευση

θεωρείται το κομμάτι εκείνο του εκπαιδευτικού συστήματος, που αφορά την ηλικία πριν το δημοτικό σχολείο. Μέσω αυτής παρέχεται στο παιδί επίσημη και οργανωμένη αγωγή (Νικολακάκη και συν., 2001). Τελευταία, αντί για προσχολική εκπαίδευση έχει προταθεί και ο όρος «αγωγή της πρώιμης παιδικής ηλικίας», ο οποίος και αναφέρεται σε ένα σύνθετο πλέγμα θεσμών και υπηρεσιών που αφορούν στην εκπαίδευση και στην φροντίδα των παιδιών από τη γέννηση τους μέχρι την είσοδο τους στο Δημοτικό σχολείο (Ζαμπέτα, 1998; (Ball, 1994).

Συμπερασματικά, η προσχολική αγωγή είναι μία πολυπαραγοντική και πολύπλευρη έννοια, που περιλαμβάνει τόσο την αγωγή όσο και τη φροντίδα των παιδιών προσχολικής ηλικίας (Ρέντζου, 2011).

3.1.2 Ιστορική εξέλιξη της προσχολικής αγωγής

Η αγωγή των παιδιών εκτός της οικογένειας γενικότερα κατά βάση έχει τις ρίζες της στη βιομηχανική επανάσταση. Οι αλλαγές που έλαβαν χώρα στον θεσμό της οικογένειας δημιούργησαν την ανάγκη ύπαρξης ιδρυμάτων για τα παιδιά των εργαζόμενων γονέων (Clarke-Stewart, 1988, Πανταζής & Σακελλαρίου, 2008).

Οι πρώτοι βρεφονηπιακοί σταθμοί είχαν να κάνουν κυρίως με την πρόνοια και όχι την αγωγή (Μπέλλου- Σιδηροπούλου, 2006). Ήταν ουσιαστικά κάποια ιδρύματα φύλαξης των παιδιών, ο οποίος διατήρησε πολλά από τα αρχικά του χαρακτηριστικά και αποτελεί σήμερα τον βρεφικό και παιδικό σταθμό. Στα πρώτα στάδια η φύλαξη γινόταν από τυχαία και πολλές φορές ακατάλληλα άτομα, αλλά σιγά σιγά επιβλήθηκε η ανάγκη για ειδικό και καταρτισμένο προσωπικό (Πανταζής & Σακελλαρίου, 2008).

Όσον αφορά στη χώρα μας, η εξέλιξη της προσχολικής αγωγής είναι στενά δεμένη με τη ζωή και το έργο της Αικατερίνης Λασκαρίδου (1842 – 1916), η οποία δίδασκε στο σχολείο Hill στην Αθήνα. Η Λασκαρίδου από το 1881 και μετά έδωσε προσωπικό αγώνα με στόχο την αναβάθμιση και στην ανάπτυξη της πνευματικής και κοινωνικής ζωής της Ελλάδας και την ανάπτυξη της προσχολικής αγωγής και επιμόρφωσης των Ελλήνων νηπιαγωγών (Ζαχαρενάκης, 1996; Doliopoulou, 2006).

Με το Νόμο 2882/1922 που αφορά το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, λαμβάνεται

απόφαση για τη δημιουργία ανεξάρτητου τομέα με την επωνυμία «Τμήμα Πρώτης Παιδικής Ηλικίας». Την ίδια περίοδο ιδρύονται οι πρώτοι δημόσιοι παιδικοί σταθμοί, τα νηπιαγωγεία καθώς και οι πρώτοι εργοστασιακοί σταθμοί, ενώ παράλληλα αυξάνονται τα αντίστοιχα τμήματα ιδιωτικών και φιλανθρωπικών ιδρυμάτων. Αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι στο πρώιμο αυτό στάδιο οι σταθμοί αυτοί παρείχαν κυρίως περίθαλψη και όχι εκπαίδευση. Η εκπαίδευση γινόταν επικουρικά, ως συμπληρωματικός ρόλος της περίθαλψης (Παπαθανασίου, 2000; Παπαπροκοπίου, 2003).

Το 1926 αναγνωρίστηκε ο θεσμός των παιδικών σταθμών από το κράτος με αποτέλεσμα το 1935 να λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα 9 παιδικοί σταθμοί. Τριάντα χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα κατά τη χρονική περίοδο 1965 – 1987, σημειώνεται αλματώδης αύξηση ιδρυμάτων προσχολικής αγωγής και οι παιδικοί σταθμοί υπάγονται στη Διεύθυνση Παιδικής Προστασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Αξίζει να αναφερθεί ότι σε όλα τα ημερήσια προγράμματα που ανακοινώνονταν, υπάρχει ένας γενικός καταμερισμός του χρόνου σε ώρες ρουτίνας, δραστηριότητες και ελεύθερο χρόνο. Αρχικά στο ημερήσιο πρόγραμμα του 1937 οι ώρες «ρουτίνας» αποτελούν το 55% του συνόλου των ωρών, ενώ οι δραστηριότητες αποτελούν το 45% του συνόλου των ωρών. Στο πρόγραμμα όμως του 1977 υπάρχει σαφής αλλαγή με τις ώρες ρουτίνας να αποτελούν το 70% του χρόνου, οι δραστηριότητες το 23% και το διάλλειμα το 7%. Σχεδόν δέκα χρόνια μετά, στο ημερήσιο πρόγραμμα που ανακοινώθηκε το 1988, οι δραστηριότητες καταλαμβάνουν το 45% του χρόνου, οι δραστηριότητες ρουτίνας το 32% και ο ελεύθερος χρόνος το 23% (Παπαθανασίου, 2000). Το έτος 1994, το ελληνικό κράτος ακολουθώντας τις Ευρωπαϊκές αλλαγές, μεταβιβάζει τους δημόσιους παιδικούς σταθμούς από την κεντρική εξουσία (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας) στην τοπική αυτοδιοίκηση (ΟΤΑ), με γενικότερη εποπτεία από το Υπουργείο Εσωτερικών.

Όσον αφορά τα νηπιαγωγεία, για πρώτη φορά το 1895 το Ελληνικό Κράτος αναγνωρίζει και νομιμοποιεί το θεσμό του νηπιαγωγείου. Η εξέλιξη του θεσμού ήταν περιορισμένη κατά τις πρώτες δεκαετίες, μέχρι που το 1929 νομοθετήθηκε το θεσμικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του νηπιαγωγείου και άρχισε να προωθείται η ίδρυση νέων νηπιαγωγείων (Ζαχαρενάκης, 1996). Στην Ελλάδα όσο και στις άλλες χώρες προωθήθηκε το μοντέλο του νηπιαγωγείου του Froebel, το οποίο αποσύνδεσε το νηπιαγωγείο από την έννοια του ιδρύματος φύλαξης παιδιών. Στα νηπιαγωγεία πλέον δίνεται παιδαγωγική έμφαση με βασικό στόχο την

μάθηση μέσα από την ευτυχία και το παιχνίδι των παιδιών (Πανταζής & Σακελλαρίου, 2008· Doliopoulou, 2006· Shonkoff-Meisels, 2000). Άλλο ένα ορόσημο για την προσχολική εκπαίδευση στη χώρα μας ήταν ο νόμος που θεσπίστηκε το 1929, χάρη στον οποίο τα νηπιαγωγεία άνηκαν πλέον στο Υπουργείο Παιδείας και ενσωματώθηκαν στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση με διετή φοίτηση (Doliopoulou, 2006).

Σήμερα, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του νηπιαγωγείου στοχεύει, κυρίως, στην ύπαρξη δραστηριοτήτων που θα εμπνέονται από τις ανάγκες και το επίπεδο ανάπτυξης των παιδιών. Δεν στοχεύει στην εκμάθηση συγκεκριμένων και αυστηρά οριοθετημένων γνώσεων, αλλά θέτει τις βάσεις πάνω στις οποίες τα νήπια θα χτίσουν τη μελλοντική τους μάθηση (ΔΕΠΠΣ, 2002).

3.2 Η οικογένεια σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

Όπως αναλύθηκε παραπάνω πολλά άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν περιστατικά προβληματικής κοινωνικής συμπεριφοράς, τα οποία όπως είναι φυσικό αναμένεται να επηρεάσουν σε μικρό ή μεγάλο βαθμό τα μέλη της οικογένειας (Hastings et al., 2005). Οι γονείς, και κυρίως οι μητέρες παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ανέφεραν σημαντικά περισσότερο άγχος και χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής (Abbeduto et al., 2004, Baker-Ericzen, Brookman-Frazee, & Stahmer, 2005, Weiss, 2002). Αυτό το στρες θα μπορούσε να έχει αρνητικό αντίκτυπο στους γονείς, οδηγώντας πολλές φορές σε κατάθλιψη, οργή, άγχος και συζυγικές διαφωνίες και προβλήματα (Bromley et al., 2004; Higgins, Bailey, & Pearce, 2005; Weiss, 2002). Επιπλέον, οι γονείς των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τους γονείς των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση ή νοητική καθυστέρηση (Mugno, et al., 2007).

Παρόλο που τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν τον αντίκτυπο στα οικογενειακά μέλη των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, οι Hastings et al., (2005) υπογραμμίζουν ότι δεν εμφανίζουν όλα τα μέλη των οικογενειών παρόμοια αποτελέσματα ως συνέπεια ενός ατόμου με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στην οικογένεια. Για παράδειγμα, ο Hastings (2003) διαπίστωσε ότι οι μητέρες των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ανέφεραν μεγαλύτερη ανησυχία και αρνητικά αποτελέσματα από τους πατέρες στην ίδια οικογένεια. Επιπρόσθετα, οι ερευνητές έχουν βρει θετικά αποτελέσματα (π.χ. περιορισμένες

συγκρούσεις με τη σχέση, υψηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση) για μερικά αναπτυσσόμενα αδέρφια με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Kaminsky & Dewey, 2002) και μάλιστα μερικοί γονείς αναφέρουν την εμπειρία το να έχουν παιδί με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ως θετική (Hutton & Caron, 2005).

Χαρακτηριστικά αναφέρονται κάποιες έρευνες όπως αυτή των Glasberg, Martins και Harris (2006), η οποία διαπίστωσε ότι

(α) οι μητέρες παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές εμφάνισαν περισσότερο άγχος από τις μητέρες παιδιών με σύνδρομο Down

(β) οι μητέρες των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είχαν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη από τους πατέρες των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

(γ) τα ευρήματα είναι αντιφατικά σχετικά με την προσαρμογή των αδελφών παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Σύμφωνα με τους Hastings et al (2005) η πλειοψηφία των ερευνών μέχρι σήμερα έχει θεωρήσει το παιδί με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ως πηγή πίεσης για την ευημερία των άλλων μελών της οικογένειας. Αυτή η προοπτική περιγράφει μόνο μονοκατευθυντικές σχέσεις μεταξύ των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και των μελών της οικογένειάς τους. Εντούτοις, είναι πιθανό ότι αυτές οι σχέσεις θα μπορούσαν να είναι αμφίδρομες, πράγμα που σημαίνει ότι τα μέλη της οικογένειας θα μπορούσαν επίσης να επηρεάσουν το άτομο με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. το άγχος του τραύματος ή η κατάθλιψη της μητέρας θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του παιδιού). Ο Soodak (2006) υποστήριξε ότι το οικογενειακό σύστημα πρέπει να κατανοηθεί εξ ολοκλήρου και ότι η κατανόηση των οικογενειακών αλληλεπιδράσεων είναι απαραίτητη για την κατανόηση του παιδιού με αναπηρία και αντιστρόφως. Σύμφωνα με τους Turnbull et al. (2006) μέσα σε μια παραδοσιακή πυρηνική οικογένεια, υπάρχουν τέσσερα σημαντικά υποσυστήματα:

(α) ένα υποσύστημα που περιλαμβάνει αλληλεπιδράσεις μεταξύ συζύγων ή άλλων σημαντικών συντρόφων

(β) το γονικό υποσύστημα που περιλαμβάνει αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέων και παιδιών τους

(γ) το υποσύστημα αδελφιών που περιλαμβάνει αλληλεπιδράσεις μεταξύ αδελφιών (δ) το εκτεταμένο υποσύστημα οικογένειας που περιλαμβάνει αλληλεπιδράσεις μεταξύ μελών της πυρηνικής οικογένειας και άλλων συγγενών.

Περίπου το 85% των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν γνωστικούς και / ή προσαρμοστικούς περιορισμούς που περιορίζουν την ικανότητα τους να ζουν ανεξάρτητα, οδηγώντας στο ενδεχόμενο να χρειαστούν κάποιο μέτρο φροντίδας ή βοήθειας από τους γονείς και τις οικογένειές τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Volkmar & Pauls 2003). Σύμφωνα με την έρευνα των Seltzer et al (2001), πάνω από το 50% των γονέων παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ηλικίας 50 ετών και άνω, ανέφεραν ότι εξακολουθούν να ζουν με το παιδί τους, σε σύγκριση με ποσοστό 17% για τα παιδιά που αναπτύσσονται τυπικά.

Η κατανόηση των διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και τα σχετικά ερευνητικά επιστημονικά δεδομένα μεταβάλλεται ταχέως και συνεχώς (Rutter, 2011). Ως αποτέλεσμα, οι οικογένειες παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αντιμετωπίζουν μια διαταραχή για την οποία η αιτιολογία είναι ασαφής και η βέλτιστη θεραπεία αμφισβητείται. Αυτές οι οικογένειες διανύουν έτσι συχνά μια σύνθετη και συνεχώς μεταβαλλόμενη πορεία. Συνήθως, η οικογενειακή δυσφορία που σχετίζονται με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, τυπικά αρχίζουν πολύ πριν από την επίσημη διάγνωση. Οι γονείς των παιδιών που αργότερα διαγνώστηκαν με μια αναφορά διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχουν πρώιμες αντιλήψεις σχετικά με τις διαφορές στην κοινωνική συμπεριφορά, την επικοινωνία, το παιχνίδι και τις κινητικές δεξιότητες εντός των πρώτων 6 μηνών, ενώ οι περισσότεροι γονείς ανέφεραν ιδιαίτερη ανησυχία στην ηλικία περίπου των 18 μηνών (Bolton et al. και Asgharian 1999). Ωστόσο, οι πραγματικοί χρόνοι για τους οποίους οι γονείς ενημερώνονται για μια διάγνωση αυτιστικής διαταραχής για το παιδί τους έρχονται πολύ αργότερα, όταν το παιδί είναι περίπου 3,1 ετών, με μέσο όρο ηλικίας 7,2 ετών για την αδιαγνωσία του συνδρόμου Asperger (Mandell et al., 2005). Οι γονείς των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συχνά εκφράζουν ανακούφιση μετά τη διάγνωση, γεγονός που μπορεί να τους βοηθήσει να κατανοήσουν καλύτερα τις δυσκολίες των παιδιών τους (Midence & O'Neill 1999).

Η φροντίδα και υποστήριξη ενός παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές φαίνεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις στους γονείς και τις οικογένειες, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας ή το χρόνο από τη διάγνωση (Pottie & Ingram 2008). Σύμφωνα με τον Ekas et al. (2010) τα συσχετισμένα συμπτώματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς που συνδέονται με την διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συμβάλουν σημαντικά στη διατάραξη της ευημερίας της μητέρας.

Έτσι λοιπόν η ύπαρξη μέσα στην οικογένεια ενός παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές εκτείνεται πέρα από τους φροντιστές, σε όλο το οικογενειακό σύστημα. Η αύξηση

του άγχους των γονέων, τα προβλήματα σύγκρουσης και τα προβλήματα παιδικής συμπεριφοράς συμβάλλουν σε υψηλότερο ποσοστό διαζυγίου για γονείς παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές από ότι σε οικογένειες παιδιών με παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Brobst et al., 2009, Freedman et al., 2012). Σύμφωνα μάλιστα με την έρευνα των Hartley et al (2010) τα ποσοστά διαζυγίου των οικογενειών με παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές βρέθηκαν να είναι σχεδόν δύο φορές υψηλότερες από ό, τι σε οικογένειες με τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, τα οποία σημείωσαν ότι είναι παρόμοια με τα φαινόμενα που παρατηρούνται σε οικογένειες παιδιών με έλλειψη προσοχής / υπερκινητικότητα (ADHD). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Kelly et al (2008) η οικογενειακή σύγκρουση αποτελεί πρόβλεψη της συμπτωματολογίας διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και οι αρνητικές οικογενειακές σχέσεις επηρεάζουν την εκδήλωση συμπτωμάτων περισσότερο από τις θετικές οικογενειακές αλληλεπιδράσεις. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι, παρά τα χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής συνειδητοποίησης, τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ενδέχεται να επηρεάζονται αρνητικά από τη γονική σύγκρουση. Αξίζει να αναφερθεί ότι στην έρευνα των Hartley et al (2011), φάνηκε ότι η ικανοποίηση του γάμου επηρεάζει σημαντικά την εμπειρία των γονιών παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Η η έλλειψη συνεννόησης και οι συνεχείς διαφωνίες μεταξύ των συζύγων, λόγω της κούρασης και της έλλειψης ισορροπίας και χαράς στην οικογενειακή ζωή είναι προβλήματα, που σύμφωνα με τους γονείς, οφείλονται στην παρουσία ενός διαταραγμένου παιδιού και στις δυσκολίες εξεύρεσης των κατάλληλων θεραπευτικών υπηρεσιών. Επιπλέον, η συναισθηματική και φυσική απομάκρυνση του πατέρα σε οικογένειες παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που οδηγεί σε δυσλειτουργία ή ακόμα και σε διάλυση του γάμου (Weiss, 1991).

Η ικανοποίηση από το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται να επηρεάζει και τα αδέλφια των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Rivers & Stoneman, 2003), επιδεικνύοντας τρόπους με τους οποίους τα ελλείμματα της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής μπορεί να αντηχεί σε όλο το οικογενειακό σύστημα. Η έρευνα σχετικά με την επίδραση της ύπαρξης ενός παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στα αδέλφια του είναι ακόμη λιγότερη από ότι η επίδραση στους γονείς. Οι πιο συνηθισμένες αναφορές περιγράφουν θετικές σχέσεις με το αδελφό τους ή την αδελφή τους με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Rivers & Stoneman 2003), παρά τις ενδεχόμενες συνέπειες της μειωμένης γονικής προσοχής, τις κακές δεξιότητες επικοινωνίας, την περιορισμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και την ενοχλητική ή δυσχερή

δημόσια συμπεριφορά. Αυτά τα παιδιά μπορεί να επωφεληθούν με κάποιο τρόπο από το να μπορούν να λειτουργούν ως δάσκαλοι ή κοινωνικοί διαμεσολαβητές για το αδελφό τους ή την αδελφή τους με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Ωστόσο, η αρχικά καλή και στενή συγγενής σχέση φαίνεται να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου (Rivers & Stoneman 2003).

Περαιτέρω, οι γονείς αναφέρουν ότι πολλές φορές υπερεκτιμούν το βαθμό στον οποίο τα παιδιά που δεν επηρεάζονται και κατανοούν τον αντίκτυπο του αδελφού τους ή της αδελφής τους με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, και ως εκ τούτου είναι πιθανό τα αδέλφια να εσωτερικεύσουν την ευθύνη για οικογενειακές δυσκολίες (Glasberg 2000).

Ένα ακόμα ζήτημα για την οικογένεια με παιδί με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν οι οικογενειακοί πόροι και η ποιότητα ζωής. Εκτός από το συναισθηματικό βάρος της φροντίδας ενός παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, οι οικογένειες αυτές αντιμετωπίζουν συνήθως πολλές πρακτικές απαιτήσεις, όπως συνεχή χρόνο φροντίδας, σημαντικές οικονομικές επιβαρύνσεις, την ανάγκη παροχής υποστήριξης για την εκπαίδευση του παιδιού τους, μεγαλύτερες επενδύσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και μεγαλύτερες καθυστερήσεις στην πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, αυξημένη ανάγκη για επαγρύπνηση των γονέων, λιγότερες ευκαιρίες για εργασία και συχνή παρουσία θεραπειών στο σπίτι (Morrison et al., 2009; Pakenham et al., 2005; Woodgate et al., 2008).

Σύμφωνα με τους Lord & Bishop (2010) οι οικονομικές επιπτώσεις στις οικογένειες της ανατροφής ενός παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές κοστίζουν περίπου τρία έως πέντε εκατομμύρια δολάρια περισσότερο από αυτές με ένα τυπικά αναπτυσσόμενο παιδί, αριθμός που αυξάνεται όταν το παιδί με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχει επίσης σοβαρό κίνδυνο γνωστικής δυσλειτουργίας. Ομοσπονδιακά ή κρατικά προγράμματα μπορούν να αμβλύνουν την οικονομική επιβάρυνση των οικογενειών αυτών και αυτό θεωρείται μια σημαντική και απαραίτητη βοήθεια. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι οι μητέρες εφήβων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές βρέθηκε ότι αφιερώνουν πολύ περισσότερο χρόνο στην παροχή φροντίδας στο παιδί τους και πολύ λιγότερο σε δραστηριότητες αναψυχής (Smith et al., 2010).

Έτσι λοιπόν γίνεται σαφές από όλα τα παραπάνω ότι οι οικογένειες με παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές βιώνουν περισσότερο άγχος και πιέσεις από τις οικογένειες με παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Bouma & Schweitzer, 1990). Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι ανάμεικτα συναισθήματα προκαλεί στους γονείς η διάγνωση του παιδιού και πολλοί από αυτούς

βιώνουν μεγάλο άγχος και απογοήτευση από το γεγονός ότι η διάγνωση είναι καθυστερημένη. Επίσης, αναφέρουν ότι μεγάλο μέρος του άγχους τους οφείλεται και στην έλλειψη πληροφόρησης και υποστήριξης (Coulthard, 2001).

Για το λόγο αυτό ο ρόλος των ειδικών επαγγελματιών υγείας γίνεται ιδιαίτερα καίριος στην ολιστική στήριξη της οικογένειας με παιδί με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Συμπερασματικά, επειδή οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν διαταραχές που διαρκούν σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, είναι απαραίτητο οι γονείς του παιδιού να αποκτήσουν ειδικές γνώσεις για το παιδί τους και τη διαταραχή αλλά και ψυχολογική υποστήριξη. Οι ειδικοί οφείλουν από την αρχή της συνεργασίας με τους γονείς των αυτιστικών ατόμων να γνωρίζουν τις ανάγκες των γονέων, ώστε να είναι σε θέση να χτίσουν τα θεμέλια μια παραγωγικής σχέσης, απαραίτητης για την επιτυχία του προγράμματος παρέμβασης. Οι ειδικοί οι οποίοι κερδίζουν τον θαυμασμό και την εμπιστοσύνη των γονέων, είναι αυτοί που παρέχουν χρόνο στους γονείς, τους ακούν προσεκτικά, σέβονται τις γνώσεις τους, βλέπουν τα θετικά στοιχεία των παιδιών τους, παραδέχονται όταν δεν ξέρουν κάτι και ψάχνουν να το βρουν ή παραπέμπουν τους γονείς σε κάποιον άλλο ειδικό όταν κρίνεται απαραίτητο. Είναι γεγονός ότι αποτελεσματική επικοινωνία, την οποία επιθυμούν και οι δύο μεριές δεν επιτυγχάνεται αν οι οικογένειες δεν πειστούν πρώτα ότι έχουν μπροστά τους ακροατές πρόθυμους και με κατανόηση (Dale, 1996).

Τέλος, η αντιμετώπιση των αναγκών των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές δε νοείται παρά μόνο στο πλαίσιο του οικογενειακού περιβάλλοντος. Σύμφωνα με τον Hobbs (1975), ο γονέας είναι «ο βασικός βοηθός, επιμελητής, συντονιστής, παρατηρητής, αξιολογητής και αυτός που λαμβάνει τις αποφάσεις» για το παιδί του. Μια σημαντική, λοιπόν, πλευρά της εκάστοτε παρέμβασης σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι η συνεργασία με την οικογένεια. Οι γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία του θεραπευτικού προγράμματος. Αν και σήμερα η πληροφόρηση που μπορούν να έχουν οι γονείς είναι πολύ περισσότερη από εκείνη που υπήρχε κάποια χρόνια πριν, οι γονείς εξακολουθούν να χρειάζονται βοήθεια, έτσι ώστε να περάσουν ομαλά από διάφορα στάδια αναζήτησης, αποδοχής και παραδοχής της διαταραχής του παιδιού τους (Παπαγεωργίου, 2004).

3.3 Ο ρόλος του σχολείου σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

3.3.1 Το ζήτημα της ένταξης

Σύμφωνα με τον Florian (1998), η εκπαίδευση θα πρέπει να αποτελεί μέρος της πλήρους ένταξης όλων των ατόμων με αναπηρίες σε όλες τις πτυχές της ζωής (Florian, 1998). Οι Black-Hawkins, ο Florian και Rouse (2007) πιστεύουν ότι όλα τα παιδιά ανεξαιρέτως θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην εκπαίδευση. Επιπρόσθετα, ο Batten (2005) έχει επισημάνει ότι η πραγματική ένταξη απαιτεί προσαρμογή του εκπαιδευτικού συστήματος στις ανάγκες των παιδιού και όχι του παιδιού στο εκπαιδευτικό σύστημα. Πολλοί πιστεύουν ότι με την ουσιαστική και πλήρη ένταξη, όλοι οι μαθητές θα πρέπει να γίνονται μέρος μέρος της σχολικής κοινότητας, μέσω μιας κοινής επιχείρησης μάθησης (Panerai et al, 2009). Μάλιστα οι Barnard, Prior και Potter (2000) αναφέρουν ότι η ένταξη περιλαμβάνει την αναδιάρθρωση του αναλυτικού προγράμματος και της τάξης για την καλύτερη υποστήριξη των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Αυτή η θεώρηση της ένταξης έχει ως στόχο να διασφαλίσει ότι όλοι οι μαθητές συμμετέχουν πλήρως και έχουν πρόσβαση σε ισότιμη εκπαίδευση, ανεξάρτητα από τις ιδιαίτερες ανάγκες τους.

Κανένας μαθητής δεν μπορεί να περάσει σε ουσιαστική μάθηση εάν δεν αισθάνεται ασφαλής και ενταγμένος μέσα στο πλαίσιο στο οποίο επιτελείται η μάθηση (Black-Hawkins et al., 2007). Ως εκ τούτου θα πρέπει να δίνεται πολύ μεγάλη σημασία στη διασφάλιση της ένταξης των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο σχολικό τους περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Warnock (2005) η διαδικασία της ένταξης στο σχολείο μεγιστοποιεί το δικαίωμα όλων των μαθητών για ένα ευρύ πρόγραμμα σπουδών.

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των παιδιών με ειδικές ανάγκες και μαθησιακές δυσκολίες, τα οποία εκπαιδεύονται στα σχολεία μαζί με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Αυτό που δεν είναι ακόμα σαφές είναι το κατά πόσο τα παιδιά αυτά εντάσσονται ή ενσωματώνονται. Όταν τα παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες απλά τοποθετούνται στην «κανονική» εκπαίδευση χωρίς καμία πρόσθετη υποστήριξη και αναμένεται η προσαρμογή του παιδιού στο υπάρχον εκπαιδευτικό σύνολο, τότε μιλάμε για ενσωμάτωση (Batten, 2005). Όταν όμως στοχεύουμε στην ένταξη των παιδιών αυτών τότε θα πρέπει να δοθεί μεγάλη σημασία στην ποιότητα υποστήριξης των ιδιαίτερων αναγκών των παιδιών προς ένταξη στο σχολικό πλαίσιο (Barnard, Prior & Potter, 2000). Συμπερασματικά, η ενσωμάτωση απαιτεί περιορισμένες και επιφανειακές αλλαγές, ενώ αντίθετα η ένταξη επιτυγχάνεται όταν υλοποιούνται πραγματικές αλλαγές στις σχολικές δομές (Frederickson & Cline, 2009).

Επειδή η έννοια της ένταξης δεν είναι εύκολα μετρήσιμη, είναι αρκετά δύσκολο να προσδιοριστεί το εάν ένα περιβάλλον είναι περιεκτικό για την ένταξη των παιδιών ή αυξάνει τις υπάρχουσες δυσκολίες (Jones & Frederickson, 2010). Για μια αποτελεσματική πρακτική χωρίς αποκλεισμούς, απαιτούνται πόροι και οικονομική υποστήριξη, η οποία συχνά προέρχεται από κρατική χρηματοδότηση (Batten, 2005). Συνεπώς ένα μεγάλο πρώτο εμπόδιο αποτελεί η πιθανή έλλειψη οικονομικής κρατικής υποστήριξης, η οποία μπορεί είτε να μην είναι διαθέσιμη είτε να μη χρησιμοποιείται με αποδοτικό και σωστό τρόπο (π.χ. ελλιπής κατάρτιση του ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού) (Thompson, 2013). Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι τα οικονομικά εμπόδια ενδέχεται να παρεμποδίζουν τα σχολεία να παρέχουν αποτελεσματική εκπαίδευση σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Τα σχολεία συνήθως απαιτούν από τα παιδιά να διαθέτουν κάποια αντίστοιχα με τη βαθμίδα επίπεδα επικοινωνίας, κοινωνικοποίησης και φαντασίας. Ωστόσο, τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, δυσκολεύονται ιδιαίτερα στους συγκεκριμένους τομείς (Hewitt, 2005; Enam, 2014). Στα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές η γνωσιακή και πνευματική ικανότητα, η γλωσσική ανάπτυξη, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους καθώς και η ποιότητας της πιθανής προηγούμενης εκπαιδευτικής τους εμπειρίας, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία στην εκπαίδευση τους (Jones, 2002). Ως εκ τούτου, τα σχολεία πρέπει να εξασφαλίσουν ότι τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές λαμβάνουν την απαιτούμενη υποστήριξη για να μπορέσουν να επιτύχουν πλήρη ένταξη και μάθηση, μέσα στο ενιαίο σχολικό περιβάλλον.

Μεγάλη δυσκολία κατά τη διαδικασία της ένταξης ενός παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο σχολείο, είναι το ότι συχνά τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να μην έχουν αυτή την αίσθηση ότι ανήκουν κάπου λόγω των δυσκολιών τους στην κοινωνική επικοινωνία και στη διαμόρφωση σχέσεων (Cumine, Dunlop & Stevenson, 2010). Τα ειδικά χαρακτηριστικά του παιδιού επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ένταξη και την επιτυχία της (Jones & Frederickson, 2010). Ως εκ τούτου, τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να αντιμετωπίσουν αυξημένες δυσκολίες με την ένταξη, από τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Kluth, 2003).

Μάλιστα το ότι οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν «μια κρυμμένη αναπηρία», με την έννοια ότι είναι λιγότερο αναγνωρίσιμη από τις φυσικές αναπηρίες (Briggs, 2012), πολλές φορές ωθεί τους μαθητές ή και τους εκπαιδευτικούς να παραβλέπουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Επιπρόσθετα, η γονική γνώση, η εμπειρία και η συμμετοχή των γονέων στην επικοινωνία με το σχολείο είναι

σημαντικοί παράγοντες για την επιτυχή ένταξη (Gibb et al., 2007). Μάλιστα σύμφωνα με τον Harnes (2015) η επιτυχία της ένταξης των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την αντοχή των γονέων του παιδιού.

Από όλα τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι το θέμα της ένταξης των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο σχολείο, αποτελεί ένα πολύπλοκο θέμα βαρύνουσας σημασίας, που τα τελευταία χρόνια έχει συγκεντρώσει μεγάλο μέρος του ενδιαφέροντος της ερευνητικής κοινότητας (Tissot, 2011). Με την ένταξη των παιδιών σε ενιαία τμήματα με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης προωθείται η ουσιαστική ένταξη των παιδιών. Στα πλαίσια της προσχολικής ηλικίας, τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχουν δείξει σημαντικές βελτιώσεις στο IQ, καθώς και τις κοινωνικές και επικοινωνιακές τους δεξιότητες (Stahmer & Ingersoll, 2004). Επίσης, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν αύξηση της προσαρμοστικής λειτουργίας και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μετά την ένταξή τους σε νηπιαγωγείο (Fisher & Meyer, 2002; Whitaker, 2004). Παρά τα θετικά ερευνητικά δεδομένα υπάρχουν ακόμη κάποιες επιφυλάξεις για το κατά πόσο το μοντέλο της «συμπερίληψης» μπορεί να ικανοποιήσει τόσο τις εκπαιδευτικές όσο και τις κοινωνικές ανάγκες παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Leyser & Kirk, 2004). Σε κάθε περίπτωση οι έρευνες γύρω από το θέμα υπογραμμίζουν την ανάγκη για ειδικά καταρτισμένο εκπαιδευτικό προσωπικό, έτσι ώστε να μεγιστοποιηθούν και τα θετικά αποτελέσματα της ένταξης των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο ενιαίο σχολείο (Reed, Osborne & Corness, 2007).

Στην έρευνα των Scahill et al (2007) διερευνήθηκε το κατά πόσο τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορούν να καθορίσουν την τοποθέτηση των παιδιών αυτών σε ειδικές αίθουσες ή στα δημόσια και ιδιωτικά σχολεία τυπικής ανάπτυξης. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 101 παιδιά ηλικίας 12 ετών με διαγνωσμένη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η τοποθέτηση σχετίζεται άρρηκτα με το IQ και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων στους τομείς επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Αντίστοιχα, η μελέτη των Eaves & Ho (1997), διερεύνησε το κατά πόσο οι μεταβλητές ηλικία του παιδιού και IQ του παιδιού παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκπαιδευτική τοποθέτηση των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, στην ένταξη ή την ειδική εκπαίδευση. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 76 παιδιά με ηλικία 11-12 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής το επίπεδο λειτουργικότητας, και συγκεκριμένα το IQ και η ηλικία, ήταν οι κύριοι παράγοντες για τον προσδιορισμό της εκπαιδευτικής τοποθέτησης. Οι μαθητές με υψηλότερο IQ ήταν

πιθανότερο να συμπεριληφθούν πλήρως. Επιπλέον, οι μαθητές με υψηλότερο IQ, οι οποίοι ήταν νεότεροι, ήταν επίσης περισσότερο πιθανόν να τοποθετηθούν σε περιβάλλον χωρίς αποκλεισμούς σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους φοιτητές με το ίδιο IQ. Επιπρόσθετα, το επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας είναι μια εξίσου καθοριστική παράμετρος για την τοποθέτηση του παιδιού στην εκπαίδευση. Συγκεκριμένα οι Lyon, Capadokias & Weiss (2011) αναφέρουν ότι οι μαθητές που εντάχθηκαν πλήρως μέσα στο ενιαίο σχολείο ήταν αυτοί με τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων.

3.3.2 Παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και Νηπιαγωγείο

Η έρευνα έχει αποδείξει με καθολικότητα πλέον ότι η μετάβαση στο νηπιαγωγείο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την μελλοντική επιτυχία του παιδιού (McIntyre, Blacher, & Baker, 2006; Schulting, Malone & Dodge, 2005). Η μετάβαση στο νηπιαγωγείο αποτελεί ένα αγχωτικό γεγονός για τις περισσότερες οικογένειες (La Paro, Kraft-Sayre & Pianta, 2003), όμως παίρνει ακόμα μεγαλύτερες διαστάσεις για τις οικογένειες των παιδιών με αναπηρίες (McIntyre et al., 2010). Η έρευνα σχετικά με το θέμα της μετάβασης στο νηπιαγωγείο παιδιών με αναπηρίες είναι περιορισμένη και ακόμα πιο περιορισμένο για παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Janus, Lefort, Cameron, & Kopechanski, 2007).

Τα ολοκληρωμένα προγράμματα παρέμβασης παρέχουν βασικές κατευθυντήριες γραμμές για το ποιες είναι οι βέλτιστες πρακτικές για παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Odom et al., 2011, Strain et al., 2011). Αυτά τα προγράμματα ποικίλλουν και μπορεί να γίνονται με μορφή ένας προς έναν στο σπίτι μέχρι παρεμβάσεις που παρέχονται στα δημόσια σχολεία. Στα αναπτυξιακά διαχωρισμένα προγράμματα που επικεντρώνονται στην παρέμβαση ενός-προς-έναν-ενήλικα, όπως η παρέμβαση πρώιμης εντατικής συμπεριφοράς (EIBI) και η TEACCH, η ώθηση είναι τροποποιημένο περιβάλλον για την υποδοχή του παιδιού (Eldevik et al., 2012, Panerai, Zingale, & Trubia, 2009). Άλλα προγράμματα, όπως οι εμπειρίες μάθησης, το Εναλλακτικό Πρόγραμμα για τα Νήπια (LEAP) και η Αναπτυξιακά Κατάλληλη Θεραπεία για Αυτισμό (Project DATA), τονίζουν την οικοδόμηση των αναγκών του παιδιού έτσι ώστε να μπορεί με επιτυχία να συμμετέχει σε περιβάλλοντα μαζί με τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους (Schwartz et al., 2004; Strain & Bovey, 2011). Επίσης, το πρότυπο Denver του Early Start συνδυάζει και τα δύο παραπάνω σχολεία και διαιρεί το πρόγραμμα παρέμβασης του

παιδιού ανάλογα με τις ανάγκες και δυνατότητες του εκάστοτε παιδιού (Rogers & Vismara, 2008).

Παραδοσιακά, τα περισσότερα προγράμματα είναι αφιερωμένα στην αποκατάσταση των βασικών ελλειμμάτων των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Odom, et al., 2010a). Σε αυτούς τους τύπους προγραμμάτων, όταν το παιδί έχει μάθει ένα προκαθορισμένο επίπεδο δεξιοτήτων, μπορεί να εισέλθει σε μαθησιακά και κοινωνικά περιβάλλοντα τυπικής ανάπτυξης της ίδιας ηλικίας (Lovaas, 1987). Μερικά παιδιά όμως δεν κατέχουν ποτέ τις δεξιότητες που απαιτούνται για να εισέλθουν σε τυπικές ηλικιακές ρυθμίσεις (Rispoli et al., 2011, Strain & Bovey, 2011).

Το NRC (2001) συνιστά τη συστηματική υλοποίηση και την αναπτυξιακή παρέμβαση που συμβαίνει σε κοινωνικά περιβάλλοντα με παιδιά χωρίς αναπηρίες όσο συχνά όσο είναι δυνατόν. Αυτές οι συστάσεις παραμένουν σχετικές στη λογοτεχνία σήμερα και είναι περαιτέρω υποστηριζόμενο από μεταγενέστερες έρευνες που στοχεύουν σε βέλτιστες πρακτικές πρώιμης παιδικής ηλικίας σε ευρύτερο πεδίο (Odom et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα, είναι κρίσιμη η ανάπτυξη μίας βάσης τεκμηρίωσης για τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές για την πρόσβαση σε προγράμματα νηπιαγωγείου χωρίς αποκλεισμούς που να γεφυρώνουν τη μετάβασή τους από τα προσχολικά έως τα σχολικά προγράμματα. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να επιτρέπουν την κοινωνική συμμετοχή, την υποστήριξη της ακαδημαϊκής ανάπτυξης των παιδιών, καθώς και την πρόσβαση στο γενικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα σπουδών. Η έρευνα που διεξάγεται με παιδιά με και χωρίς αναπηρίες στην ίδια τάξη παρέχει τη βάση για την κατανόηση των οφελών της ένταξης για όλα τα παιδιά (Chandler-Olcott & Kluth, 2009; Grindle et al., 2012; Stahmer et al., 2011).

Έτσι λοιπόν με την ένταξη στην κοινή τάξη τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχουν άμεση πρόσβαση στη γενική εκπαίδευση και προωθούνται σε μεγάλο βαθμό η κοινωνικές τους δεξιότητες (Wolery & Hemmeter, 2011). Παρόλο που η γλώσσα είναι βασικό έλλειμμα σε πολλές διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, η περιστασιακή διδασκαλία και η χρήση στρατηγικών λεκτικής συμπεριφοράς έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Kaiser & Roberts, 2011, Yoder & Stone, 2006). Επιπλέον, η έρευνα σχετικά με την αυτο-παρακολούθηση και την υποστήριξη θετικής συμπεριφοράς έχει δείξει ότι σε φυσικά περιβάλλοντα υπάρχουν πολύ θετικά αποτελέσματα για τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που παρουσιάζουν ακατάλληλη συμπεριφορά (Crosland & Dunlap, 2012).

Δύο επιτυχημένα παραδείγματα για το νηπιαγωγείο αποτελούν η ενεργός ανταπόκριση και η ρητή και διαφοροποιημένη διδασκαλία (Flores & Ganz, 2009, Wolery & Hemmeter, 2011). Άλλα σημαντικά στοιχεία για την επιτυχία σε περιβάλλοντα χωρίς αποκλεισμούς, περιλαμβάνουν την παρέμβαση με γνώμονα την αξιολόγηση (Greenwood, Carta, & McConnell, 2010), την εμπλοκή και υποστήριξη των γονέων (Sainato & Morrison, 2001) και την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών (Snyder, Hemmeter, & McLaughlin, 2011). Η αληθινή πρόκληση του σχεδιασμού επιτυχημένων προγραμμάτων ένταξης των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο, αφορά την επίτευξη κοινωνικής εμβύθισης, ενώ ταυτόχρονα επιτυγχάνεται ακαδημαϊκή πρόοδος για όλα τα παιδιά στην τάξη (Crosland & Dunlap, 2012, Odom et al., 2011, Strain & Bovey, 2011).

3.4 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

Κάθε επαγγελματίας υγείας που ασχολείται με παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, παίζει ένα καίριο ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία του παιδιού αλλά και στην υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος. Αναλυτικότερα, οι οικογενειακοί γιατροί είναι συνήθως οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι θα επισκεφτούν οι γονείς μόλις συνειδητοποιήσουν ότι κάτι συμβαίνει στο παιδί τους. Παρ' όλο που οι οικογενειακοί γιατροί είναι συνήθως παθολόγοι και δεν έχουν εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με την αξιολόγηση των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος, μπορούν να συζητήσουν με τους γονείς για την κατάσταση του παιδιού και στη συνέχεια να τους παραπέμψουν σε κάποιο ειδικό. Οι παιδίατροι ή οικογενειακοί γιατροί μπορούν εύκολα να εντοπίσουν κάποια επίπεδα ευαισθησία ή διαφορετικότητας σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, διότι τα παιδιά αυτά συχνά δεν μπορούν να περιγράψουν τα συμπτώματα των ασθενειών τους, έχουν ιδιαίτερα έντονη αντίδραση στην παρέμβαση άλλων, δεν αρέσκονται στην αλλαγή της ρουτίνας, δεν τους αρέσει να τα αγγίζουν και αναστατώνονται από ασυνήθιστες μυρωδιές και ήχους (Wing, 2000).

Μια ακόμα ειδικότητα που πιθανότατα έρχεται σε επαφή με τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές σε μικρή ηλικία είναι οι οδοντίατροι. Η καθαριότητα των δοντιών είναι πιθανό να αποτελεί μεγάλη δυσκολία για τα παιδιά με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Στον οδοντίατρο τα παιδιά αυτά είναι πολύ πιθανόν να αρνούνται να συνεργαστούν και να

βιώνουν με μεγάλη ένταση την όλη διαδικασία (Wing, 2000).

Όπως προαναφέρθηκε για μια σωστή διάγνωση απαιτείται συνήθως παιδίατρος και παιδοψυχολόγος, οι οποίοι βέβαια οφείλουν να συμπεριλάβουν στη διαγνωστική αξιολόγηση ένα λεπτομερές αναπτυξιακό ιστορικό, ψυχολογική αξιολόγηση, παρακολούθηση της συμπεριφοράς, εξέταση για οποιεσδήποτε επιπλέον ιατρικές ή ψυχιατρικές εξετάσεις και ανικανότητες (Wing, 2000).

Όσον αφορά στους κλινικούς ψυχολόγους είναι σημαντικοί για τη βοήθεια των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, διότι πολλές φορές η συνειδητοποίηση τη διαφορετικότητας ακολουθείται από αίσθημα δυστυχίας. Το άτομο με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, λοιπόν, μπορεί να βοηθηθεί από έναν κλινικό ψυχολόγο, ο οποίος έχει και γνώσεις συμβουλευτικής. Από το ίδιο άτομο μπορούν να βοηθηθούν και οι γονείς του παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές τόσο για τη προσωπική όσο και για την οικογενειακή τους ευημερία (Wing, 2000).

Μια ακόμα σημαντική ειδικότητα αποτελεί αυτή των εκπαιδευτικών ψυχολόγων. Οι εκπαιδευτικοί ψυχολόγοι είναι υπεύθυνοι για τη συμβουλευτική των δασκάλων για τα ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Επιπρόσθετα, οι ειδικοί παιδαγωγοί είναι οι πιο αρμόδιοι για το χειρισμό των διαταραχών συμπεριφοράς και της νοημοσύνης. Επεμβαίνουν και βοηθούν το παιδί, μεθοδικά και διακριτικά για να βελτιώσει τη συμπεριφορά του και να καλλιεργήσει τις δυνατότητες του, ώστε να έχει ως αποτέλεσμα την ομαλή ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο (Σταμάτης, 1987).

Μια ακόμη σημαντική ειδικότητα για τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί, των οποίων ο ρόλος είναι να βοηθάνε τις οικογένειες να αποκτούν πρόσβαση σε υπηρεσίες με οφέλη για αυτές, αλλά και να συμβουλεύουν τις οικογένειες με στόχο την ευημερία τους. Στις οικογένειες με παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με τους γονείς και τους βοηθάνε να γνωρίσουν τι σημαίνει διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και να αποδεχθούν τη διάγνωση. Στην ουσία ο κοινωνικός λειτουργός είναι υποστηρικτής της οικογένειας και στηρίζει τόσο σε θέματα καθημερινής διαβίωσης όσο και σε θέματα εκπαίδευσης και υγείας (Σταθόπουλος, 2003).

Επιπρόσθετα, οι εργοθεραπευτές επιτελούν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Το κύριο εργαλείο των εργοθεραπευτών είναι η σκόπιμη δραστηριότητα. Η χρήση της δραστηριότητας ως εκπαιδευτικό μέσο είναι αυτή που ξεχωρίζει την εργοθεραπεία από τις υπόλοιπες ειδικότητες. Το παιδί με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές,

μέσα από τα παιχνίδια που του προσφέρει ο εργοθεραπευτής, μεταξύ άλλων, εξερευνά τον κόσμο γύρω του, τα συναισθήματα του, τα χρώματα, τα σχήματα, τις υφές και άλλες βασικές έννοιες. Από την εργοθεραπεία μπορεί να προκύψουν διάφορα οφέλη, σημαντικότερα από τα οποία είναι τα εξής:

- βελτίωση της λεπτής κινητικότητας των χεριών
- βελτίωση της θέσης του σώματος του παιδιού όταν κάθεται
- ενδυνάμωση των μυών
- αύξηση συντονισμού
- Μαθαίνει να τρώει με επιδεξιότητα
- Μαθαίνει να ντύνεται
- Μαθαίνει να ξεπερνάει τους φόβους του
- Αναπτύσσει την αυτοπεποίθησή του
- Ενθάρρυνση της κοινωνικοποίησης του

Τέλος, μια ακόμη σημαντική ειδικότητα επαγγελματιών υγείας για παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι οι λογοπεδικοί. Ο λογοπεδικός- λογοθεραπευτής όταν ασχολείται με άτομο που έχει διάγνωση αυτισμού έχει αρμοδιότητες που αφορούν:

- τη διεξοδική και επαναληπτική αξιολόγηση της διαταραχής
- την ενημέρωση για τη φύση των δυσκολιών
- την αποκατάσταση των δυσκολιών αυτών μέσα στα πλαίσια που επιτρέπει το είδος της διαταραχής
- την ενίσχυση των δεξιοτήτων του ατόμου στο προφορικό λόγο
- την ενίσχυση της αυτονομίας
- την ενίσχυση της κοινωνικοποίησης
- τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ατόμου
- τη συμβουλευτική των γονέων των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι ιδιαίτερα κομβικό σημείο στην θεραπευτική παρέμβαση σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι η συνεργασία Λογοθεραπείας- Εργοθεραπείας. Η συνεργασία αυτή έχει αρχίσει να σταθεροποιείται όσο αφορά τον αυτισμό. Οι δυσκολίες που παρουσιάζουν τα παιδιά με αυτισμό, επηρεάζουν λειτουργικές ικανότητες, οι

οποίες αφορούν κοινούς στόχους θεραπευτικών προγραμμάτων Εργοθεραπείας και Λογοθεραπείας.. Οι στόχοι αυτοί συνήθως αφορούν τους παρακάτω τομείς (Wing, 2000):

1. Την αισθητηριακή ρύθμιση
2. Τον συγχρονισμό ρόφησης/ κατάποσης/ αναπνοής, τον στοματοκινητικό συγχρονισμό, την κινητοποίηση του στοματικού μηχανισμού και την αναπνευστική υποστήριξη
3. Τον μηχανισμό στάσης
4. Την προσοχή και την οργάνωση
5. Τη μάθηση και την αφηρημένη σκέψη
6. Την πράξη (ιδεατό - κινητικός προγραμματισμός- εκτέλεση)
7. Την κοινωνικότητα και την επικοινωνία
8. Τη σίτιση
9. Τη συναισθηματική οργάνωση και τη συναισθηματική ισορροπία
10. Το παιχνίδι.

4. Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των απόψεων των νηπιαγωγών σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση νηπίων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, αλλά και για τις γνώσεις των νηπιαγωγών σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητικές υποθέσεις

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είναι τα εξής:

- Σε ποιο βαθμό νιώθουν οι νηπιαγωγοί ικανοί αρκετά ώστε να μπορούν να εντοπίσουν αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο;
- Πόσο συχνά έχουν στην τάξη τους παιδιά με διάγνωση κάποιας διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής και πόσο συχνά αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;
- Σε ποιο βαθμό πιστεύουν οι νηπιαγωγοί ότι η έγκαιρη διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι μεγάλης σημασίας;

Οι κύριες ερευνητικές υποθέσεις είναι οι εξής:

- Οι νηπιαγωγοί με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία νιώθουν πιο ικανοί στο να εντοπίσουν αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο.
- Οι νηπιαγωγοί με κάποια σχετική κατάρτιση νιώθουν πιο ικανοί στο να εντοπίσουν αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο από αυτούς που δεν έχουν κάποια σχετική κατάρτιση.
- Οι νηπιαγωγοί δυσκολεύονται στο να επικοινωνήσουν τον εντοπισμό παιδιού με διάχυτες

αναπτυξιακές διαταραχές χωρίς διάγνωση, κυρίως λόγω του στίγματος και της αρνητικής στάσης των γονέων.

4.3 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας θα αποτελέσουν 100 νηπιαγωγοί από διάφορους νομούς της Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο θα αποσταλεί ηλεκτρονικά στα email τους. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας της χιονοστιβάδας (snowball sampling), η οποία στηρίζεται στην αρχή ότι οι αναφορές των ατόμων του δείγματος γίνονται μεταξύ των ατόμων που μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά ή γνωρίζουν άλλους με τα χαρακτηριστικά αυτά. Αρχικά, προσεγγίστηκαν κάποια υποκείμενα που λειτουργούν ως «σπόροι» (seeds), δηλαδή δίνουν πληροφορίες επικοινωνίας άλλων ατόμων που ανήκουν στον ίδιο υποπληθυσμό. Συγκεκριμένα, κάθε υποκείμενο της έρευνας δίνει έναν ακέραιο αριθμό διαφορετικών υποκειμένων. Στον αριθμό αυτό επισημαίνεται ότι δεν μπορεί να συμπεριλάβει τον εαυτό του. Το αρχικό δείγμα αποτελεί το στάδιο μηδέν (zero stage). Το επόμενο στάδιο καλείται «πρώτο στάδιο». Τα άτομα του πρώτου σταδίου καλούνται να δώσουν πληροφορίες επικοινωνίας για ένα διαφορετικό αλλά ίδιο αριθμό ατόμων. Με αυτόν τον τρόπο η δειγματοληψία με την πάροδο του χρόνου γίνεται δυναμική, όπως η χιονοστιβάδα που κυλά από ένα λόφο, και δημιουργούνται αλυσίδες. Σε κάθε στάδιο της δειγματοληψίας, τόσο η ερώτηση ή το κριτήριο που τίθενται για την αναφορά των νέων ατόμων όσο και ο αριθμός των ατόμων που θα κατονομαστούν σε κάθε στάδιο πρέπει να διατηρούνται σταθερά. Η όλη διαδικασία συνεχίζεται ώσπου να επιτευχθεί ο προκαθορισμένος αριθμός του δείγματος ή το δείγμα να παρουσιάσει κορεσμό, δηλαδή τα νέα μέλη που προστίθενται να μην προσφέρουν επιπρόσθετες πληροφορίες που μπορεί να διαφοροποιούνται από τις ήδη υπάρχουσες. Τα αρχικά υποκείμενα της έρευνας που αποτελούν το «στάδιο μηδέν» επιλέγονται με τυχαία δειγματοληψία. Το κάθε άτομο του υπό μελέτη πληθυσμού έχει ίση και ανεξάρτητη πιθανότητα να επιλεγεί (Biernacki & Waldorf, 1981).

Στην προκειμένη περίπτωση επιλέχθηκαν 10 νηπιαγωγοί μέσω τυχαίας δειγματοληψίας, από τους οποίους ζητήθηκε να προτείνουν δύο άλλους νηπιαγωγούς που διδάσκουν σε κάποιο νηπιαγωγείο της Ελλάδας. Οι κύκλοι συνεχίστηκαν μέχρι να συμπληρωθεί το απαιτούμενο δείγμα των 100 ατόμων.

4.4 Εργαλεία

Το εργαλείο της έρευνας θα αποτελέσει ένα ερωτηματολόγιο, 28 ερωτήσεων, εκ των οποίων οι πρώτες 10 θα αφορούν κάποια δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και οι υπόλοιπες θα αφορούν τις απόψεις των νηπιαγωγών για την έγκαιρη και σωστή διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών (Παράρτημα Ι). Αξίζει επίσης, να σημειωθεί ότι προκειμένου να διαπιστωθεί η αξιοπιστία του εν λόγω ερωτηματολογίου, έλαβε χώρα ο έλεγχος αξιοπιστίας, μέσω του υπολογισμού του δείκτη α του Cronbach, Ο οποίος για το σύνολο του ερωτηματολογίου πήρε την ικανοποιητική τιμή $\alpha=0,816$ και για το δεύτερο τμήμα, πήρε την τιμή 0,854. Οι πίνακες αυτοί παρατίθενται στο παράρτημα της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

4.5 Στατιστική επεξεργασία

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας διανεμήθηκε προσωπικά από τον ερευνητή στα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας. Μετά την συλλογή τους, τα δεδομένα, μετά την κατάλληλη κωδικοποίηση τους εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.20.

Προκειμένου να παρουσιαστούν με κατάλληλο τρόπο τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες και διαγράμματα, τα οποία περιείχαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα Likert, που είχε 5 επίπεδα, όπου το 1 συμβόλιζε το «Πάρα πολύ» και το 5 το «Καθόλου».

Επιπλέον, προκειμένου να διερευνηθεί ο βαθμός επηρεασμού των ερωτήσεων του πρώτου τμήματος του ερωτηματολογίου στον τρόπο απάντησης των ερωτώμενων, έγινε χρήση του t-test για ανεξάρτητα δείγματα, στις περιπτώσεις που η ανεξάρτητη μεταβλητή είχε δυο μόνο παράγοντες (επιλογές) και της μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης στις περιπτώσεις που η ανεξάρτητη μεταβλητή είχε πέραν των δυο παραγόντων. Τέλος, το επίπεδο εμπιστοσύνης επιλέχθηκε να είναι το $\alpha=0,05$, όπως συνηθίζεται σε παρόμοιες κοινωνικές έρευνες. Αξίζει, επίσης να σημειωθεί ότι στην περίπτωση που η κάθε επιλογή δεν συγκέντρωνε 5 τουλάχιστον παρατηρήσεις, έλαβε χώρα ο επανυπολογισμός της μεταβλητής με νέες, λιγότερες επιλογές, μέσω της επιλογής “Recode into different variables” του SPSS.

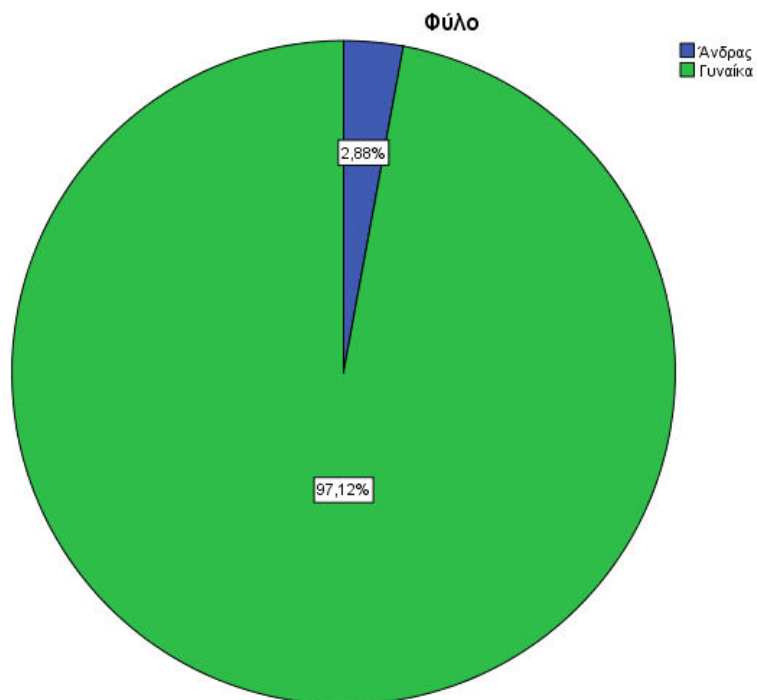
5. Τα αποτελέσματα της έρευνας

5.1. Περιγραφική στατιστική

Η πρώτη ερώτηση διερευνούσε το φύλο των ερωτώμενων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του 97% του δείγματος ήταν γυναίκες και μόλις το 3% από το άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν άντρες. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 1. Φύλο

Φύλο	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Άνδρας	3	2,9
Γυναίκα	101	97,1
Σύνολο	104	100,0

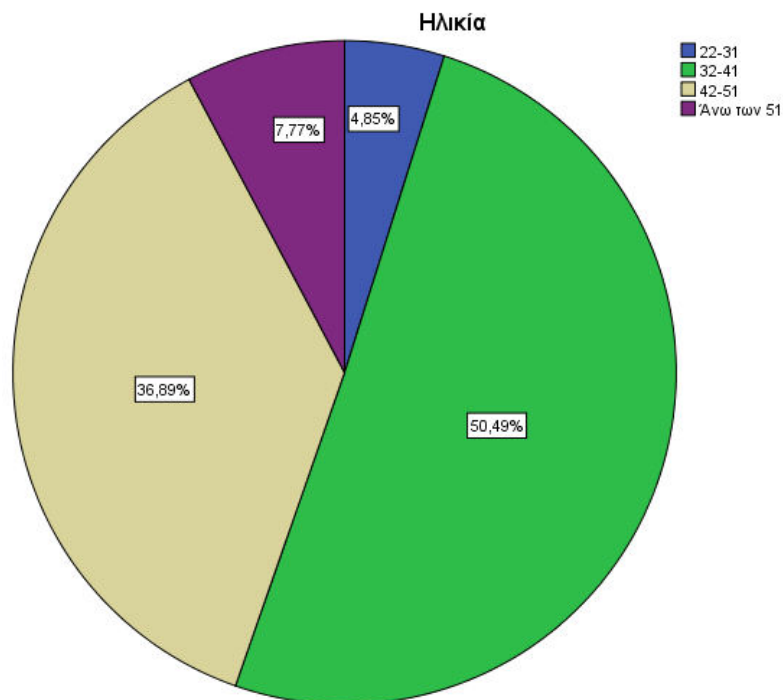


Διάγραμμα 1. Φύλο

Η δεύτερη ερώτηση διερευνούσε την ηλικία των ερωτώμενων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία του 51% του δείγματος ήταν άτομα ηλικίας 32- 42 ετών, ενώ η δεύτερη πολυπληθέστερη ομάδα του δείγματος αποτελούνταν από άτομα ηλικίας 42- 51 ετών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 2. Ηλικία

Ηλικία	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
22-31	5	4,9
32-41	52	50,5
42-51	38	36,9
Άνω των 51	8	7,8
Σύνολο	103	100,0

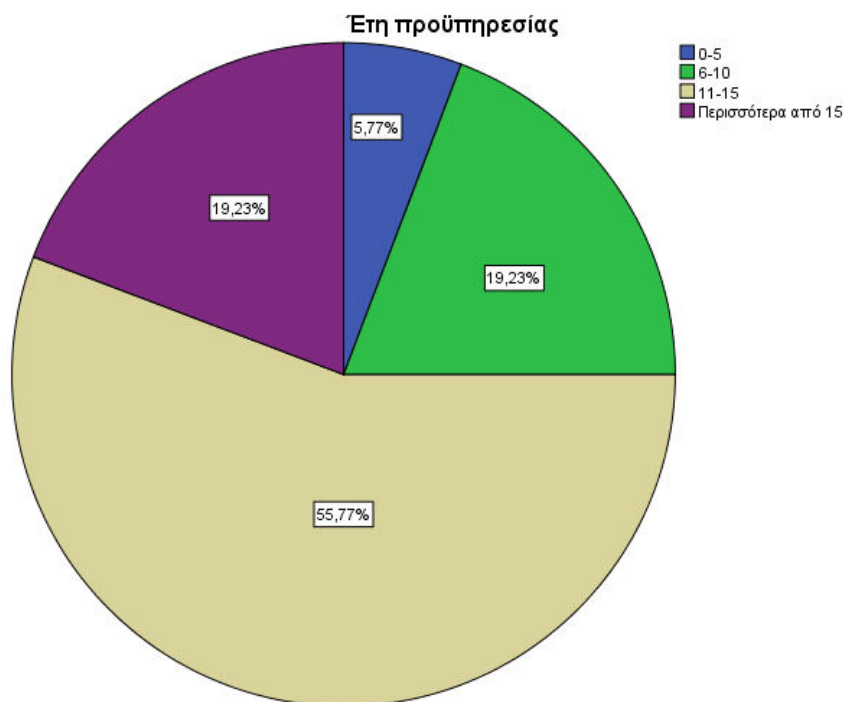


Διάγραμμα 2. Ηλικία

Η τρίτη ερώτηση διερευνούσε τα έτη προϋπηρεσίας των ερωτώμενων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία του 56% του δείγματος είχαν προϋπηρεσία από 11 μέχρι 15 έτη, ενώ η δεύτερη πολυπληθέστερη ομάδα του δείγματος είχε προϋπηρεσία μεγαλύτερη από 15 έτη. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 3. Έτη προϋπηρεσίας

Έτη προϋπηρεσίας	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
0-5	6	5,8
6-10	20	19,2
11-15	58	55,8
Περισσότερα από 15	20	19,2
Σύνολο	104	100,0

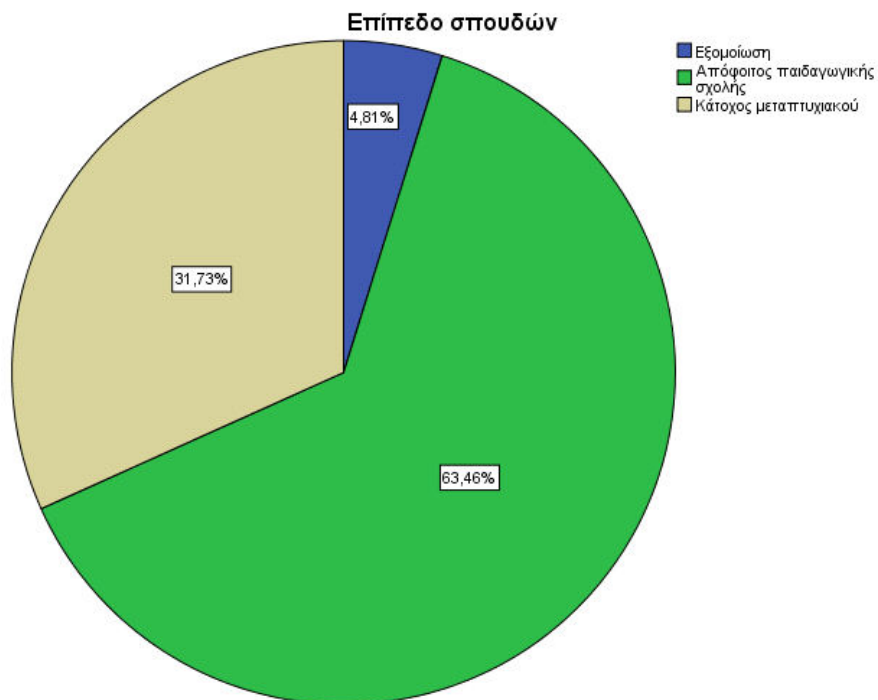


Διάγραμμα 3. Έτη προϋπηρεσίας

Η τέταρτη ερώτηση διερευνούσε το επίπεδο των ερωτώμενων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία του 64% του δείγματος ήταν απόφοιτοι της παιδαγωγικής σχολής, ενώ το 32% του δείγματος ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 4. Επίπεδο σπουδών

Επίπεδο σπουδών	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Εξομοίωση	5	4,8
Απόφοιτος παιδαγωγικής σχολής	66	63,5
Κάτοχος μεταπτυχιακού	33	31,7
Σύνολο	104	100,0

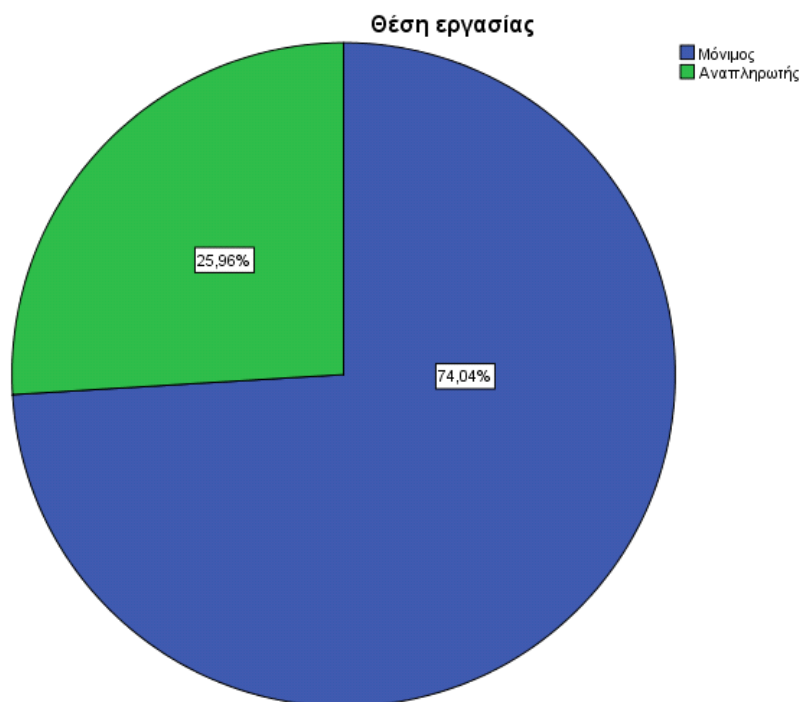


Διάγραμμα 4. Επίπεδο σπουδών

Η πέμπτη ερώτηση διερευνούσε την θέση εργασίας των ερωτώμενων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία του 74% του δείγματος ήταν μόνιμοι υπάλληλοι του υπουργείου παιδείας, ενώ το 26% του δείγματος ήταν κάτοχοι αναπληρωτές. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 5. Θέση εργασίας

Θέση εργασίας	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Μόνιμος	77	74,0
Αναπληρωτής	27	26,0
Σύνολο	104	100,0

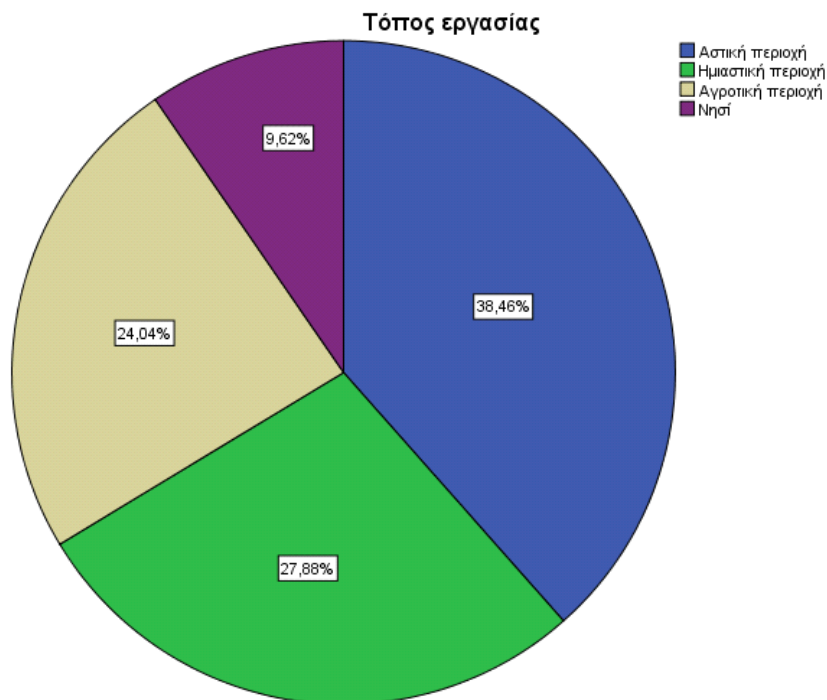


Διάγραμμα 5. Θέση εργασίας

Η έκτη ερώτηση διερευνούσε τον τόπο εργασίας των ερωτώμενων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 39% του δείγματος απασχολούνταν σε αστική περιοχή, το 28% σε ημιαστική περιοχή, το 24% σε αγροτικές περιοχές και το 10% του δείγματος σε νησί. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 6. Τόπος εργασίας

Τόπος εργασίας	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Αστική περιοχή	40	38,5
Ημιαστική περιοχή	29	27,9
Αγροτική περιοχή	25	24,0
Νησί	10	9,6
Σύνολο	104	100,0

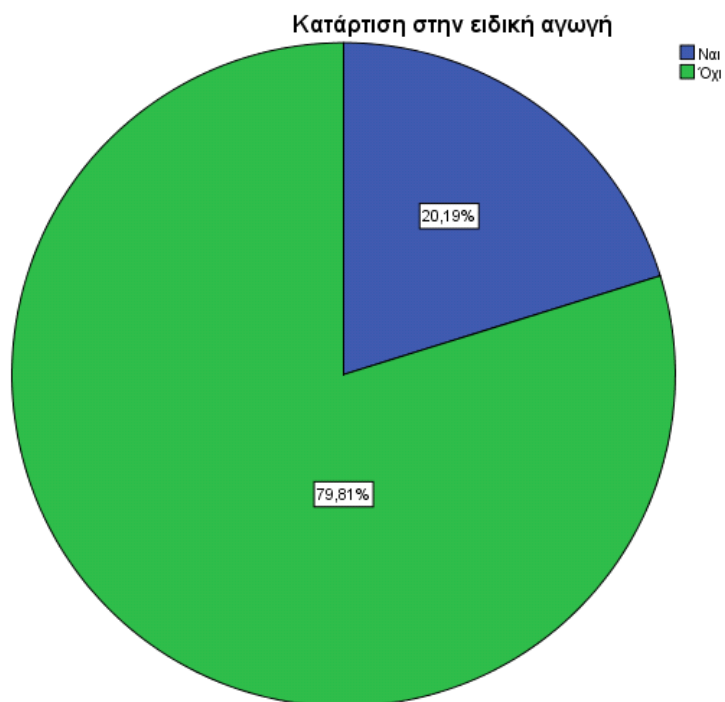


Διάγραμμα 6. Τόπος εργασίας

Η έβδομη ερώτηση διερευνούσε το αν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, ήταν καταρτισμένα στην ειδική αγωγή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία του 80% του δείγματος δεν ήταν καταρτισμένη στην ειδική αγωγή, ενώ μόνο το 20% του δείγματος απάντησε στην ερώτηση αυτή καταφατικά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 7. Κατάρτιση στην ειδική αγωγή

Κατάρτιση στην ειδική αγωγή	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Ναι	21	20,2
Όχι	83	79,8
Σύνολο	104	100,0

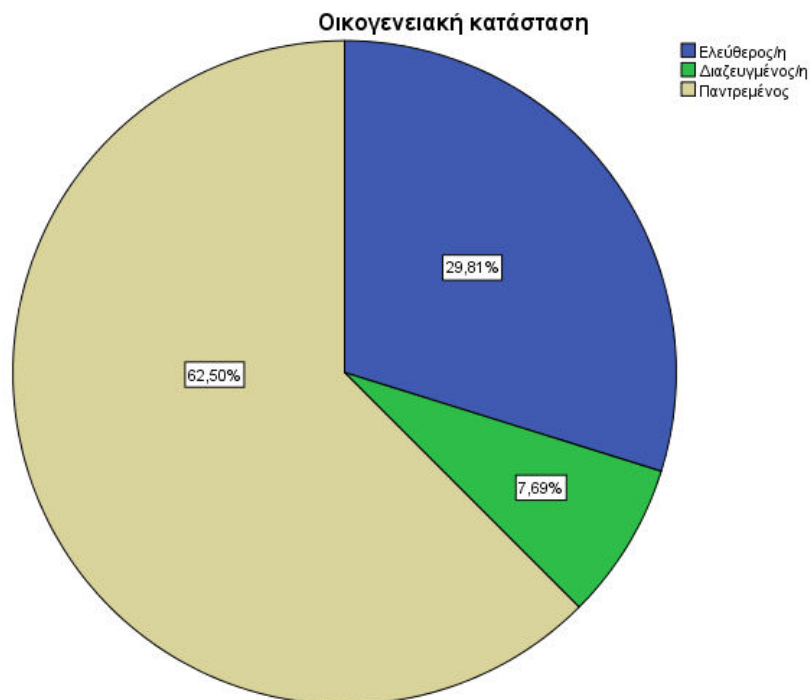


Διάγραμμα 7. Τόπος εργασίας

Η όγδοη ερώτηση διερευνούσε την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 3% του δείγματος ήταν ελεύθεροι, το 8% διαζευγμένοι, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία του 63% ήταν παντρεμένοι. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 8. Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Ελεύθερος/η	31	29,8
Διαζευγμένος/η	8	7,7
Παντρεμένος	65	62,5
Σύνολο	104	100,0

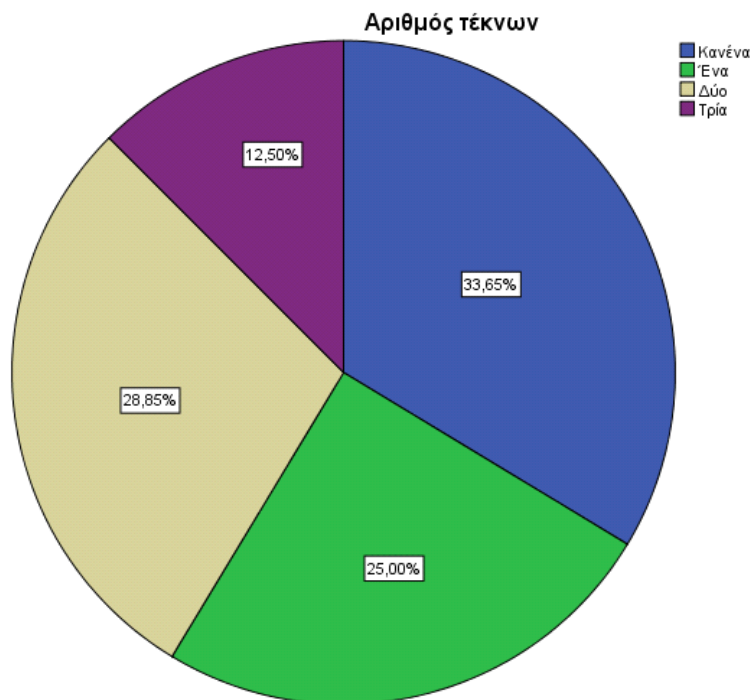


Διάγραμμα 8. Οικογενειακή κατάσταση

Η ένατη ερώτηση διερευνούσε τον αριθμό των τέκνων των ερωτώμενων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 34% του δείγματος δεν είχε παιδιά, το 25% είχε ένα παιδί, το 29% δυο παιδιά και το 12,5% του δείγματος είχε τρία παιδιά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 9. Αριθμός τέκνων

Αριθμός τέκνων	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Κανένα	35	33,7
Ένα	26	25,0
Δύο	30	28,8
Τρία	13	12,5
Σύνολο	104	100,0



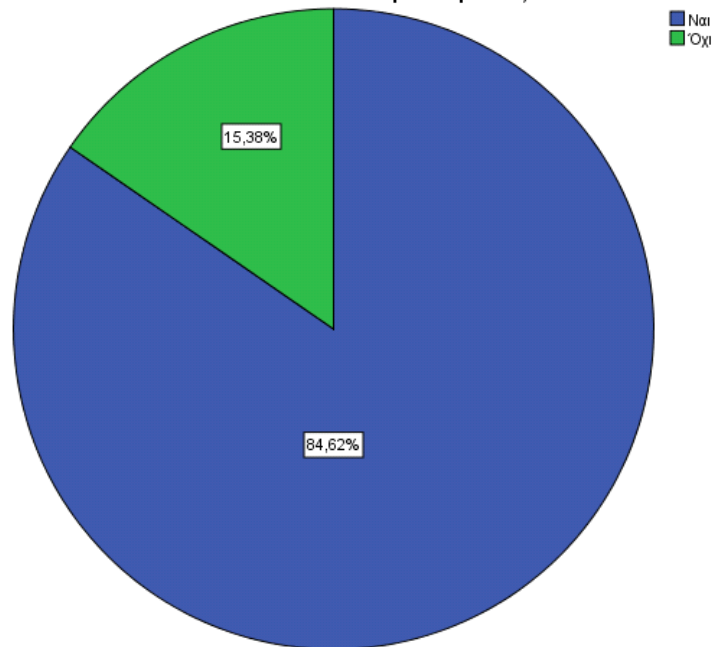
Διάγραμμα 9. Αριθμός τέκνων

Η δέκατη ερώτηση διερευνούσε το αν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, είχαν συναντήσει στις τάξεις του νηπιαγωγείου που είχαν δουλέψει παιδιά με διάγνωση σε διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία του 85% του δείγματος απάντησε στην ερώτηση αυτή καταφατικά, ενώ μόνο το 15% του δείγματος απάντησε αρνητικά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 10. Έχετε συναντήσει στις τάξεις του νηπιαγωγείου που έχετε δουλέψει παιδιά με διάγνωση ΔΑΔ

Ερώτηση 10	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Ναι	88	84,6
Όχι	16	15,4
Σύνολο	104	100,0

Έχετε συναντήσει στις τάξεις του νηπιαγωγείου που έχετε δουλέψει παιδιά με διάγνωση ΔΑΔ;



Διάγραμμα 10. Έχετε συναντήσει στις τάξεις του νηπιαγωγείου που έχετε δουλέψει παιδιά με διάγνωση ΔΑΔ;

Η ενδέκατη ερώτηση, η οποία αποτελούσε την συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης, απευθύνονταν σε εκείνα τα άτομα του δείγματος που είχαν απαντήσει καταφατικά προηγουμένως και διερευνούσε την συχνότητα με την οποία αυτά είχαν συναντήσει στις τάξεις του νηπιαγωγείου που είχαν δουλέψει παιδιά με διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία παρουσιάζονται με αναλυτικό τρόπο, στο διάγραμμα και τον πίνακα που ακολουθούν, το 46% δηλώνει συχνά και πολύ συχνά, και μόνο το 20% δηλώνει ότι έχει συναντήσει τέτοιες περιπτώσεις σπάνια.

Πίνακας 11. Συχνότητα συνάντησης στο νηπιαγωγείο παιδιών με ΔΑΔ

Ερώτηση 11	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Πολύ Συχνά	17	18,7
Συχνά	25	27,5
Ενίοτε	31	34,1

Σπάνια	18	19,8
Πολύ σπάνια	0	0
Σύνολο	91	100,0

Η δωδέκατη ερώτηση διερευνούσε τις μορφές διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών που τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, είχαν συναντήσει στις τάξεις του νηπιαγωγείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πιο συχνή μορφή είναι ο αυτισμός. Σημειώνεται ότι το άθροισμα των συχνοτήτων στην ερώτηση αυτή ξεπερνά το 104, καθώς οι ερωτώμενοι μπορούσαν να επιλέξουν πέραν της μιας απάντησης.

Πίνακας 12. Εάν ναι, ποιες από τις παρακάτω ΔΑΔ έχετε συναντήσει;

Ερώτηση 12	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Αυτισμός	59	57,3%
Σύνδρομο Asperger	35	34,0%
Σύνδρομο Rett	2	1,9%
Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές	40	38,8%
Μη καθοριζόμενες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές	39	37,9%

Διάγραμμα 11. Εάν ναι, ποιες από τις παρακάτω ΔΑΔ έχετε συναντήσει;

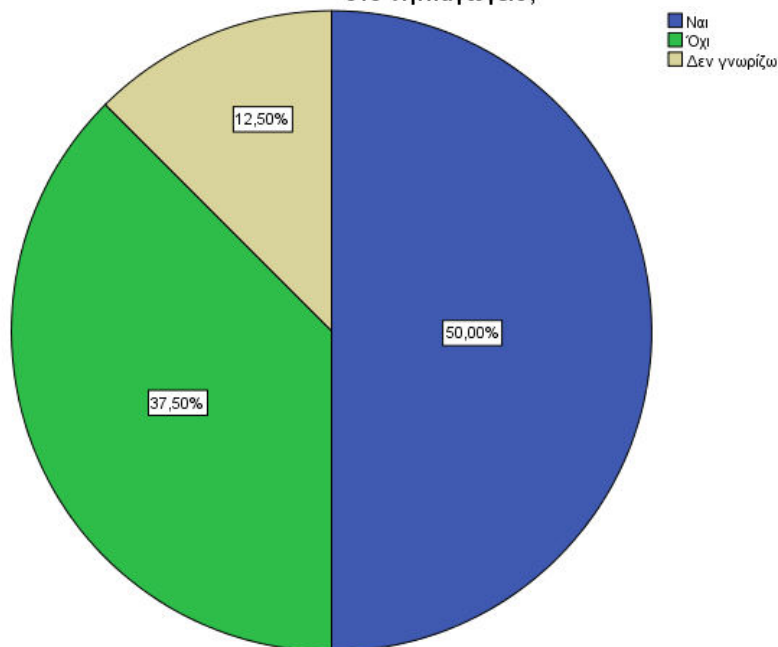
Η δέκατη τρίτη ερώτηση διερευνούσε το αν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, νιώθουν ικανά ώστε να εντοπίσουν αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 50% του δείγματος

απάντησε στην ερώτηση αυτή καταφατικά, ενώ το 38% του δείγματος απάντησε αρνητικά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 13. Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με ΔΑΔ στο νηπιαγωγείο

Ερώτηση 13	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Ναι	52	50,0
Όχι	39	37,5
Δεν γνωρίζω	13	12,5
Σύνολο	104	100,0

Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με ΔΑΔ στο νηπιαγωγείο;



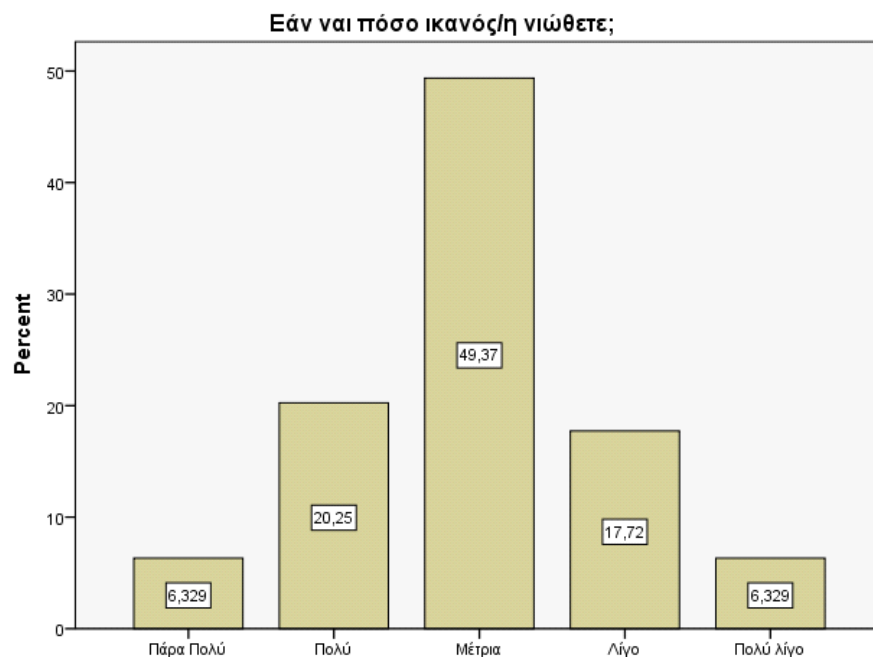
Διάγραμμα 12. Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με ΔΑΔ στο νηπιαγωγείο.

Η επόμενη ερώτηση, η οποία αποτελούσε την συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης, απευθύνονταν σε εκείνα τα άτομα του δείγματος που είχαν απαντήσει καταφατικά

προηγουμένως και διερευνούσε το πόσο ικανά νιώθουν τα άτομα αυτά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία παρουσιάζονται με αναλυτικό τρόπο, στο διάγραμμα και τον πίνακα που ακολουθούν, το 26% νιώθει πολύ ή πάρα πολύ ικανό, και το 24% δηλώνει λίγο ή πολύ λίγο ικανό.

Πίνακας 14. Εάν ναι πόσο ικανός/η νιώθετε

Ερώτηση 14	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Πάρα Πολύ	5	6,3
Πολύ	16	20,3
Μέτρια	39	49,4
Λίγο	14	17,7
Πολύ λίγο	5	6,3
Σύνολο	91	100,0



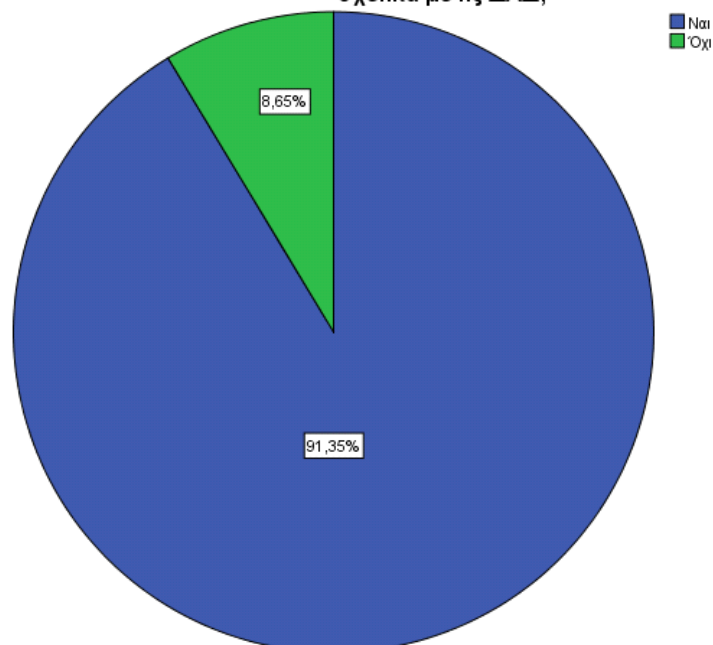
Διάγραμμα 13. Εάν ναι πόσο ικανός/η νιώθετε

Η δέκατη πέμπτη ερώτηση διερευνούσε το αν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι χρειάζεται να παρακολουθήσουν κάποια εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του 91% του δείγματος απάντησε στην ερώτηση αυτή καταφατικά, ενώ μόλις το 9% του δείγματος απάντησε αρνητικά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 15. Θεωρείτε ότι χρειάζεται να παρακολουθήσετε κάποια εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με τις ΔΑΔ

Ερώτηση 15	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Ναι	95	91,3
Όχι	9	8,7
Δεν γνωρίζω	0	0
Σύνολο	104	100,0

Θεωρείτε ότι χρειάζεται να παρακολουθήσετε κάποια εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με τις ΔΑΔ;

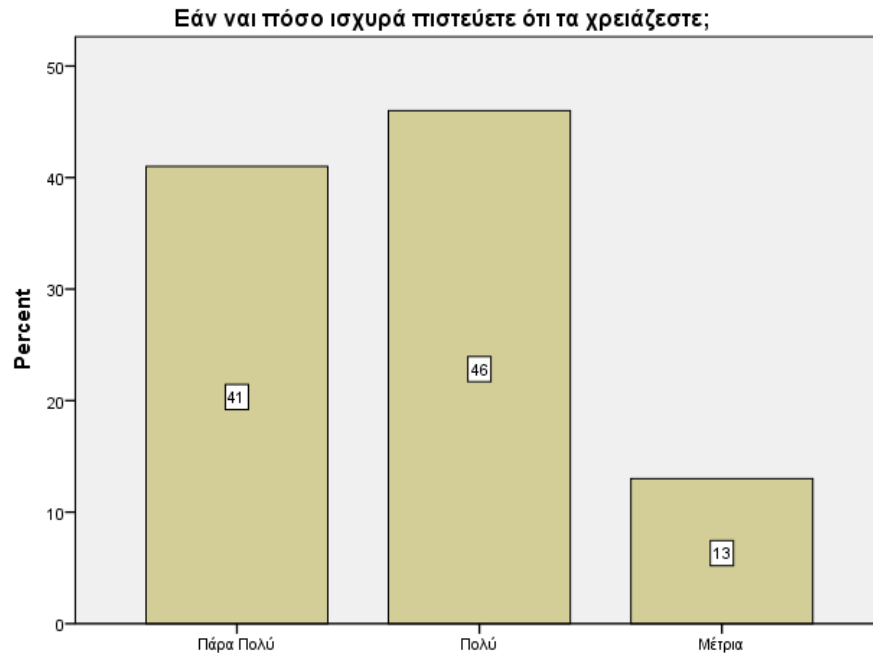


Διάγραμμα 14. Θεωρείτε ότι χρειάζεται να παρακολουθήσετε κάποια εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με τις ΔΑΔ

Η επόμενη ερώτηση, η οποία αποτελούσε την συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης, απευθύνονταν σε εκείνα τα άτομα του δείγματος που είχαν απαντήσει καταφατικά προηγουμένως και διερευνούσε τον βαθμό στον οποίο χρειάζονται αυτά τα σεμινάρια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία παρουσιάζονται με αναλυτικό τρόπο, στο διάγραμμα και τον πίνακα που ακολουθούν, το 87% νιώθει ότι τα χρειάζεται πολύ ή πάρα πολύ ικανό, και το 13% δηλώνει ότι τα χρειάζεται μέτρια.

Πίνακας 16. Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε

Ερώτηση 16	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Πάρα Πολύ	41	41,0
Πολύ	46	46,0
Μέτρια	13	13,0
Λίγο	0	0
Πολύ λίγο	0	0
Σύνολο	91	100,0



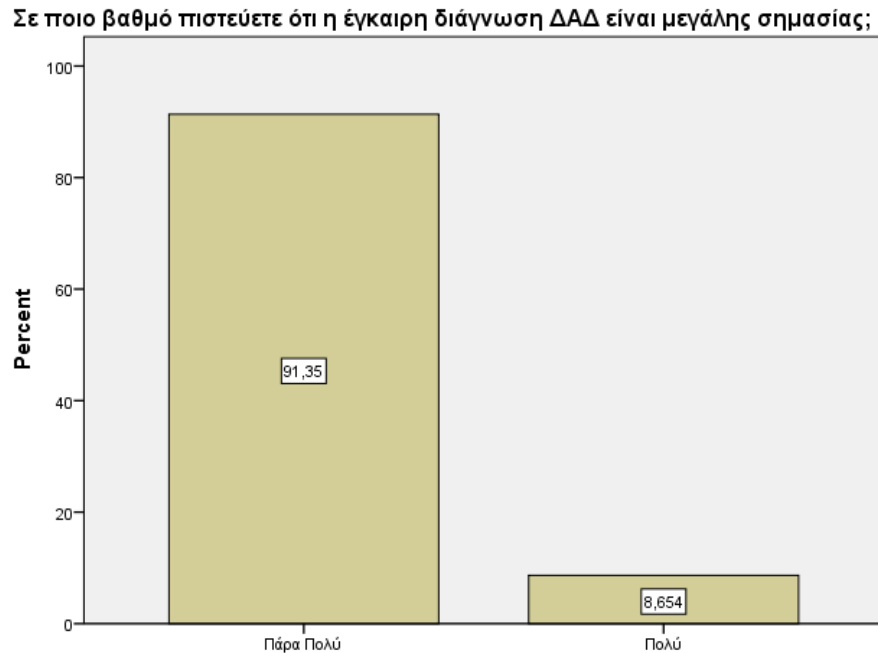
Διάγραμμα 15. Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε

Η δέκατη έβδομη ερώτηση διερευνούσε τον βαθμό στον οποίο τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, πιστεύουν ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι μεγάλης σημασίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του 91% του δείγματος θεωρεί την έγκαιρη διάγνωση πάρα πολύ σημαντική και το υπόλοιπο 9% πολύ σημαντική. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 17. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ είναι μεγάλης σημασίας

Ερώτηση 17	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Πάρα Πολύ	95	91,3
Πολύ	9	8,7
Μέτρια	0	0
Λίγο	0	0
Πολύ λίγο	0	0

Σύνολο	104	100,0
---------------	------------	--------------



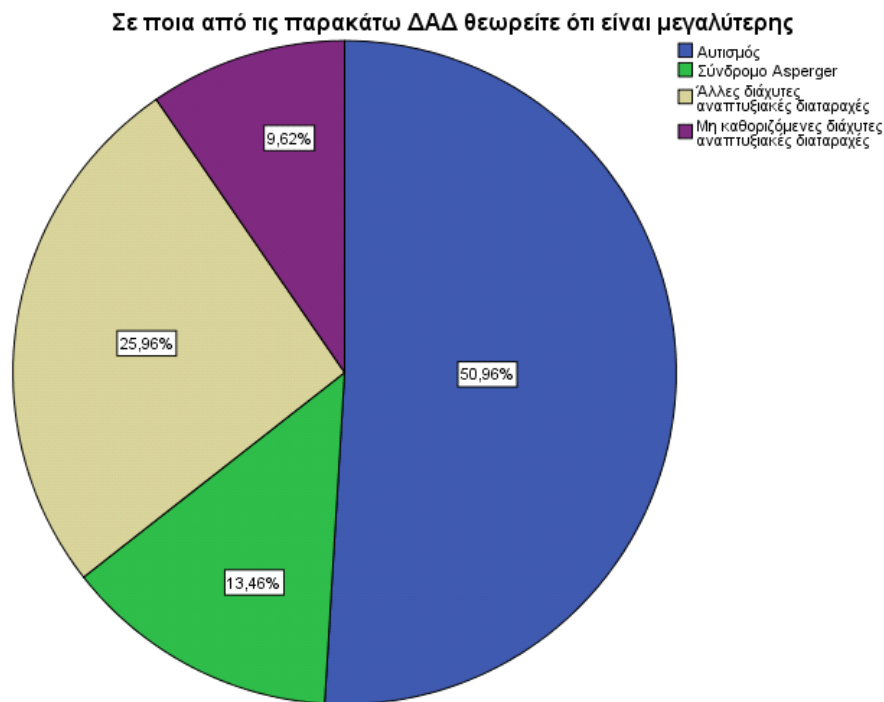
Διάγραμμα 16. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ είναι μεγάλης σημασίας

Η δέκατη όγδοη ερώτηση διερευνούσε τις απόψεις των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, σχετικά με το σε ποια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή θεωρούν ότι είναι μεγαλύτερης σημασίας η έγκαιρη διάγνωση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία του 51% του δείγματος θεωρεί τον αυτισμό, το 26% τις άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και το 14% το Σύνδρομο Asperger. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 18. Σε ποια από τις παρακάτω ΔΑΔ θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης

Ερώτηση 18	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Αυτισμός	53	51,0
Σύνδρομο Asperger	14	13,5

Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές	27	26,0
Μη καθοριζόμενες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές	10	9,6
Σύνολο	104	100,0



Διάγραμμα 17. Σε ποια από τις παρακάτω ΔΑΔ θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης

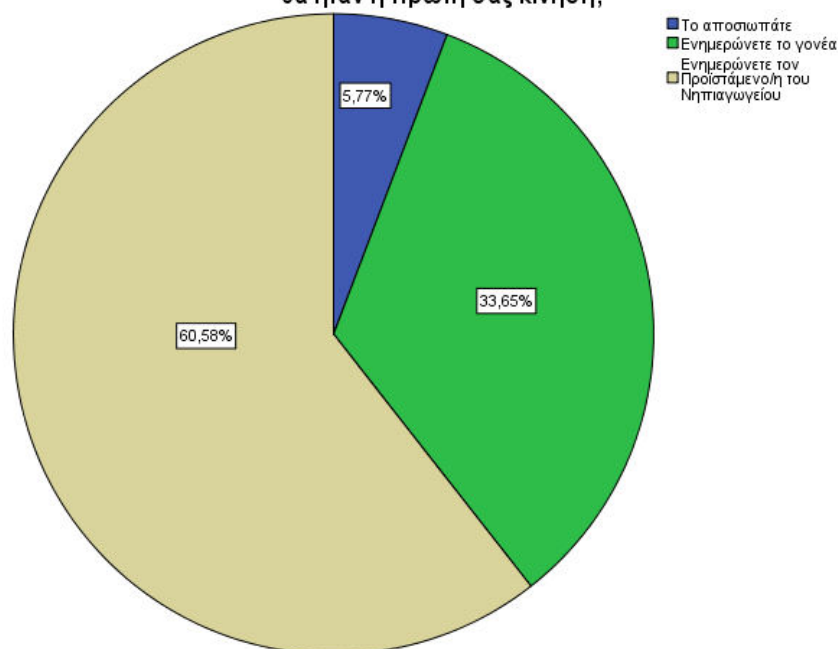
Η δέκατη ένατη ερώτηση διερευνούσε την πρώτη κίνηση των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, σε περίπτωση που εντόπιζαν αδιάγνωστη περίπτωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής στην τάξη τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία του 60% του δείγματος θα ενημέρωνε τον Προϊστάμενο/η του Νηπιαγωγείου, το 38% θα ενημέρωνε τον γονέα και το 6% θα το αποσιωπούσε. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 19. Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση ΔΑΔ στην τάξη σας ποια θα

ήταν η πρώτη σας κίνηση

Ερώτηση 19	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Το αποσιωπάτε	6	5,8
Ενημερώνετε το γονέα	35	33,7
Ενημερώνετε τον Προϊστάμενο/η του Νηπιαγωγείου	63	60,6
Ενημερώνετε τους διαγνωστικούς φορείς	0	0
Ενημερώνεται τους συναδέλφους	0	0
Άλλο	0	0
Σύνολο	104	100,0

Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση ΔΑΔ στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση;



Διάγραμμα 18. Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση ΔΑΔ στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση

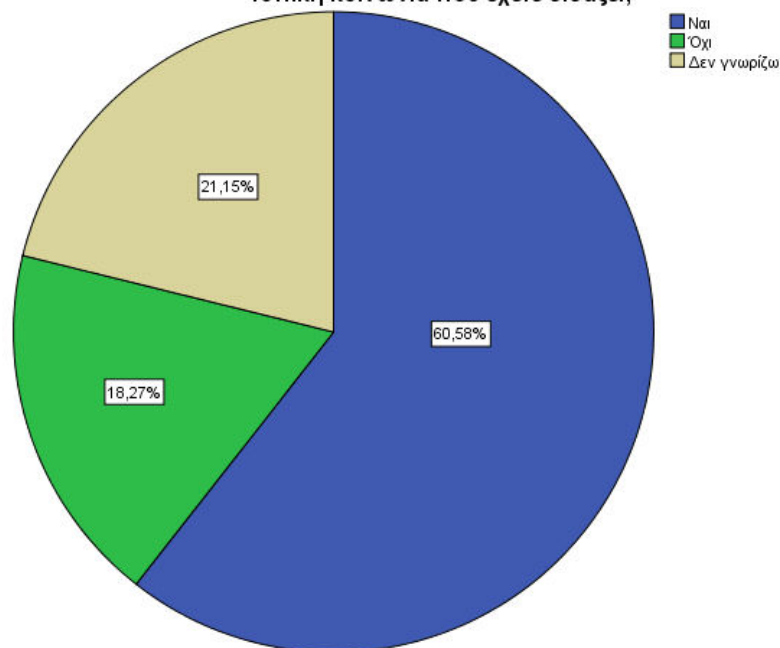
Η εικοστή ερώτηση διερευνούσε το αν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν

ότι υπάρχει στίγμα σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στα παιδιά στην εκάστοτε τοπική κοινωνία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του 61% του δείγματος απάντησε στην ερώτηση αυτή καταφατικά, ενώ μόλις το 18% του δείγματος απάντησε αρνητικά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 20. Κατά τη γνώμη σας υπάρχει στίγμα σχετικά με τις ΔΑΔ στα παιδιά στην εκάστοτε τοπική κοινωνία που έχετε διδάξει

Ερώτηση 20	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Ναι	63	60,6
Όχι	19	18,3
Δεν γνωρίζω	22	21,2
Σύνολο	104	100,0

Κατά τη γνώμη σας υπάρχει στίγμα σχετικά με τις ΔΑΔ στα παιδιά στην εκάστοτε τοπική κοινωνία που έχετε διδάξει;



Διάγραμμα 19. Κατά τη γνώμη σας υπάρχει στίγμα σχετικά με τις ΔΑΔ στα παιδιά στην εκάστοτε τοπική κοινωνία που έχετε διδάξει

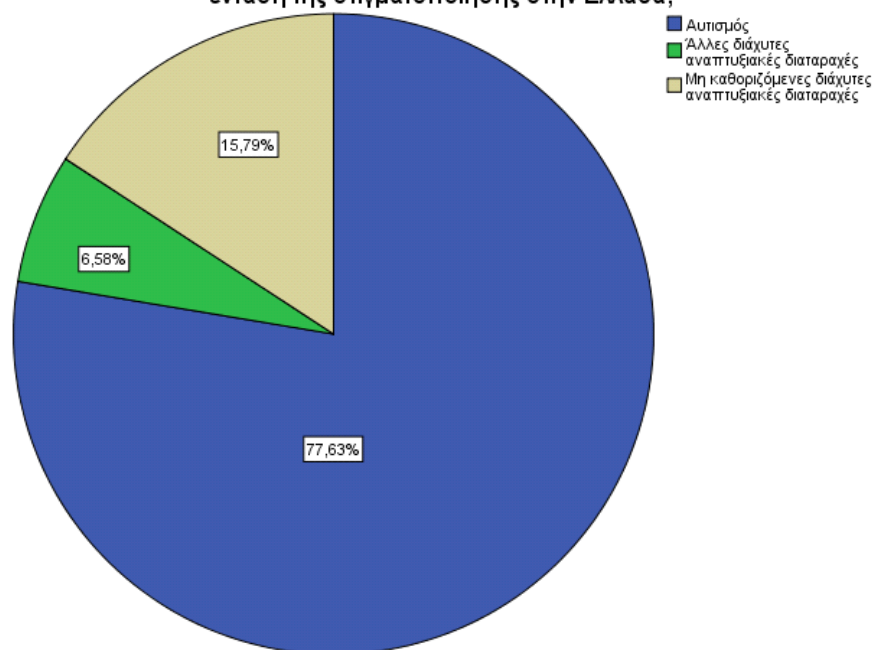
Η επόμενη ερώτηση, η οποία αποτελούσε την συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης, απευθύνονταν σε εκείνα τα άτομα του δείγματος που είχαν απαντήσει καταφατικά

προηγουμένως και διερευνούσε τις απόψεις τους, σχετικά με το ποια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή θεωρούν ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία παρουσιάζονται με αναλυτικό τρόπο, στο διάγραμμα και τον πίνακα που ακολουθούν, με 78% επιλέγεται ο αυτισμός και ακολουθούν με 16% οι μη καθοριζόμενες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και με 7% οι υπόλοιπες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Πίνακας 21. Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω ΔΑΔ θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα

Ερώτηση 21	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Αυτισμός	59	77,6
Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές	5	6,6
Μη καθοριζόμενες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές	12	15,8
Σύνολο	76	100,0

Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω ΔΑΔ θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα;



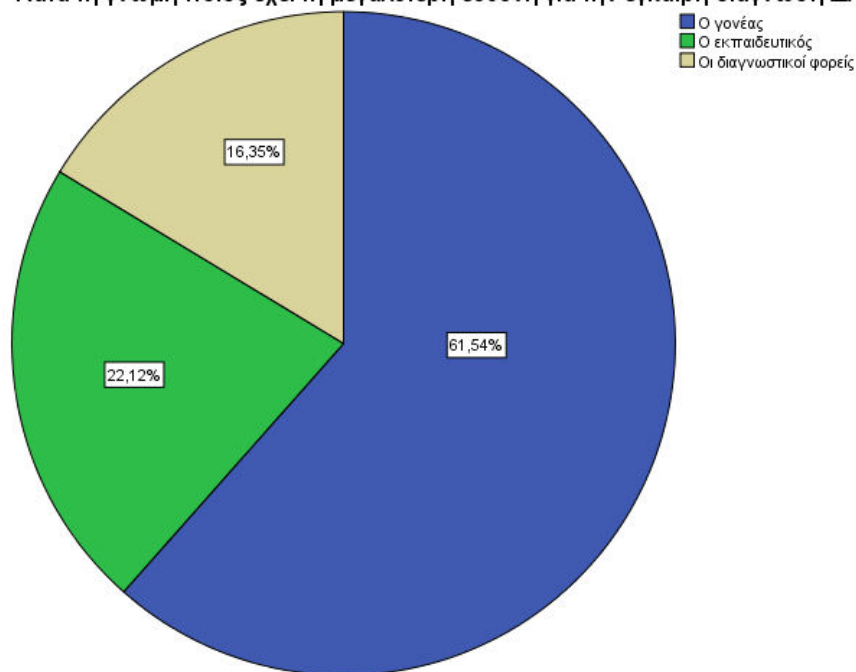
Διάγραμμα 20. Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω ΔΑΔ θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα

Η επόμενη ερώτηση διερευνούσε την γνώμη των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, σχετικά με το ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του 62% του δείγματος επέλεξε τον γονέα, το 22% τους εκπαιδευτικούς και το υπόλοιπο 16% τους διαγνωστικούς φορείς. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 22. Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ

Ερώτηση 22	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Ο γονέας	64	61,5
Ο εκπαιδευτικός	23	22,1
Οι διαγνωστικοί φορείς	17	16,3
Σύνολο	104	100,0

Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ;



Διάγραμμα 21. Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ

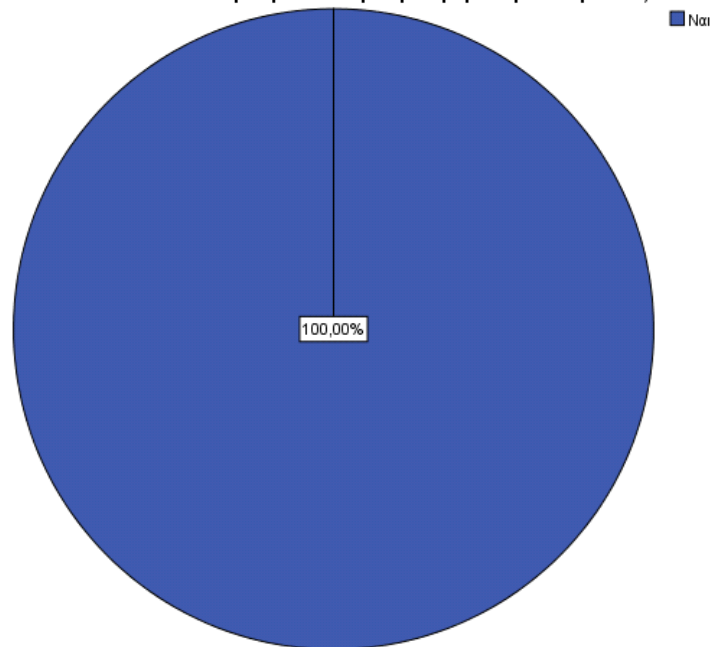
Η επόμενη ερώτηση διερευνούσε την γνώμη των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, σχετικά με το αν βοηθάει η άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 100% του δείγματος απαντά καταφατικά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 23. Κατά τη γνώμη σας, η άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ

Ερώτηση 23	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Ναι	104	100,0
Όχι	0	0

Δεν γνωρίζω	0	0
Σύνολο	104	100,0

Κατά τη γνώμη ποιος έχει η άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ;



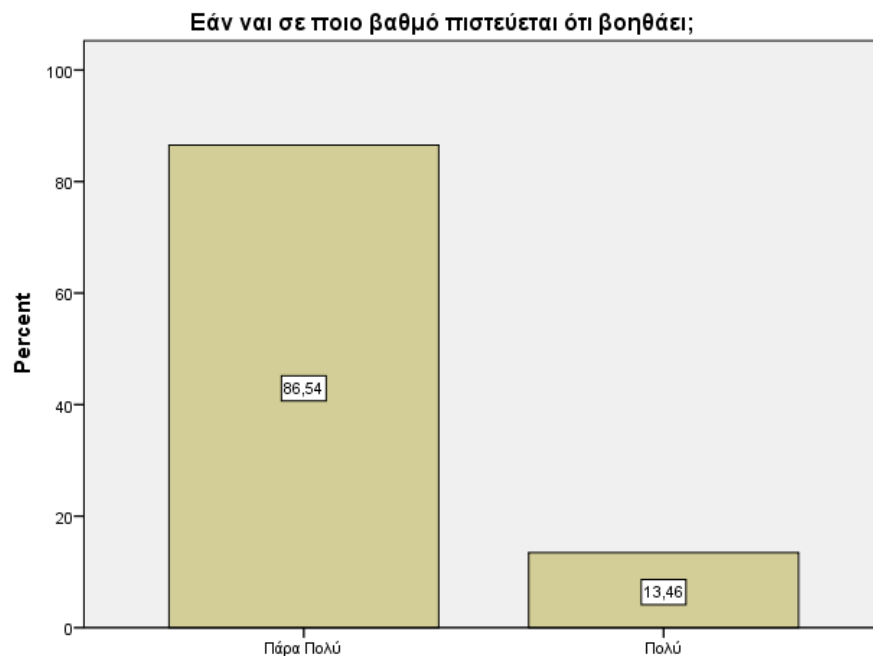
Διάγραμμα 22. Κατά τη γνώμη σας, η άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ

Η εικοστή τέταρτη ερώτηση διερευνούσε τον βαθμό στον οποίο τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι αυτή η σχέση βοηθάει. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του 87% του δείγματος θεωρεί ότι αυτή βοηθάει πάρα πολύ και το υπόλοιπο 13% ότι βοηθάει πολύ. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 24. Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι βοηθάει

Ερώτηση 24	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Πάρα Πολύ	90	86,5

Πολύ	14	13,5
Μέτρια	0	0
Λίγο	0	0
Πολύ λίγο	0	0
Σύνολο	104	100,0



Διάγραμμα 23. Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι βοηθάει

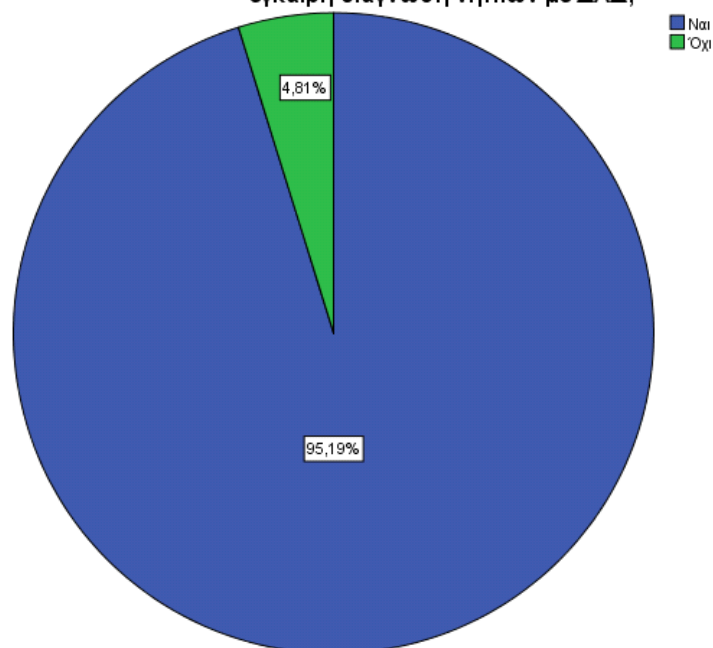
Η επόμενη ερώτηση διερευνούσε την γνώμη των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, σχετικά με το αν η στάση των γονέων μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του 95% του δείγματος απαντά καταφατικά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 25. Κατά τη γνώμη σας η στάση των γονέων μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην

έγκαιρη διάγνωση νηπίων με ΔΑΔ

Ερώτηση 25	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Ναι	99	95,2
Όχι	5	4,8
Δεν γνωρίζω	0	0
Σύνολο	104	100,0

Κατά τη γνώμη σας η στάση των γονέων μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με ΔΑΔ;

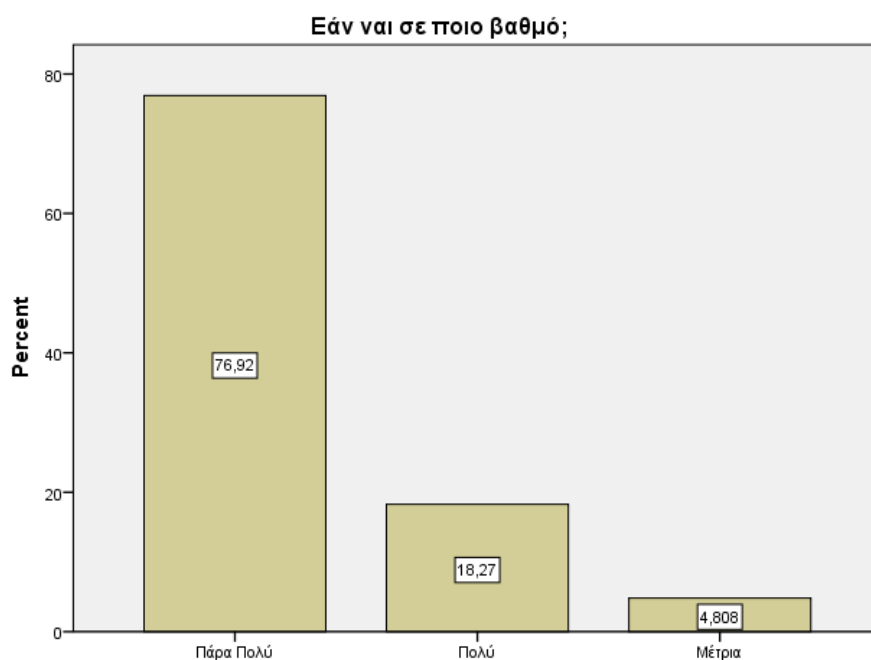


Διάγραμμα 24. Κατά τη γνώμη σας η στάση των γονέων μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με ΔΑΔ

Η εικοστή έκτη ερώτηση διερευνούσε τον βαθμό στον οποίο τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι η στάση των γονέων μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του 77% του δείγματος θεωρεί τη στάση των γονέων πάρα πολύ σημαντική και το υπόλοιπο 23% πολύ σημαντική. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 26. Εάν ναι σε ποιο βαθμό

Ερώτηση 26	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Πάρα Πολύ	80	76,9
Πολύ	19	18,3
Μέτρια	5	4,8
Λίγο	0	0
Πολύ λίγο	0	0
Σύνολο	104	100,0



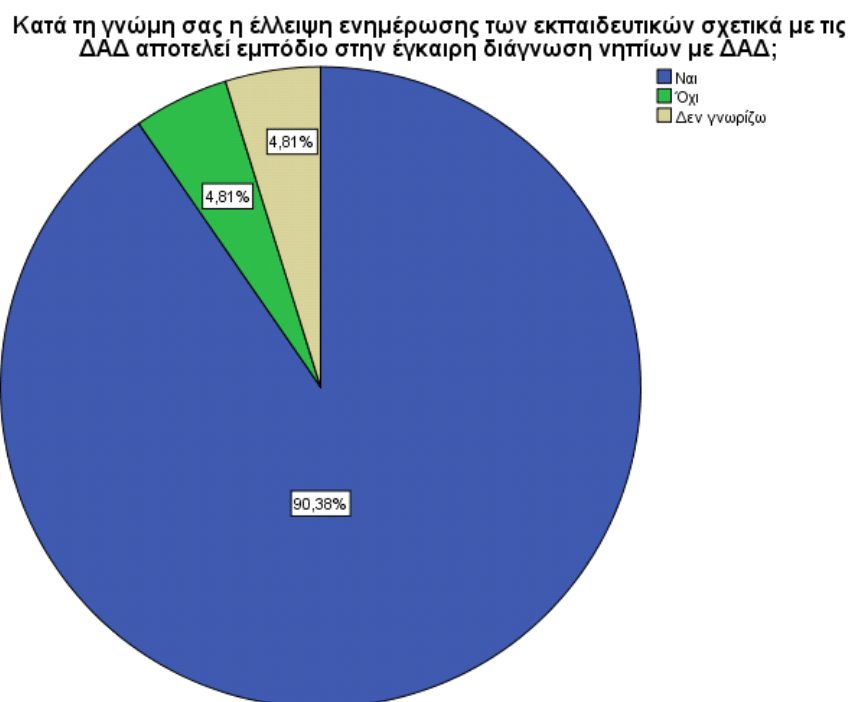
Διάγραμμα 25. Εάν ναι σε ποιο βαθμό

Η επόμενη ερώτηση διερευνούσε την γνώμη των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, σχετικά με το αν η έλλειψη ενημέρωσης των εκπαιδευτικών σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελεί εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του 90% του δείγματος απαντά καταφατικά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον

πίνακα και το κυκλικό διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 27. Κατά τη γνώμη σας η έλλειψη ενημέρωσης των εκπαιδευτικών σχετικά με τις ΔΑΔ αποτελεί εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με ΔΑΔ

Ερώτηση 27	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Ναι	94	90,4
Όχι	5	4,8
Δεν γνωρίζω	5	4,8
Σύνολο	104	100,0



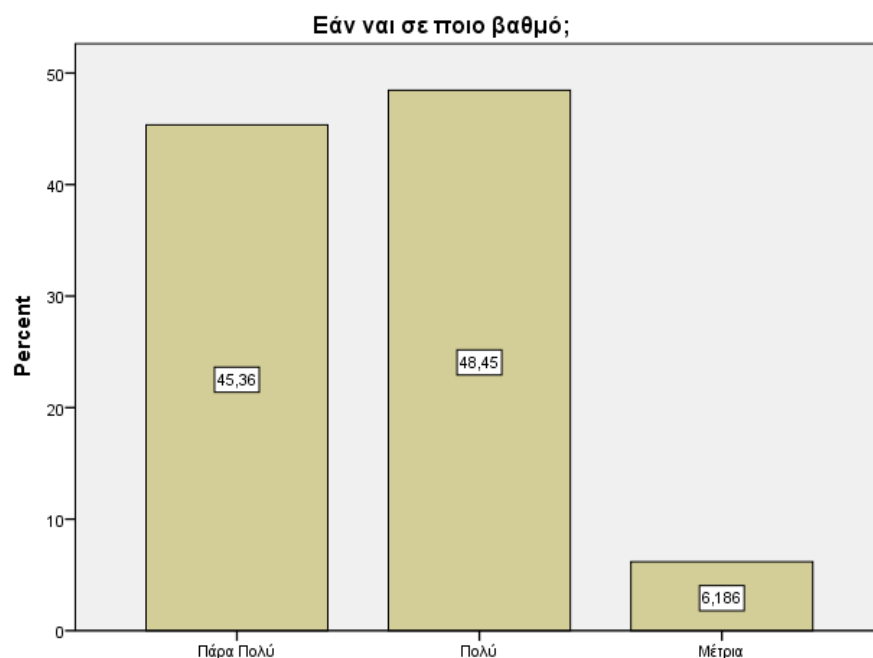
Διάγραμμα 26. Κατά τη γνώμη σας η έλλειψη ενημέρωσης των εκπαιδευτικών σχετικά με τις ΔΑΔ αποτελεί εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με ΔΑΔ

Η τελευταία ερώτηση διερευνούσε τον βαθμό στον οποίο τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι η έλλειψη ενημέρωσης των εκπαιδευτικών σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελεί εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία

του 94% του δείγματος την έλλειψη ενημέρωσης των εκπαιδευτικών σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές πολύ ή πάρα πολύ σημαντική. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 28. Εάν ναι σε ποιο βαθμό

Ερώτηση 28	Συχνότητες	Σχετικές Συχνότητες
Πάρα Πολύ	44	42,3
Πολύ	47	45,2
Μέτρια	6	5,8
Λίγο	97	93,3
Πολύ λίγο	7	6,7
Σύνολο	104	100,0



Διάγραμμα 27. Εάν ναι σε ποιο βαθμό

5.2. Επαγωγική στατιστική

5.2.1. Η επίδραση του φύλου

Η επίδραση του φύλου δεν ήταν δυνατόν να υπολογιστεί καθώς η πολύ μικρή συχνότητα των αντρών του δείγματος (μόλις 3 παρατηρήσεις, που είναι λιγότερες του ελάχιστου απαιτούμενου αριθμού 5) δεν επέτρεψε ασφαλή εκτέλεση κάποιου στατιστικού τεστ.

5.2.2. Η επίδραση της ηλικίας

Η επίδραση της ηλικίας μελετήθηκε με βάση το στατιστικό τεστ της μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης (Analysis of Variance, ANOVA). Τα συνολικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά γίνεται εμφανές ότι υπάρχουν δυο στατιστικά σημαντικές διαφορές, στον τρόπο απάντησης των ερωτώμενων, σε σχέση με την διαφορετική ηλικία που αυτοί έχουν.

Πίνακας 29. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή της Ηλικίας

Μεταβλητές	F	p-value
Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο;	,457	,713
Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε;	,526	,666

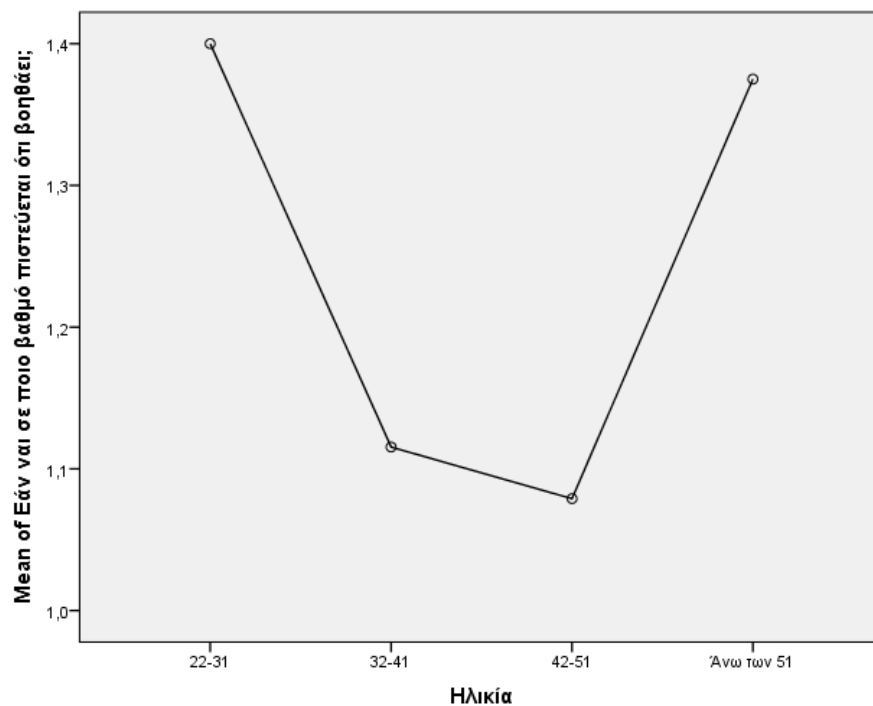
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι μεγάλης σημασίας;	1,781	,156
Σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση;	1,122	,344
Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα;	2,898	,068
Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;	,105	,957
<i>Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;</i>	<i>2,816</i>	<i>,043</i>
<i>Εάν ναι σε ποιο βαθμό;</i>	<i>3,350</i>	<i>,022</i>
<i>Εάν ναι σε ποιο βαθμό;</i>	<i>1,926</i>	<i>,131</i>

Αναλυτικότερα, όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον βαθμό οι διαφορετικές ηλικίες ατόμων επηρεάζουν την ένταση με την οποία οι ερωτώμενοι θεωρούν σημαντική την άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Συγκεκριμένα και με βάση τα αποτελέσματα του post hoc ελέγχου LSD (τα οποία, αναλυτικά παρουσιάζονται στο παράρτημα), τα άτομα που είναι άνω των 51 ετών θεωρούν πιο σημαντική την σχέση αυτή σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 42- 51 ετών ($p=0.025$) και με τα άτομα ηλικίας 32- 41 ετών ($p=0.044$).

Πίνακας 30. Η επίδραση της ηλικίας

<i>Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι βοηθάει;</i>	Συχνότητες	Μέσοι όροι	Τυπικές Αποκλίσεις
22-31	5	1,40	,548
32-41	52	1,12	,323
42-51	38	1,08	,273
Άνω των 51	8	1,38	,518

F (3,99) =3,350, P= 0,022 <0,05



Διάγραμμα 28. Η επίδραση της ηλικίας

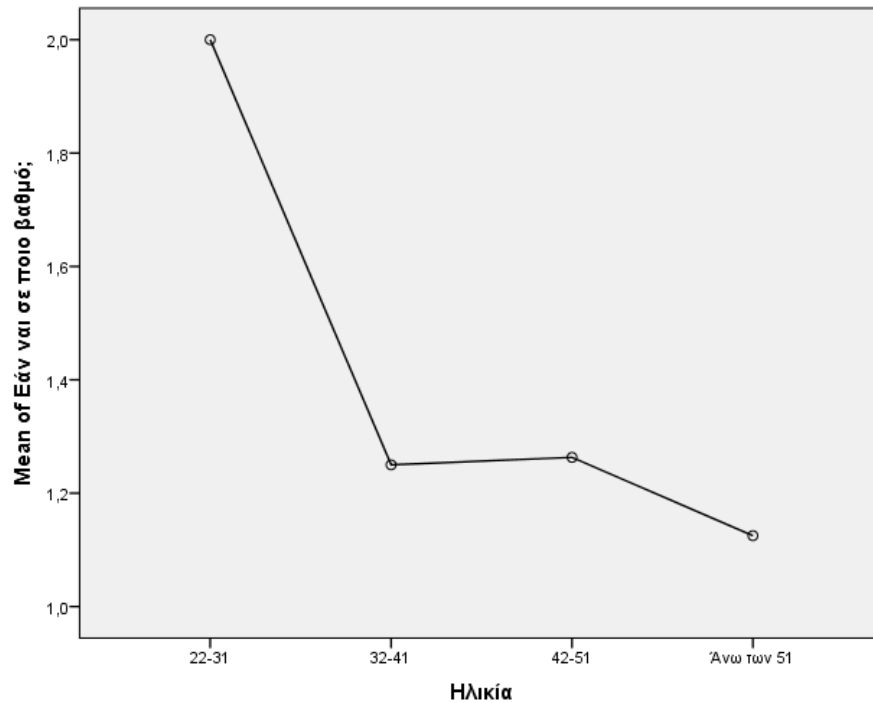
Επιπλέον, όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον βαθμό που οι διαφορετικές ηλικίες των ατόμων επηρεάζουν την ένταση με την οποία οι ερωτώμενοι θεωρούν σημαντική την στάση των γονέων,

ως εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Συγκεκριμένα και με βάση τα αποτελέσματα του post hoc ελέγχου LSD (τα οποία, αναλυτικά παρουσιάζονται στο παράρτημα), τα άτομα ηλικίας 21- 32 ετών θεωρούν πιο σημαντική την στάση των γονέων, σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 32-41 ετών ($p=0.003$), 42- 51 ετών ($p=0.004$) και με τα άτομα ηλικίας άνω των 51 ετών ($p=0.005$).

Πίνακας 31. Η επίδραση της ηλικίας II

<i>Εάν ναι σε ποιο βαθμό;</i>	Συχνότητες	Μέσοι όροι	Τυπικές Αποκλίσεις
22-31	5	2,00	1,000
32-41	52	1,25	,556
42-51	38	1,26	,446
Άνω των 51	8	1,13	,354

$F(3,99) = 2,816, P = 0,043 < 0,05$



Διάγραμμα 29. Η επίδραση της ηλικίας II

5.2.3. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας

Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας μελετήθηκε με βάση το στατιστικό τεστ της μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης (Analysis of Variance, ANOVA). Τα συνολικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά γίνεται εμφανές ότι υπάρχουν τρεις στατιστικά σημαντικές διαφορές, στον τρόπο απάντησης των ερωτώμενων, σε σχέση με τα διαφορετικά έτη προϋπηρεσίας των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 32. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή των ετών προϋπηρεσίας

Μεταβλητές	F	p-value
Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο;	,640	,591

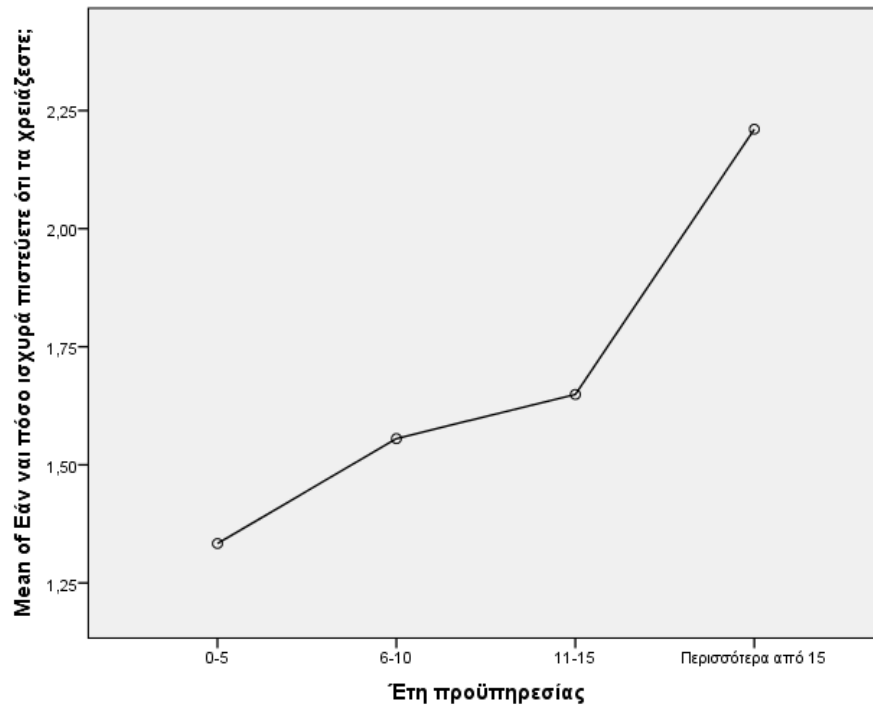
Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε;	5,004	,003
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι μεγάλης σημασίας;	,801	,496
Σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης	,384	,764
Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση;	2,608	,056
<i>Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα;</i>	2,988	,062
Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;	,565	,640
<i>Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;</i>	3,466	,019
<i>Εάν ναι σε ποιο βαθμό;</i>	5,375	,002
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	1,133	,340

Αναλυτικότερα, όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον βαθμό που τα διαφορετικά έτη προϋπηρεσίας των ατόμων επηρεάζουν την ένταση με την οποία οι ερωτώμενοι θεωρούν σημαντική την άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα στο να βοηθάει την έγκαιρη διάγνωση σε διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Συγκεκριμένα και με βάση τα αποτελέσματα του post hoc ελέγχου LSD (τα οποία, αναλυτικά παρουσιάζονται στο παράρτημα), τα άτομα με προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών θεωρούν πιο έντονη αυτήν την ανάγκη αυτή σε σχέση με τα άτομα με προϋπηρεσία 0-5 ετών ($p=0.005$) με προϋπηρεσία 6-10 ετών ($p=0.003$) και με τα άτομα με προϋπηρεσία 11-15 ετών ($p=0.001$).

Πίνακας 33. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας

<i>Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε</i>	Συχνότητες	Μέσοι όροι	Τυπικές Αποκλίσεις
0-5	6	1,33	,516
6-10	18	1,56	,616
11-15	57	1,65	,641
Περισσότερα από 15	19	2,21	,713

$F(3,96) = 5,004, P = 0,003 < 0,05$



Διάγραμμα 30. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας

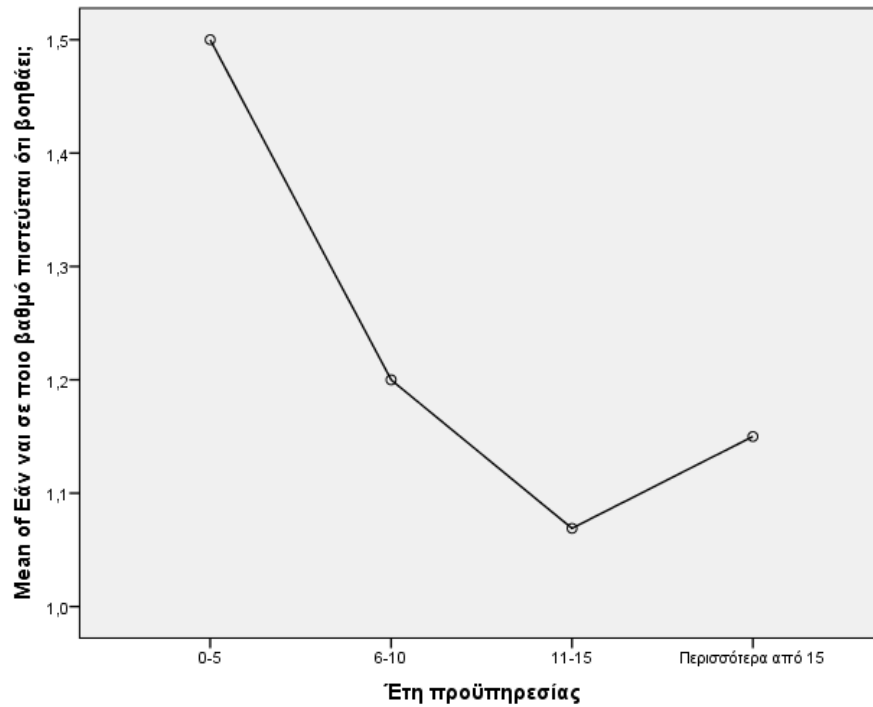
Επιπλέον, όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον βαθμό που τα διαφορετικά έτη προϋπηρεσίας των ατόμων

επιηρεάζουν την ένταση με την οποία οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι χρειάζεται να παρακολουθήσουν κάποια εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Συγκεκριμένα και με βάση τα αποτελέσματα του post hoc ελέγχου LSD (τα οποία, αναλυτικά παρουσιάζονται στο παράρτημα), τα άτομα με προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών θεωρούν πιο σημαντική την σχέση αυτή σε σχέση με τα άτομα με προϋπηρεσία 11-15 ετών ($p=0.003$) και με τα άτομα με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 15 ετών ($p=0.025$).

Πίνακας 34. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας II

<i>Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι βοηθάει;</i>	Συχνότητες	Μέσοι όροι	Τυπικές Αποκλίσεις
0-5	6	1,50	,548
6-10	20	1,20	,410
11-15	58	1,07	,256
Περισσότερα από 15	20	1,15	,366

$$F(3,100) = 3,466, P = 0,019 < 0,05$$



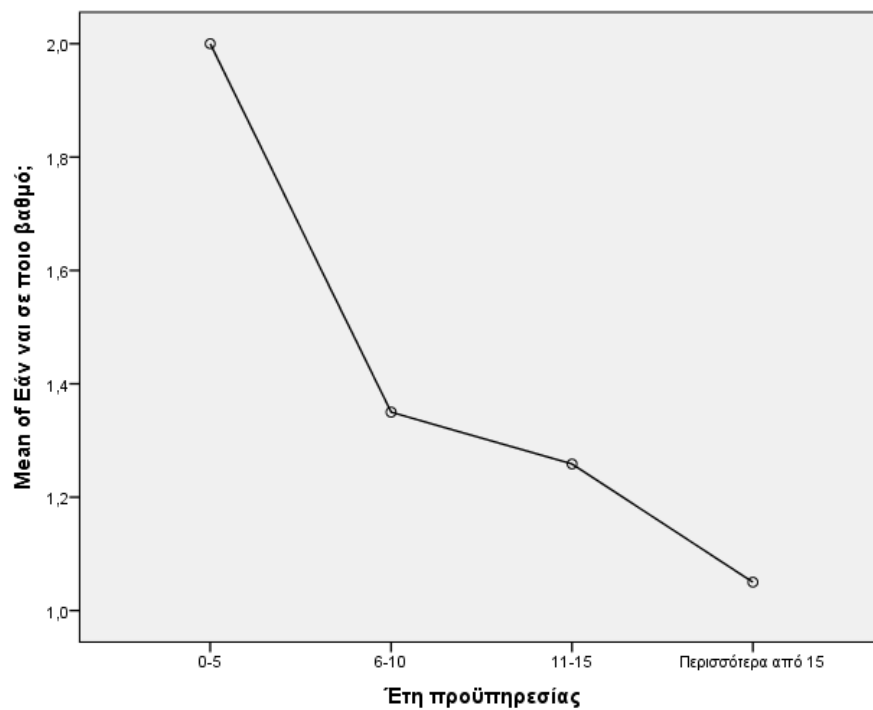
Διάγραμμα 31. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας II

Τέλος, όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον βαθμό που τα διαφορετικά έτη προϋπηρεσίας των ατόμων επηρεάζουν την ένταση με την οποία οι ερωτώμενοι θεωρούν σημαντική την στάση των γονέων, ως εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Συγκεκριμένα και με βάση τα αποτελέσματα του post hoc ελέγχου LSD (τα οποία, αναλυτικά παρουσιάζονται στο παράρτημα), τα άτομα με προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών θεωρούν πιο σημαντική την στάση των γονέων, σε σχέση με τα άτομα με προϋπηρεσία 6-10 ετών ($p=0.008$), με τα άτομα με προϋπηρεσία 11-15 ετών ($p=0.001$) και με τα άτομα με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 15 ετών ($p=0.000$).

Πίνακας 35. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας III

<i>Εάν ναι σε ποιο βαθμό;</i>	Συχνότητες	Μέσοι όροι	Τυπικές Αποκλίσεις
0-5	6	2,00	,894
6-10	20	1,35	,671
11-15	58	1,26	,480
Περισσότερα από 15	20	1,05	,224

$F(3,100) = 3,466, P = 0,002 < 0,05$



Διάγραμμα 32. Η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας III

5.2.4. Η επίδραση του επιπέδου σπουδών

Η επίδραση του επιπέδου σπουδών μελετήθηκε με βάση το στατιστικό τεστ της μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης (Analysis of Variance, ANOVA). Τα συνολικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά γίνεται εμφανές ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά, στον τρόπο απάντησης των ερωτώμενων, σε σχέση με τα διαφορετικά επίπεδα σπουδών των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 36. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή του επιπέδου σπουδών

Μεταβλητές	F	p-value
Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο;	,413	,663
Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε;	2,128	,125
<i>Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι μεγάλης σημασίας;</i>	3,418	,037
Σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης	,070	,933
Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση;	1,404	,250
Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα;	1,659	,198
Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;	,166	,847
Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;	1,591	,209
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	1,349	,264

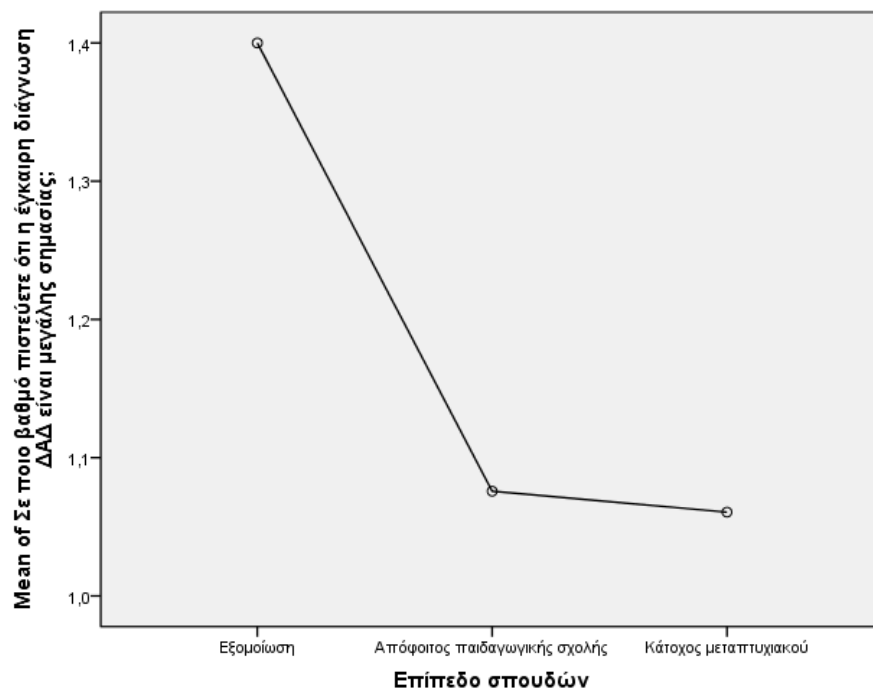
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	1,467	,236
------------------------	-------	------

Αναλυτικότερα, όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον βαθμό που τα διαφορετικά επίπεδα σπουδών των ατόμων επηρεάζουν τον βαθμό με τον οποίο οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι μεγάλης σημασίας. Συγκεκριμένα και με βάση τα αποτελέσματα του post hoc ελέγχου LSD (τα οποία, αναλυτικά παρουσιάζονται στο παράρτημα), τα άτομα με σπουδές εξομοίωσης θεωρούν πιο σημαντική την έγκυρη διάγνωση σε σχέση με τα άτομα της παιδαγωγικής σχολής ($p=0.013$) και με τους κατόχους μεταπτυχιακών τίτλων ($p=0.012$).

Πίνακας 37. Η επίδραση του επιπέδου σπουδών

<i>Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ είναι μεγάλης σημασίας</i>	Συχνότητες	Μέσοι όροι	Τυπικές Αποκλίσεις
Εξομοίωση	5	1,40	,548
Απόφοιτος παιδαγωγικής σχολής	66	1,08	,267
Κάτοχος μεταπτυχιακού	33	1,06	,242

$$F(2,101) = 3,418, P = 0,037 < 0,05$$



Διάγραμμα 33. Η επίδραση του επιπέδου σπουδών

5.2.5. Η επίδραση της θέσης εργασίας

Η επίδραση της θέσης εργασίας μελετήθηκε με βάση το στατιστικό τεστ t- τεστ για ανεξάρτητα δείγματα. Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα άτομα διαφορετικών φύλων, καθώς όλες οι μεταβλητές παρουσιάζουν $p > 0.05$.

Πίνακας 38. Τα αποτελέσματα του t-test για την ανεξάρτητη μεταβλητή της θέσης εργασίας

Μεταβλητές	t	p-value
Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο;	0.598	0.551
Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε;	1.359	0.117

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι μεγάλης σημασίας;	-0.523	0.602
Σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης	2.123	0.336
Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση;	0.445	0.657
Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα;	-0.548	0.585
Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ;	0.233	0.816
Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;	-0.237	0.813
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	-0.599	0.551
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	-0.792	0.430

5.2.6. Η επίδραση του τύπου εργασίας

Η επίδραση της θέσης εργασίας μελετήθηκε με βάση το στατιστικό τεστ της μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης (Analysis of Variance, ANOVA). Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα άτομα διαφορετικών φύλων, καθώς όλες οι μεταβλητές παρουσιάζουν $p > 0.05$.

Πίνακας 39. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή του τύπου εργασίας

Μεταβλητές	F	p-value
------------	---	---------

Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο;	,042	,989
Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε;	2,210	,092
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι μεγάλης σημασίας;	1,695	,173
Σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης	,718	,543
Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση;	,244	,866
Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα;	1,864	,074
Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ;	,775	,511
Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;	1,177	,322
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	,065	,978
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	,626	,600

5.2.7. Η επίδραση της κατάρτισης στην ειδική αγωγή.

Η επίδραση της κατάρτισης στην ειδική αγωγή μελετήθηκε με βάση το στατιστικό τεστ t-τεστ για ανεξάρτητα δείγματα. Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα άτομα διαφορετικών φύλων, καθώς όλες οι μεταβλητές παρουσιάζουν $p > 0.05$.

Πίνακας 40. Τα αποτελέσματα του t-test για την ανεξάρτητη μεταβλητή της κατάρτισης στην ειδική αγωγή

Μεταβλητές	t	p-value
Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο;	-2,178	,989
Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε;	0.776	,440
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι μεγάλης σημασίας;	-1.583	0.117
Σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης	-0.046	0.963
Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση;	-0.045	0.615
Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα;	-0.504	0.236
Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής ;	1.195	0.876
Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;	0.157	0.558
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	-1.277	0.204
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	-0.840	0.403

5.2.8. Η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης

Η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης μελετήθηκε με βάση το στατιστικό τεστ της

μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης (Analysis of Variance, ANOVA). Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα άτομα διαφορετικών φύλων, καθώς όλες οι μεταβλητές παρουσιάζουν $p>0.05$.

Πίνακας 41. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης

Μεταβλητές	F	p-value
Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο;	1,340	,267
Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε;	,849	,431
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής είναι μεγάλης σημασίας;	,130	,878
Σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης	,893	,413
Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση;	1,406	,250
Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα;	1,658	,198
Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση σε διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;	,463	,631
Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;	,657	,521
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	1,604	,206
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	,214	,807

5.2.9. Η επίδραση του αριθμού των τέκνων

Η επίδραση του αριθμού των τέκνων μελετήθηκε με βάση το στατιστικό τεστ της μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης (Analysis of Variance, ANOVA). Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα άτομα διαφορετικών φύλων, καθώς όλες οι μεταβλητές παρουσιάζουν $p > 0.05$.

Πίνακας 42. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης για την ανεξάρτητη μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης

Μεταβλητές	F	p-value
Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο;	2,024	,115
Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε;	1,826	,148
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής είναι μεγάλης σημασίας;	,037	,990
Σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης	,326	,807
Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση;	,065	,978
Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα;	,848	,472
Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση σε διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;	,127	,944
Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;	1,123	,343

Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	1,664	,180
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	,698	,556

6. Συμπεράσματα – Συζήτηση – Προτάσεις

Η σχολική ετοιμότητα ενός παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι άμεσα συνδεδεμένη με την προσχολική παρέμβαση σε νηπιαγωγεία συνεκπαίδευσης, κάτι που αποτελεί και την τάση των τελευταίων ετών στην εκπαίδευση. Κάθε παιδί, ανεξάρτητα από τις ειδικές εκπαιδευτικές του ανάγκες θα πρέπει να μπορεί να παρακολουθήσει στο σχολείο της γειτονιάς του και να επωφεληθεί όλα τα θετικά που απορρέουν από την ένταξη μέσω της συνεκπαίδευσης. Δυστυχώς η σχολική κοινότητα δεν είναι πάντα έτοιμη για να υποστηρίξει τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, είτε έλλειψη κατάρτισης και πληροφόρησης, είτε λόγω έλλειψης πόρων και πρότερης εμπειρίας (Bruder & Bround, 1995).

Η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να ελαφρύνει μια μειονεξία εξαιτίας της οποίας πλήττεται η ικανότητα του παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, να μαθαίνει, να επικοινωνεί και να κοινωνικοποιείται. Η επαφή και η συνεργασία παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και παιδιών με τυπική ανάπτυξη βοηθάει πολύ στην ένταξη των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, αλλά και στη βελτίωση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων. Βέβαια όλο αυτό γίνεται με την υποστήριξη και τη βοήθεια του εκπαιδευτικού ή των εκπαιδευτικών. Απαραίτητες προϋποθέσεις επιτυχίας που θα πρέπει να προσέξουν οι υπεύθυνοι εκπαιδευτικοί είναι να συλλέξουν τις κατάλληλες πληροφορίες για τις καταστάσεις που μπορεί να δημιουργήσουν συγκρούσεις, να δημιουργήσει το κατάλληλο χώρο για τα παιδιά να δημιουργήσουν με δική τους πρωτοβουλία, να εξασφαλίσει τα απαραίτητα υλικά για την απασχόληση των παιδιών στην τάξη και τέλος την προώθηση απλών δραστηριοτήτων σε ολιγομελείς ομάδες (Vincent, 1995).

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα παρακάτω θα πρέπει να σημειωθούν, ως απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία τέθηκαν στον χρόνο σχεδιασμού της έρευνας. Αναφορικά με το ερευνητικό ερώτημα, το οποίο αναφέρονταν στον προσδιορισμό του βαθμού που νιώθουν οι νηπιαγωγοί ικανοί αρκετά ώστε να μπορούν να εντοπίσουν αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι μόνο το 50% του δείγματος νιώθει ότι είναι σε θέση να εντοπίσουν αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο. Το γεγονός αυτό, σε

συνδυασμό με το ότι μόνο ένα πολύ μικρό τμήμα του ποσοστού αυτού αξιολογεί την ικανότητά του αυτή ως πολύ ή πάρα πολύ μεγάλη, αποτελεί σε κάθε περίπτωση μια σημαντική παράμετρο που θα πρέπει οι υπεύθυνοι να λάβουν υπόψη τους σχετικά με την άρτια κατάρτιση των νηπιαγωγών στο θέμα αυτό. Σε αυτό εξάλλου συνηγορεί και το ότι η συντριπτική πλειοψηφία του 91% του δείγματος δήλωσε ότι χρειάζεται να παρακολουθήσουν κάποια εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Αναφορικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που αναφερόταν στην συχνότητα με την οποία οι εκπαιδευτικοί του δείγματος είχαν κατά το παρελθόν ασχοληθεί με παιδιά με διάγνωση διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, στην συντριπτική τους πλειοψηφία, οι νηπιαγωγοί είχαν ασχοληθεί με τέτοιες περιπτώσεις. Εξάλλου, το γεγονός ότι σχεδόν τα μισά άτομα από αυτά που είχαν ασχοληθεί με παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, είχαν ασχοληθεί με μεγάλη και πολύ μεγάλη συχνότητα, καθιστά το θέμα της κατάλληλης και επιστημονικά ενδεδειγμένης αντιμετώπισης των παιδιών αυτών από τους νηπιαγωγούς, ως μείζον θέμα.

Εξάλλου, σχετικά με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, σύμφωνα με το οποίο, διερευνάται η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. θα πρέπει να σημειωθεί ότι σχεδόν όλα τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν μεγάλης σημασίας της έγκαιρη διάγνωση. Εξάλλου, ιδιαίτερη βάση δίνεται στην έγκαιρη διάγνωση του αυτισμού, ενώ ακολουθούν και οι υπόλοιπες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Τέλος, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βάση στο τελευταίο ερευνητικό ερώτημα, το οποίο διερευνούσε την σημασία των δημογραφικών παραγόντων, αλλά και των γενικών χαρακτηριστικών των νηπιαγωγών στην διαμόρφωση των απόψεών τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν τις απόψεις των ερωτώμενων είναι η ηλικία και η προϋπηρεσία τους, γεγονός που δείχνει και μια συσχέτιση των αποτελεσμάτων ως προς αυτό. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε γενικές γραμμές, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δίνουν περισσότερη έμφαση στην άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, γεγονός που μπορεί να θεωρηθεί ως ένα απόκτημα της εμπειρίας τους. Από την άλλη πλευρά, τα μικρότερης ηλικίας άτομα δίνουν περισσότερη –αρνητική- βάση στον καθοριστικό ρόλο των γονέων και της στάσης τους ως εμπόδιο διάγνωσης του παιδιού τους με διάχυτες αναπτυξιακές

διαταραχές, γεγονός που θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως έλλειψη εμπειρίας και συνειδητοποίησης του ρόλου και των δυνατοτήτων των νηπιαγωγών στον τομέα αυτό. Θα πρέπει, τέλος, να σημειωθεί ότι τα ευρήματα αυτά είναι παράλληλα με τα ευρήματα της επίδρασης της προϋπηρεσίας.

Σύμφωνα με την όλη αυτή ερευνητική προσπάθεια προτείνεται η περαιτέρω έρευνα στο θέμα της συνεργασίας γονέων και νηπιαγωγών με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, δεδομένου ότι φάνηκε από την παρούσα έρευνα ότι η συνεργασία αυτή πολλές φορές λόγω απουσίας κατάρτισης και εμπειρίας και των δύο πλευρών, αποτελεί ένα προβληματικό πεδίο, το οποίο όμως είναι μεγάλης σημασίας διότι μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση των παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Βάρβογλη Λ. (2007). *Η Διάγνωση Του Αυτισμού. Πρακτικός οδηγός*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Γενά Α. (2002). *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Αξιολόγηση - Διάγνωση - Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Leader Books.
- Γκονέλα, Ε. (2006). *Αυτισμός: Αίνιγμα και πραγματικότητα. Από τη θεωρητική προσέγγιση στην εκπαιδευτική παρέμβαση: Για γονείς, εκπαιδευτικούς, γενικής και ειδικής αγωγής και νηπιαγωγούς*, Αθήνα: Οδυσσέας.
- Δ.Ε.Π.Π.Σ (2002). *Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών για το Νηπιαγωγείο, Προγράμματα Σχεδιασμού και Ανάπτυξης Δραστηριοτήτων*. Αθήνα: ΥΠΕΠΘ. 2002. <http://www.pischools.gr/download/programs/depps/27deppsaps> [3/10/2019].
- Ζαμπέτα, Ε. (1998). *Αγωγή και εκπαίδευση της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην Ευρώπη: συγκριτική προσέγγιση*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Ζαχαρενάκης, Κ. Μ. (1996) *Προσχολική αγωγή στην Ευρωπαϊκή Ένωση, μια συγκριτική ερευνητική προσέγγιση*. Ηράκλειο. Ιδιωτική έκδοση.
- Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση*. (5η έκδ.). Αθήνα: Τυποθήτω- Γιώργος Δαρδανός.
- Καλύβα, Ε. (2005). *Αυτισμός: Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κυπριανός, Π. (2007). *Παιδί, οικογένεια, κοινωνία. Ιστορία της προσχολικής αγωγής από τις απαρχές έως τις μέρες μας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μαυρέας Β., Σολδάτος Κ., Στεφανής Κ. (1997). *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών Και Διαταραχών Συμπεριφοράς*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα Μονοπρόσωπη ΕΠΕ.
- Μετοχιανάκης, Η.(2000). *Εισαγωγή στην παιδαγωγική α΄*. Ηράκλειο, Αυτοέκδοση.

- Νικολακάκη, Μ., Σωφρονά, Ε. και Κιαμίλη, Φ. (2001). *Αγωγή προσχολικής ηλικίας*, Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων.
- Νότας, Σ. (2006). *Οι γονείς και τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό - Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Τρίκαλα: Έλλα.
- Πανταζής, Σ., Σακελλαρίου, Μ. (2008). Η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών- Θεωρία και πράξη. *Παιδαγωγική- Θεωρία και πράξη*, 2: 38-56.
- Παπαβασιλείου, Δ. (2014). Πρόγραμμα Αυτισμός – Διάχυτες αναπτυξιακές Διαταραχές, Πρακτικός οδηγός για ειδικούς και γονείς, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Αναπτυξιακής και Συμπεριφορικής Παιδιατρικής.
- Παπαγεωργίου, Κ. (2004). *Προς τους γονείς, για τους γονείς*. Διεθνές Επιστημονικό Συμπόσιο, 9-11 Μαΐου 2003, Λάρισα.
- Παπαθανασίου, Α. (2000). *Προγράμματα και δραστηριότητες στους Κρατικούς Παιδικούς Σταθμούς*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Παπαπροκοπίου, Ν. (2003). *Δημόσιοι Παιδικοί Σταθμοί: Χθες, Σήμερα, Αύριο. Στο ΕΑΔΑΠ (επιμ.) Προς μια συνεργατική και συμμετοχική επιμόρφωση στην προσχολική αγωγή*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Ρέντζου, Κ. (2011). Αξιολόγηση της Ποιότητας της Παρεχόμενης Αγωγής και Φροντίδας σε προσχολικά κέντρα. Μια προσέγγιση από τη μεριά του ερευνητή, των παιδαγωγών και των γονέων. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- Σταθόπουλος, Π. (2003). *Κοινωνική Πρόνοια. Μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην Διαγνωστικός οδηγός του αυτιστικού φάσματος, National Autistic Society (U.K.).
- Σταμάτης Σ. (1987). *Οχρωμένη Σιωπή, Γέφυρες επικοινωνίας με το αυτιστικό παιδί. Εικόνα - Αντιμετώπιση - Αποκατάσταση*. Αθήνα: Γλάρος.
- Συνοδινού, Κ. (1996). *Παιδικός Αυτισμός-Θεραπευτική προσέγγιση*. Αθήνα: Καστανιώτη
- Συριοπούλου - Δελλή Χ. (2011). *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές: Ψυχολογία - Παιδαγωγική - Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Γρηγόρη.

Τσόρμπα, Χ. (2007). «Αυτισμός: Βοηθάει η έγκαιρη διάγνωση», *Αγγελιαφόρος της Κυριακής*, 2-12-2007:4.

Διεθνής

- Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, Down syndrome, or Fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, *109*: 237–254.
- Akshoomoff, N., Pierce, K., & Courchesne, E. (2002). The neurobiological basis of autism from a developmental perspective. *Development and Psychopathology*, *14*, 613–634.
- Akshoomoff, N., Lord, C., Lincoln, A. J., Courchesne, R. Y., Carper, R. A., Townsend, J., et al. (2004). Outcome classification of preschoolers with autism spectrum disorders using MRI brain measures. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*, 349–357.
- Albany New York State Department of Health (1999). New York State Department of Health Early Intervention Program. Clinical Practice Guideline, Autism/Pervasive Developmental Disorders: Assessment and Intervention for Young Children.
- Aman, M.G., Lam, K.S., Collier-Crespin, A. (2003). Prevalence and patterns of use of psychoactive medicines among individuals with autism in the Autism Society of Ohio. *J Autism Dev Disord*. *33*:527-34.
- American Academy of Pediatrics. (2000). *Fellows Survey*. Elk Grove Village, IL: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Attwood, T. (2009). *Σύνδρομο Asperger: Ένας πλήρης οδηγός, Μετάφραση : Βάγια Παπαγεωργίου, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.*
- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1968). Reinforcer sampling: A technique for increasing the behavior of mental patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *1*(1): 13–20.
- Baker-Ericzen, M. J., Brookman-Frazee, L., Stahmer, A. (2005). Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, *30*: 194–204.
- Ball, C. (1994). Start right: the importance of early learning. RSA (the Royal Society for

encouragement of Arts, Manufactures and Commerce. Founded in 1754.

- Barnard, J., Prior, A., Potter, D. (2000). *Inclusion and Autism is it working?* London: The National Autistic Society.
- Baron-Cohen, S. (1992). Out of sight or out of mind: another look at deception in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33: 1141-1155.
- Bartak L, Rutter M. (1971). Educational treatment of autistic children. In: Rutter ML, editor. *Infantile Autism: Concepts, Characteristics and Treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins, pp. 258–88.
- Batten, A. (2005). Inclusion and the autism spectrum disorder, *Improving Schools*, 8(1): 93- 96.
- Bauman N., Kemper T. (2005). *The Neurobiology of Autism*. (2th ed.). Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Bennett, J. (2008). *Early Childhood Services in the OECD countries: Review of the Literature and Current Policy in the Early Childhood Field*. Paris: OECD.
- Beukelman, D., Mirenda, P. (1998). 2nd ed. Baltimore: Brookes. *Augmentative and Alternative Communication: Management of Severe Communication Disorders in Children and Adults*.
- Berument, S. K., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A., & Bailey, A. (1999). Autism screening questionnaire: diagnostic validity. *British Journal of Psychiatry*, 175, 444–451.
- Biernacki, P., Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling, *Soc Methods Res*, 10: 141-163.
- Bishop, D. V. M., & Norbury, C. F. (2002). Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: A study using standardized instruments. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 43, 917–929.
- Bishop, S.L., Richler, J., & Lord, C. (2006). Association between restricted and repetitive behaviors and NVIQ in children with autism spectrum disorders. *Child Neuropsychology*, 12 (4-5): 247-67.
- Black-Hawkins, K., Florian, L., Rouse, M. (2007). *Achievement and Inclusion in Schools*. Oxon: Routledge.
- Bock, G., Goode, J. (2003). *Autism: neural basis and treatment possibilities*. UK: Novartis Foundation/ Wiley.
- Bolton, P. F., Golding, J., Emond, A., & Steer, C. D. (2012). Autism spectrum disorder and autistic traits in the avon longitudinal study of parents and children: Precursors and early

- signs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(3), 249–260.
- Bondy, A., Frost, L. (1993). Mands across the water: A report on the application of the picture-exchange communication system in Peru. *The Behavior Analyst*, 16: 123-128.
- Bondy, A., Frost L. (1994). The picture exchange communication system. *Focus Autistic Behav.* 9:1–19.
- Bondy, A., Ryan, L. (1991). *Picture-exchange communication system: Its relationship to verbal behavior*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Behavior Analysis, Atlanta, GA.
- Bouma, R. and Schweitzer, R. (1990). The impact of chronic childhood illness on family stress: A comparison between autism and cystic fibrosis. *Journal of Clinical Psychology*, 46(6): 722-730.
- Briggs, S. (2012). *Inclusion and how to do it, Meeting SEN in Primary Classrooms*. London: David Fulton Publishers.
- Brobst, J. B., Clopton, J. R., Hedrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(1): 38–49.
- Bromley, J., Hare, D. J., Davison, K., Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism*, 8: 409–423.
- Bruder, M.B., Broun, M. (1995). A Companion of two types of early intervention environments serving toddler age children with disabilities. *Infant, Tolder Intervention*, 5(3): 207-217.
- Bryson, S.E., Rogers, S.J., Fombonne, E. (2003). Autism Spectrum Disorders: Early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *Can J. Psychiatry*, 48: 506-516.
- California Department of Developmental Services. (2002). *Autistic spectrum disorders: Best practice guidelines for screening, diagnosis and assessment*. Sacramento, CA: Author.
- Carr, E. (1982). Sign language. In R Koegel, A. Rincover, & A. Egel (Eds.), *Educating and understanding children with autism* (pp. 142-157). San Diego: College.
- Carr, J. E., Howard, J. S., & Martin, N. T. (2015). An update on the behavior analyst certification board. In *Panel discussion presented at the Association for Behavior Analysis International 41st annual convention*. Texas: San Antoni

- Chakrabarti, S., Fombonne, E. (2001), Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA*, 285:3093–3099.
- Chandler-Olcott, K., Kluth, P. (2009). Why everyone benefits from including students with autism in literacy classrooms. *The Reading Teacher*, 62: 548-557.
- Charman, T., & Baird, G. (2002). Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2-and 3-year-old children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 43, 289–305.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson
- Crosland, K., Dunlap, G. (2012). Effective strategies for the inclusion of children with autism in general education classrooms. *Behavior Modification*, 36: 251-269.
- Cumine, V., Dunlop, J., Stevenson, G. (2010). *Autism in the early years: a practical guide*. Oxoxn: Routledge.
- Dale, N. (1996). *Working with families of children with Special Needs: Partnership and Practice*. London: Routledge.
- Delion, P. (2000). *Ta βρέφη σε αυτιστικό κίνδυνο*. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Delprato, D.J (2001). Comparisons of discrete-trial and normalized behavioral language intervention for young children with autism. *J Autism Dev Disord*. 31: 315–25.
- DiLavore, P. C., Lord, C., & Rutter, M. (1995). The Prelinguistic Autism Diagnostic Observation Schedule. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 355–379.
- Doliopoulou, E. (2006). *System of early education/care and professionalization in Greece*. Aristotle University of Thessaloniki.
- Eaves, L. C., Ho, H. H. (1997). School placement and academic achievement in children with autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 9: 277–291.
- Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1274–1284.
- Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J., Jahr, E. (2012). Outcomes of behavioral interventions for children with autism in mainstream pre-school settings. *Journal of Developmental Disorders*, 42: 210-220.
- Ellis, J., & Glenn, S. S. (1995). Behavior-analytic repertoires: Where will they come from and how can they be maintained? *The Behavior Analyst Today*, 18(2): 285–292.

- Enam, M.M. (2014). The closeness of fit: Towards an Ecomap for the inclusion of pupils with ASD in mainstream schools, *International Education Studies*, 7(3): 112-125.
- Esbensen, A.J., Greenberg, J.S., Seltzer, M.M., Aman, M.G. (2009). A longitudinal investigation of psychotropic and non-psychotropic use among adolescents and young adults with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 39:1339-49.
- Ferster, C. B. (1961). Positive reinforcement and behavioural deficits of children with autism *Child Development*, 32: 437-456.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., Cook, E. H., Jr., Dawson, G., Gordon, B., et al. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 439–484.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Ashwal, S., Baranek, G. T., Cook, E. H., Jr., Dawson, G., et al. (2000). Practice parameter: Screening and diagnosis of autism: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*, 55, 468–479.
- Fisher, M., Meyer, L. H. (2002). Development and social competence after two years for students enrolled in inclusive and self-contained educational programs. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 27: 165–174.
- Flores, M. M., Ganz, J. B. (2009). Effects of direct instruction on the reading comprehension of students with autism and developmental disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44: 39-53.
- Florian, L. (1998). Inclusive Practice: What, why and how? In: Tilstone, C., Florian, L., Rose, R. (1998), *Promoting Inclusive Practice*, Oxon, Routledge, Chapter 2, p.13-26.
- Frederickson, N., Cline, T. (2009). *Special Educational Needs, Inclusion and Diversity*, 2nd ed, Berkshire: Open University Press.
- Freedman, B. H., Kalb, L. G., Zaboltsky, B., & Stuart, E. A. (2012). Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders: A population-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42: 539–548.
- Frith U. (1999). *Αυτισμός: Εξηγώντας το αίνιγμα*. (4η έκδ.). (Καλομοίρης, Γ., Μτφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Frost, L., & Bondy, A. (1992). *The picture-exchange communication system: An interactive communication system*. Paper presented at the meeting of the International Society for Augmentative and Alternative Communication, Philadelphia, PA.

- Gillberg C. (2011). *Οδηγός για το σύνδρομο Asperger*. (Κώτση Σ., Μτφ.). Αθήνα: Συμμετρία/Σύλλογος Ελλήνων Ενηλίκων Αυτιστικών Asperger και ΥΛΑ.
- Gillberg, C., Ehlers, S., Schaumann, H., Jakobsson, G., Dahlgren, S. O., Lindblom, R., et al. (1990). Autism under age 3 years: A clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 31, 921–934.
- Gilliam, J. E. (1995). *Gilliam Autism Rating Scales*. Austin, TX: PRO-ED.
- Glasberg, B. A. (2000). The development of siblings' understanding of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(2): 143–156.
- Glasberg, B. A., Martins, M., Harris, S. L. (2006). Stress and coping among family members of individuals with autism. In M. G. Baron, J. Groden, G. Groden, & L. P. Lipsitt (Eds.), *Stress and coping in autism* (pp. 277–301). New York, NY: Oxford University Press.
- Glascoe, F. (2000). Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics in Review*, 21, 272–280.
- Gobb, K., Tunbridge, D., Chua, A., Frederickson, N. (2007). Pathways to inclusion: moving from special school to mainstream. *Educational psychology in practice*, 23(2): 109-127.
- Goldstein H. (2002). Communication intervention for children with autism: A review of treatment efficacy. *J Autism Dev Disord*. 32:373–96.
- Goossens, C., Crain, S., Elder, P. (1995). *Engineering the Preschool Environment for Interactive, Symbolic Communication* Birmingham, A.L: Southeast Augmentative Communication Conference Publications.
- Greenwood, C. R., Carta, J. J., McConnell, S. (2010). Advances in measurement for universal screening and individual progress monitoring of young children. *Journal of Early Intervention*, 33: 254-267.
- Grindle, C. F., Hastings, R. P., Saville, M., Hughes, J., Huxley, K., Kovshoff, H., & Remington, B. (2012). Outcomes of a behavioral education model for children with autism in a mainstream school setting. *Behavior Modification*, 36: 298-319.
- Halfon, N., Regaldo, M., McLearn, K. T., Kuo, A. A., & Wright, K. (2003). *Building a bridge from birth to school: Improving developmental and behavioral health services for young children*: Commonwealth Fund.
- Happe F. (2003). *Αυτισμός - Σύγχρονη Ψυχολογική Θεώρηση*. (2η έκδ.). (Στασινός Δ., Μτφ.). Αθήνα: Gutenberg.

Harmes, L. (2015). More families appeal over autism provision, BBC News, Available at: <http://www.bbc.co.uk/news/education-31111461> [16/5/2019].

Happe, F. (1998). *Autism*, Μετάφραση Δ. Στασινός, Εκδόσεις: Gutenberg

Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J. (2011). Marital satisfaction and parenting experiences of mothers and fathers of adolescents and adults with autism. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(1): 81–95.

Hastings, R. P. (2003). Child behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47: 231–237.

**D., Brown, T., & Remington, B. (2005).
Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. Journal of**

Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F.

**D., Brown, T., & Remington, B. (2005).
Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism.**

Hastings, R.P., Kovshoff, H., Espinosa, F., D., Brown, T., Remington, B. (2005). System and analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children

- with autism, *Autism and Developmental Disorders*, 35: 635–64.
- Hauser-Cram, P., Warfield, M.E., Shonkoff, J.P., Krauss, M.W., Sayer, A., Upshur, C.C. (2001). Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being. *Monogr Soc Res Child Dev*.66: 1-8.
- Hersen, M., Eisler, R. M., Alford, G. S., & Agras, W. S. (1973). Effects of token economy on neurotic depression: An experimental analysis. *Behavior Therapy*, 4(3): 392–397.
- Hewitt, S. (2005). Specialist support approaches to autism spectrum disorder students in mainstream settings. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Higgins, D. J., Bailey, S. R., Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*, 9: 125–137.
- Hobbs, N. (1975). *The futures of children: Categories, labels, and their consequences*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Hungelmann, A. M. (2001). An Analysis of TEACCH based home programming for young children with autism. Available from <http://sitemaker.umich.edu/365.bernstein/teacch> [03/05/2019].
- Hutton, A. M., Caron, S. L. (2005). Experiences of families with children with autism in rural New England. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20: 180–189.
- Janus, M., Lefort, J., Cameron, R., Kopechanski, L. (2007). Starting kindergarten: Transition issues for children with special needs. *Canadian Journal of Education*, 30: 628–648.
- Jones, G. (2002). *Educational provision for children with autism and Asperger syndrome: meeting their needs*. London: David Fulton Publishers.
- Jones, A.P., Frederickson, N. (2010). Multi-informant predictors of social inclusion for students with autism spectrum disorders attending mainstream school, *Journal of autism and developmental disorders*, 40(9): 32-38.
- Kaminsky, L., Dewey, D. (2002). Psychosocial adjustment in siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43: 225–232.
- Kaiser, A. P., Roberts, M. Y. (2011). Advances in early communication and language intervention. *Journal of Early Intervention*, 33: 298-309.
- Kaplan, G., McCracken, J.T. (2012). Psychopharmacology of autism spectrum disorders. *Pediatr Clin North Am*. 59:175-87.
- Kelly, A. B., Garnett, M. S., Attwood, T., Peterson, C. (2008). Autism spectrum symptomatology

- in children: The impact of family and peer relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(7): 1069–1081.
- Kerr, A., Stephenson, J.B.P. (1985). Rett's Syndrome in the West of Scotland. *British medical journal*, 291: 579-82.
- Kluth, P. (2003). *Teaching students with autism in the inclusive classroom*. Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co. Ltd.
- Krug, D. A., Arick, J. R., & Almond, P. J. (1980). Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21: 221–229.
- Kusmeirski, S., Henckel, K. (2002). Effects of TEACCH program on maladaptive and functional behaviours of children with autism. Available from <http://researchautism.net> [09/05/2019].
- La Paro, K., Kraft-Sayre, M., & Pianta, R. (2003). Preschool to kindergarten transition activities: Involvement and satisfaction of families and teachers. *Journal of Research in Childhood Education*, 17: 147–158.
- Lathe R. (2006). *Autism brain and environment*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Lecavalier, L. (2006). Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *J Autism Dev Disord*.36: 1101-1104.
- Lennard- Brown, S. (2004). *Αυτισμός, Μετάφραση: Μαρία Νικολακάκη, Αθήνα: Σαββάλας*.
- Leyser, Y., Kirk, R. (2004). Evaluating inclusion: An examination of parent views and factors influencing their perspectives. *International Journal of Disability, Development, and Education*, 51: 271–285.
- Lindsay G. (2007). Educational psychology and the effectiveness of inclusive education / mainstreaming. *Br J Educ Psychol*, 77: 1-24.
- Lord, C. (1995). Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1365–1382
- Lord, C., & Bailey, A. (2002). Autism spectrum disorders. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (4th ed., pp. 636–663). Oxford: Blackwell Publications.
- Lord, C., & Bishop, S. L. (2010). Autism spectrum disorders: Diagnosis, prevalence, and services

- for children and families. *Society for Research in Child Development*, 24(2): 1–21.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview—Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659–685.
- Lord, C., Leventhal, B. L., & Cook, E. H., Jr. (2001). Quantifying the phenotype in autism spectrum disorders. *American Journal of Medical Genetics*, 105, 36–38.
- Lord, C., Storoschuk, S., Rutter, M., & Pickles, A. (1993). Using the ADI—R to diagnose autism in preschool children. *Infant Mental Health Journal*, 14, 234–252.
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., et al. (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 185–212.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook Jr., E., Leventhal, B., DiLavore, P., et al. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule—Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 205–223.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 3-9.
- Lyons, J., Cappadocia, M. C., Weiss, J. A. (2011). Social characteristics of students with autism spectrum disorders across classroom settings. *Journal on Developmental Disorders*, 17: 77– 82.
- Malhotra, S., Chakrabarti, S., Nehra, A. (2002). Psychological interventions with parents of autistic children. *Indian Journal of Psychiatry*, 44(2): 108-117.
- Mandell, D. S., Novak, M. M., & Zubritsky, C. D. (2005). Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 116(6): 1480–1486.
- McIntyre, L., Blacher, J., Baker, B. (2006). The transition to school: Adaptation in young children with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50: 349–361.

- McIntyre, L., Eckert, T. L., Fiese, B. H., DiGennaro Reed, F. D., Wildenger, L. K. (2010). Family concerns surrounding kindergarten transition: A comparison of students in special and general education. *Early Childhood Education Journal*, 38: 259–263.
- Midence, K., O’neill, M. (1999). The experience of parents in the diagnosis of autism: A pilot study. *Autism*, 3(3): 273–285.
- Mirenda, P., Dattilo, J. (1987). Instructional techniques and alternative communication for students with severe intellectual handicaps. *Augmentative and Alternative Communication*, 3: 143-152.
- Moloney, M. (2010). Professional identity in early childhood care & education: Perspectives of pre-school and infant teachers. *Irish Educational Studies*, 29(2): 167-187.
- Morrison, J. Q., Sansosti, F. J., & Hadley, W. M. (2009). Parent perceptions of the anticipated needs and expectations for support for their college-bound students with asperger’s syndrome. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 22(2): 78–87.
- Mugno, D., Ruta, L., D’Arrigo, V. G., Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5: 22–31.
- National Institute of Mental Health (NIMH), (2008). Autism spectrum disorders, Pervasive Developmental Disorders. Available at: http://www.naminy.org/images/uploads/pdfs/Autism_Spectrum.pdf [30/03/2019].
- National Research Council (2001). *Committee on Educational Interventions for Children with Autism. Educating children with autism*. Washington: National Academies Press.
- National Research Council. (2001). *Educating children with autism*. Washington, DC: National Academy Press.
- Newsom C. B. (1998). Autistic disorder. In: Mash E. J., Barkley R. A., editors. *Treatment of childhood disorders*. 2nd ed. New York: Guilford.
- Odom, S. L., Buysse, V., Soukakou. (2011). Inclusion for children with disabilities. A quarter

- century of research perspectives. *Journal of Early Intervention*, 33: 344-356.
- Odom, S. L., Boyd, B. A., Hall, L. J., Hume, K. (2010a). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 425-436
- Odom, S. L., Collet-Klingenberg, L., Rogers, S. J., Hatton, D. D. (2010). Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 54: 275-282.
- Pakenham, K. I., Samios, C., & Sofronoff, K. (2005). Adjustment in mothers of children with asperger syndrome: An application of the double ABCX model of family adjustment. *Autism*, 9(2): 191–212.
- Panerai, S., Zingale, M., Trubia, G., Finocchiaro, M., Zuccarelo, R., Ferri, R., Elia, M. (2009). Special education versus inclusive education: the role of the TEACCH program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(6): 35-39.
- Phillips, E. L., Phillips, E. A., Fixsen, D. L., & Wolf, M. M. (1971). Achievement place: Modification of the behaviors of pre-delinquent boys within a token economy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4(1): 45–59.
- Pottie, C. G., Ingram, K. M. (2008). Daily stress, coping, and wellbeing in parents of children with autism: A multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 22(6): 855–864.
- Rastelli, L., Shore, S. (2006). *Understanding Autism for dummies*. United States of America: Wiley Publishing, Inc.
- Reed, P., Osborne, L., Corness, M. (2007). Brief report: Relative effectiveness of different homebased behavioral approaches to early teaching intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37: 1815–1821.
- Reaven, J., Blakely-Smith, A., Culhane-Shelburne, K., Hepburn, S. (2012). Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: a randomized trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 53:410-419.

- Reichle, J., Sigafoos, J., Piche, L. (1989). Teaching an adolescent with blindness and severe disabilities: A correspondence between requesting and selecting preferred objects. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 14*: 75-80.
- Rentzou, K. (2013). Exploring Parental Preferences: Care or Education: What Do Greek Parents Aspire From Day Care Centers? *Early child development and care, 83*(12): 1906-1923 .
- Rispoli, M., Neely, L., Lang, R., & Ganz, J. (2011). Training paraprofessionals to implement interventions for people autism spectrum disorders: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation, 14*: 378-388.
- Rivers, J. W., & Stoneman, Z. (2003). Sibling relationships when a child has autism: Marital stress and support coping. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*(4): 383–394.
- Rogers, S. J., Vismara, L. A. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*: 8-38.
- Rutter, M. L. (2011). Progress in understanding autism: 2007–2010. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*: 395–404.
- Ryan, L. (1990). *Picture-based augmentative communication systems for autistic students*. Paper presented at the Mid-South Conference on Communicative Disorders, Memphis, TN.
- Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). *Social Communication Questionnaire*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *ADI-R. Autism Diagnostic Interview—Revised* (WPS ed.). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Sainato, D. M., Morrison, R. S. (2001). Transition: Towards a seamless system of service delivery. In M. Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion: Focus on change* (pp. 293-306). Baltimore, MD: Brookes
- Schulting, A., Malone, P., Dodge, K. (2005). The effect of school-based kindergarten transition policies and practices on child academic outcomes. *Developmental Psychology, 41*:

860–871.

Schopler, E., Sharon, S., Brehm, M.A., Kinsbourne, M., Reichler, R. (1971). *Arch Gen Psychiatry*. 24(5):415-421.

Schopler, E., Reichler, R. J., & Rothen Renner, B. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Schreibman L. (2005). *The science and fiction of autism*. United States of America: Harvard University Press.

Schwartz, I. S., Sandall, S. R., McBride, B. J., Boulware, G. L. (2004). Project DATA (Developmentally Appropriate Treatment for Autism): An inclusive school based approach to educating young children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24: 156-168.

Seltzer, M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., Pettee, Y., & Hong, J. (2001). Life course impacts of parenting a child with a disability. *American Journal on Mental Retardation*, 106(3): 265-269.

Siaperas, P., Beadle-Brown J. (2006). A case study of a structured teaching approach in adults with autism in residential home in Greece. Available from http://www.researchautism.net/autism_research_journal_articles_publications_study.ikml?ra=1782&s=1 [15/04/2019].

Shriver, M. D., Allen, K. D., & Matthews, J. R. (1999). Effective assessment of the shared and unique characteristics of children with autism. *School Psychology Review*, 28, 538–558.

Shonkoff, J.P., Meisels, S.J. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds), *Handbook of early Childhood Intervention*. Second edition (p.p 1-17). Cambridge: Cambridge University Press.

Smith, I. M., Koegel, R. L., Koegel, L. K., Openden, D. A., Fossum, K. L., & Bryson, S. E. (2010a). Effectiveness of a novel community-based early intervention model for children with autistic spectrum disorder. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(6): 504–523.

- Snyder, P., Hemmeter, M. L., McLaughlin, T. (2011). Professional development in early childhood intervention: Where we stand on the silver anniversary of PL 99-457. *Journal of Early Intervention, 33*: 357-370.
- South, M., Williams, B. J., McMahon, W. M., Owley, T., Filipek, P. A., Shernoff, E., et al. (2002). Utility of the Gilliam Autism Rating Scale in research and clinical populations. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*, 593–599.
- Stahmer, A. C., Ingersoll, B. (2004). Inclusive programming for toddlers with autism spectrum disorders: Outcomes from the Children’s Toddler School. *Journal of Positive Behavior Interventions, 6*: 67– 82.
- Stahmer, A. C., Akshoomoff, N., Cunningham, A. B. (2011). Inclusion for toddlers with autism spectrum disorders: The first ten years of a community program. *Autism, 15*: 625-641.
- Stevens, M.C., Fein, D.A., Dunn, M., Allen, D., Waterhouse, L.H., Feinstein, C., et al. (2000). Subgroups of children with autism by cluster analysis: A longitudinal examination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39*: 346–52.
- Stone, W. L., Lee, E. B., Ashford, L., Brissie, J., Hepburn, S. L., Coonrod, E. E., et al. (1999). Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40*, 219–226.
- Strain, P. S., Bovey, E. H. (2011). Randomized, controlled trial of the LEAP model of early intervention for young children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education, 31*: 133-154.
- Strain, P. S., Schwartz, I. S., Barton, E. E. (2011). Providing interventions for young children with autism spectrum disorders: Our reflection and vision for the future. *Journal of Early Intervention, 33*: 321-332.
- Szatmari, P., Bartolucci, G., Bremner, R., Bond, S., Rich, S. (1989). A follow-up study of high-functioning autistic children. *J Autism Dev Disord. 19*:213– 215.
- Szatmari, P., Mérette, C., Bryson, S.E., Thivierge, J., Marc-Andre, R., Cayer, M., et al. (2002). Quantifying Dimensions in Autism: A Factor-Analytic Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(4):467-474.
- Thompson, T. (2013). Autism research and services for young children: History progress and challenges, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 26*: 81-107.

- Thorndike, E.L. (1911). *Animal intelligence: Experimental Studies*. New York: Macmillan.
- Tincani M. (2004). Comparing the picture exchange communication system and sign language training for children with autism. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 19:152–63.
- Tissot, C. (2011). Working together? Parent and local authority views on the process of obtaining appropriate educational provision for children with autism spectrum disorders. *Educational Research*, 53: 1–15
- Turnbull, A. P., Turnbull, H. R., Erwin, E., Soodak, L. (2006). *Families, professionals, and exceptionality: Positive outcomes through partnerships and trust (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.
- Vincent L.J. (1995), Preschool curriculum and instruction. In MA. Falvey (E.d.), *Inclusive and Heterogeneous Schooling: Assessment. Curriculum and Instuction*. Balitmore: Paul Brookes.
- Volkmar, F.R., Chawarska, K. (2008). Autism in infants: an update. *World Psychiatry.* 7:19-21.
- Volkmar, F. R., & Pauls, D. (2003). Autism. The Lancet, 362, 1133–1141**
- Volkmar, F. R., Pauls, D. (2003). Autism. *The Lancet*, 362, 1133–1141
- Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Uchiyama, T., Yoshida, Y., Tojo, Y., Kuroda, M., et al. (2007). The autism-spectrum quotient (AQ) children's version in Japan: a cross-cultural comparison. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(3):491-500.
- Walker, D.R., Thompson, A., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J., Bryson, S.E., Mahoney, W.J., et al. (2004). Specifying PDD-NOS: A Comparison of PDD-NOS, Asperger Syndrome and Autism. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:172- 180.
- Warnock, M. (2005). *Special educational needs: a new look*. Philosophy of Education Society Great Britain.
- Weiss, S.J. (1991). Stressors experienced by family caregivers of children with Parvasive Developmental Disorder, *Child Psychiatry and Human Development*, 21: 203-216.
- Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6: 115–130.
- Wing. L. (2000). The continuum of autistic characteristics. In E. Schopler and G. Mesibov (Eds) *Diagnosis and Assessment in Autism*. New York: Plenum Press.

- Whitaker, P. (2004). Fostering communication and shared play between mainstream peers and children with autism: Approaches, outcomes, and experiences. *British Journal of Special Education, 31*: 215–222
- Wing L. (2000). *Το Αυτιστικό Φάσμα*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
- Wolery, M., Hemmeter, M. L. (2011). Classroom instruction: Background, assumptions, and challenges. *Journal of Early Intervention, 33*: 371-380.
- Wood, J.J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., Langer, D.A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry, 50*:224-34.
- Woodgate, R. L., Ateah, C., & Secco, L. (2008). Living in a world of our own: The experience of parents who have a child with autism. *Qualitative Health Research, 18*(8): 1075–1083.
- Yoder, P., Stone, W. L. (2006). A randomized comparison of the effect of two prelinguistic communication interventions on the acquisition of spoken communication in preschoolers with ASD. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 49*: 698-711.

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007).
Applied behavior analysis (2nd ed.).
Upper Saddle
River, NJ: Pearson

Παράρτημα Ι

Ερωτηματολόγιο

1. ΦΥΛΟ:

- Άνδρας
- Γυναίκα

2 . ΗΛΙΚΙΑ:

- 22-31
- 32-41
- 42-51
- Άνω των 51

3. ΕΤΗ προϋπηρεσίας:

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- Περισσότερα από 15

4. Επίπεδο σπουδών:

- Απόφοιτος σχολής νηπιαγωγών(διετούς φοίτησης)
- Εξομοίωση
- Απόφοιτος παιδαγωγικής σχολής
- Κάτοχος μεταπτυχιακού
- Κάτοχος διδακτορικού

5. θέση εργασίας:

- Μόνιμος
- Αναπληρωτής

6. Τόπος εργασίας:

- Αστική περιοχή
- Ημιαστική περιοχή
- Αγροτική περιοχή
- Νησί

7. Κατάρτιση στην ειδική αγωγή:

- Ναι
- Όχι

8. Οικογενειακή κατάσταση

- Ελεύθερος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α
- Παντρεμένος

9. Αριθμός τέκνων

- Κανένα
- Ένα
- Δύο
- Τρία
- Πάνω από τρία

10. Έχετε συναντήσει στις τάξεις του νηπιαγωγείου που έχετε δουλέψει παιδιά με διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών;

- Ναι
- Όχι

11 Εάν ναι πόσο συχνά;

- Πολύ Συχνά
- Συχνά
- Ενίοτε
- Σπάνια

- Πολύ Σπάνια

12. Εάν ναι ποιες από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχετε συναντήσει;

- Αυτισμός
- Σύνδρομο Rett
- Σύνδρομο Heller
- Σύνδρομο Asperger
- Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές
- Μη καθοριζόμενες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

13. Νιώθετε ικανός/ή ώστε να εντοπίσετε αδιάγνωστες περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στο νηπιαγωγείο;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

14. Εάν ναι πόσο ικανός/η νιώθετε;

- Πάρα Πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Πολύ λίγο

15. Θεωρείτε ότι χρειάζεται να παρακολουθήσετε κάποια εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

16. Εάν ναι πόσο ισχυρά πιστεύετε ότι τα χρειάζεστε;

- Πάρα Πολύ
- Πολύ

- Μέτρια
- Λίγο
- Πολύ λίγο

17. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι μεγάλης σημασίας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Πολύ λίγο

18. Σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερης σημασίας η έγκαιρη διάγνωση;

- Αυτισμός
- Σύνδρομο Rett
- Σύνδρομο Heller
- Σύνδρομο Asperger
- Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές
- Μη καθοριζόμενες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

19. Σε περίπτωση που εντοπίζατε αδιάγνωστη περίπτωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών στην τάξη σας ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση;

- Το αποσιωπείτε
- Ενημερώνετε το γονέα
- Ενημερώνετε τους διαγνωστικούς φορείς
- Ενημερώνεται τον Προϊστάμενο/η του Νηπιαγωγείου
- Ενημερώνεται τους συναδέλφους
- Άλλο

20. Κατά τη γνώμη σας υπάρχει στίγμα σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές

διαταραχές στα παιδιά στην εκάστοτε τοπική κοινωνία που έχετε διδάξει;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

21. Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείτε ότι είναι μεγαλύτερη η ένταση της στιγματοποίησης στην Ελλάδα;

- Αυτισμός
- Σύνδρομο Rett
- Σύνδρομο Heller
- Σύνδρομο Asperger
- Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές
- Μη καθοριζόμενες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

22. Κατά τη γνώμη ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την έγκαιρη διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών;

- Ο γονέας
- Ο εκπαιδευτικός
- Οι διαγνωστικοί φορείς
- Άλλο

23. Κατά τη γνώμη σας, η άρτια σχέση και συνεργασία εκπαιδευτικού και γονέα βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

24. Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;

- Πάρα Πολύ
- Πολύ

- Μέτρια
- Λίγο
- Πολύ λίγο

25. Κατά τη γνώμη σας η στάση των γονέων μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

26. Εάν ναι σε ποιο βαθμό;

- Πάρα Πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Πολύ λίγο

27. Κατά τη γνώμη σας η έλλειψη ενημέρωσης των εκπαιδευτικών σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελεί εμπόδιο στην έγκαιρη διάγνωση νηπίων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

28. Εάν ναι σε ποιο βαθμό;

- Πάρα Πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Πολύ λίγο

Παράρτημα II

Multiple Comparisons						
LSD						
Dependent Variable	(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Mean Difference (I-J)	Std. Error		
Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;	22-31	32-41	,285	,157		
		42-51	,321*	,160		
		Άνω των 51	,025	,191		
	32-41	22-31	-,285	,157		
		42-51	,036	,072		
		Άνω των 51	-,260*	,127		
	42-51	22-31	-,321*	,160		
		32-41	-,036	,072		
		Άνω των 51	-,296*	,131		
	Άνω των 51	22-31	-,025	,191		
		32-41	,260*	,127		
		42-51	,296*	,131		
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	22-31	32-41	,750*	,249		
		42-51	,737*	,253		
		Άνω των 51	,875*	,303		
	32-41	22-31	-,750*	,249		
		42-51	-,013	,113		
		Άνω των 51	,125	,202		
	42-51	22-31	-,737*	,253		
Multiple Comparisons						
LSD						
Dependent Variable	(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Mean Difference (I-J)	Std. Error		
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	42-51	32-41	,013	,113		
		Άνω των 51	,138*	,207		
	Άνω των 51	22-31	-,875	,303		
		32-41	-,125	,202		
		42-51	-,138	,207		
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	22-31	32-41	,699*	,311		
		42-51	,611*	,315		

		Άνω των 51	,821	,375
32-41	22-31		-,699*	,311
	42-51		-,088	,131
	Άνω των 51		,122*	,242
42-51	22-31		-,611*	,315
	32-41		,088*	,131
	Άνω των 51		,210*	,247
Άνω των 51	22-31		-,821*	,375
	32-41		-,122*	,242
	42-51		-,210	,247

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Mean Difference (I-J)	Std. Error
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	42-51	32-41	,013	,113
		Άνω των 51	,138*	,207
	Άνω των 51	22-31	-,875	,303
		32-41	-,125	,202
		42-51	-,138	,207
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	22-31	32-41	,699*	,311
		42-51	,611*	,315
		Άνω των 51	,821	,375
	32-41	22-31	-,699*	,311
		42-51	-,088	,131
		Άνω των 51	,122*	,242
	42-51	22-31	-,611*	,315
		32-41	,088*	,131
		Άνω των 51	,210*	,247
	Άνω των 51	22-31	-,821*	,375
		32-41	-,122*	,242
		42-51	-,210	,247

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Έτη προϋπηρεσίας	(J) Έτη προϋπηρεσίας	Mean Difference
Εάν ναι σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι βοηθάει;	11-15	6-10	
		Περισσότερα από 15	
	Περισσότερα από 15	0-5	

		6-10	
		11-15	
Εάν ναι σε ποιο βαθμό;	0-5	6-10	
		11-15	
		Περισσότερα από 15	
	6-10	0-5	
		11-15	
		Περισσότερα από 15	
	11-15	0-5	
		6-10	
		Περισσότερα από 15	
	Περισσότερα από 15	0-5	
		6-10	
		11-15	

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η έγκαιρη διάγνωση ΔΑΔ είναι μεγάλης σημασίας;

LSD

(I) Επίπεδο σπουδών	(J) Επίπεδο σπουδών	Mean Difference (I-J)	Std. Error
Εξομοίωση	Απόφοιτος παιδαγωγικής σχολής	,324 [*]	,1
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	,339 [*]	,1
Απόφοιτος παιδαγωγικής σχολής	Εξομοίωση	-,324 [*]	,1
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	,015	,0
Κάτοχος μεταπτυχιακού	Εξομοίωση	-,339 [*]	,1
	Απόφοιτος παιδαγωγικής σχολής	-,015	,0