



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«Εκτίμηση του αντιλαμβανόμενου stress σε μαθητές με ΕΜΔ (Δυσλεξία), ηλικίας 8-12 ετών. Στάθμιση του ερωτηματολογίου Perceived Stress Scale-Children (PSS-C) στην ελληνική γλώσσα»

“Perceived stress in students with Dyslexia, 8-12 years old. Greek standardization of Perceived Stress Scale-Children (PSS-C)”.

Δέδε Αικατερίνη- Δέσποινα (Α.Μ. 1232)

Μαλλιάκα Μαρία Ανθή (Α.Μ. 1275)

Σωτηρίου Ελπινίκη (Α.Μ. 1316)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ζακοπούλου Βικτωρία

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος, 2025

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα του άγχους στην παιδική ηλικία αποτελεί ένα ζήτημα που ταλάνιζε όλους μας ανέκαθεν. Όταν λοιπόν παρουσιάστηκε η ευκαιρία να εντρυφήσουμε σε αυτό, αλλά και να το συσχετίσουμε με διαταραχές οι οποίες απασχολούν το επάγγελμά μας, η θετική ανταπόκριση ήταν μονόδρομος. Στην όλη διαδικασία έχοντας στο πλευρό μας, να μας υποστηρίζουν και να μας καθοδηγούν την κυρία Ζακοπούλου Βικτωρία και την κυρία Σιαφάκα Βασιλική, εργαστήκαμε αρμονικά και μεθοδικά με απώτερο κοινό στόχο το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα και την προσφορά στην ευρύτερη επιστημονική κοινότητα. Ο κύριος Γρυπάρης Αλέξανδρος ήταν πάντα πρόθυμος και μας βοήθησε στο στατιστικό κομμάτι της έρευνας. Θα θέλαμε λοιπόν να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στους καθηγητές-επόπτες μας, γιατί πίστεψαν σε εμάς και μας υποστήριξαν ακούραστα σε αυτό το πρωτόγνωρο για εμάς εγχείρημα. Ήταν με βεβαιότητα μια πολύ ενδιαφέρουσα διαδικασία από την οποία αποκομίσαμε πολλά, τόσο από άποψη θεωρητικών όσο και πρακτικών γνώσεων. Ελπίζουμε στο μέλλον να έχουμε την τιμή και την χαρά να συνεργαστούμε ξανά. Και πάλι ευχαριστούμε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (Δυσλεξία)	8
1.1 Ορισμοί και Ερμηνευτικές θεωρίες	8
1.1.1 Ορισμοί	8
1.1.2 Ερμηνευτικές θεωρίες	10
1.1.2.1 Θεωρία του φωνολογικού ελλείμματος	11
1.1.2.2 Θεωρία του διπλού ελλείμματος	12
1.1.2.3 Θεωρία της παρεγκεφαλίδας	14
1.1.2.4 Μεγαλοκυτταρική θεωρία	15
1.2 Διαγνωστικά Κριτήρια και κλινικό Προφίλ	17
1.2.1. Διαγνωστικά Κριτήρια	17
1.2.1.1. Διαγνωστικό Κριτήριο Α	17
1.2.1.1.1 Υποκριτήριο Α	17
1.2.1.1.2 Υποκριτήριο Β	18
1.2.1.1.3 Υποκριτήριο Γ	19
1.2.1.1.4 Υποκριτήριο Δ	20
1.2.1.1.5 Υποκριτήριο Ε	20
1.2.1.2 Διαγνωστικό Κριτήριο Β	22
1.2.1.3. Διαγνωστικό Κριτήριο Γ	24
1.2.1.4. Διαγνωστικό Κριτήριο Δ	24
1.2.2. Κλινικό Profile	25
1.2.2.1 Γνωστικά Χαρακτηριστικά	25
1.2.2.2. Γλωσσικά Χαρακτηριστικά	26
1.2.2.3. Συναισθηματικά Χαρακτηριστικά	27
1.2.2.4. Συμπεριφορικά Χαρακτηριστικά	28
2. Ο παράγοντας του stress	30
2.1 Εννοιολογικές και ερμηνευτικές προσεγγίσεις	30
2.1.1 Εννοιολογική Προσέγγιση του stress	30
2.1.2 Ερμηνευτικές Προσεγγίσεις του stress	31
2.1.2.1 Η Βιολογική Προσέγγιση	32
2.1.2.2 Η Γνωστική-Συμπεριφορική Προσέγγιση	32
2.1.2.3 Η Ψυχοδυναμική Προσέγγιση	33
2.1.2.4 Η Κοινωνιολογική Προσέγγιση	33
2.1.3 Μέθοδοι Αξιολόγησης του stress	34
2.1.3.1 Βιολογικές Μέθοδοι	34
2.1.3.2 Ψυχομετρικές Κλίμακες	34
2.2 Αντιλαμβανόμενο stress	35
2.2.1 Εννοιολογική Ανάλυση του Αντιλαμβανόμενου stress	36
2.2.2 Θεωρητική Βάση του Αντιλαμβανόμενου stress	36

2.2.2.1 Θεωρία της Γνωστικής Αξιολόγησης (Lazarus & Folkman, 1984)	37
2.2.2.2 Θεωρία του Βιολογικού stress (Selye, 1956)	37
2.2.2.3 Θεωρία Διαχείρισης του stress (Rachmad,2022)	37
2.2.3 Στρατηγικές Αντιμετώπισης και Κοινωνική Υποστήριξη	37
2.2.4 Αντίκτυποι του Αντιλαμβανόμενου stress στην Υγεία	38
2.2.4.1 Ψυχικές Επιπτώσεις	38
2.2.4.2 Σωματικές Επιπτώσεις	38
2.2.5 Στρατηγικές Διαχείρισης του Αντιλαμβανόμενου stress	39
2.3 Διαγνωστικά Κριτήρια	40
2.3.1. Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	40
2.3.2. Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Κοινωνική Φοβία)	41
2.3.3. Διαταραχή Πανικού	41
2.3.4. Αγοραφοβία	42
2.3.5. Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού	42
2.4 Διαγνωστικά Εργαλεία	43
2.4.1 Ερωτηματολόγια	43
2.4.1.1 Ερωτηματολόγιο ιδιοσυγκρασιακού-περιστασιακού άγχους για παιδιά- State-Trait Anxiety Inventory for Children- STAIC	43
2.4.1.2 Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version	45
2.4.1.3 Κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας- CD-RISC , The Connor-Davidson Resilience Scales	46
3. Εκδήλωση stress σε περιπτώσεις παιδιών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές	49
3.1 Εκδήλωση stress σε περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠΥ	49
3.2 Εκδήλωση stress σε περιπτώσεις παιδιών με ΕΜΔ	52
3.2.1 Εισαγωγή στην έννοια του stress στα παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (ΕΜΔ)	52
3.2.2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση stress σε παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (ΕΜΔ)	53
3.2.3. Εκδηλώσεις stress σε παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (ΕΜΔ)	54
3.2.4. Ο ρόλος της οικογένειας	55
3.2.5. Ο ρόλος του σχολικού περιβάλλοντος	55
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	57
4.1 Στόχος έρευνας	57
4.2 Μέθοδος έρευνας	57
4.2.1 Ερευνητικά ερωτήματα	57
4.2.2 Συμμετέχοντες	57
4.2.3 Συλλογή δεδομένων	58
4.3 Ερευνητικά Εργαλεία	61
4.3.1 Αναπτυξιακό ιστορικό	61
4.3.2 Ερωτηματολόγια αξιολόγησης του stress	61
4.3.2.1 Perceived Stress Scale -Children (PSS-C)	61
4.3.2.2. Stress in Children (SiC) Questionnaire	62
4.4 Ανάλυση Δεδομένων	63
4.4.1 Στατιστική Ανάλυση	63
4.4.2 Αποτελέσματα	64
4.4.2.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση	65

4.4.2.2 Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (PCA)	80
4.4.2.3 Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων (CFA)	81
Συζήτηση	84
Συμπεράσματα	87
Βιβλιογραφία	89
Παράρτημα	107
Έντυπο συμπλήρωσης ιστορικού συμμετέχοντα	107
Ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης PSS-C	108
Ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης SiC	109

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πλαίσιο διεξαγωγής της προτεινόμενης έρευνας με τίτλο: «Εκτίμηση του αντιλαμβανόμενου stress σε παιδιά ηλικίας 8-12 ετών και στάθμιση του ερωτηματολογίου Perceived Stress Scale-Children (PSS-C) στην ελληνική γλώσσα. Σύγκριση δεδομένων μεταξύ παιδιών με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή και ομάδας ελέγχου», επιχειρήθηκε η προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα και η στάθμιση του ερωτηματολογίου Perceived Stress Scale-Children (PSS-C) της White (2014) σε μαθητές ηλικίας 8-12 ετών, οι οποίοι φοιτούν σε τυπικά και τμήματα ένταξης σχολείων της πόλης των Ιωαννίνων, καθώς και η σύγκριση των δεδομένων μεταξύ παιδιών με διάγνωση Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής (ΕΜΔ) και ομάδας ελέγχου. Προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία και εγκυρότητα του υπό στάθμιση ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε στους ίδιους μαθητές παράλληλη χορήγηση ενός δεύτερου, ήδη σταθμισμένου στην ελληνική γλώσσα, ερωτηματολογίου αξιολόγησης του stress, του Stress in Children (SiC) Questionnaire.

Λέξεις κλειδιά: Αντιλαμβανόμενο στρες, μαθητές σχολικής ηλικίας, ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, προσαρμογή, στάθμιση, ελληνική γλώσσα, ειδική μαθησιακή διαταραχή

ABSTRACT

The aim of the proposed research entitled ‘Assessment of perceived stress in children aged 8-12 years and validation of the Perceived Stress Scale-Children (PSS-C) in the Greek language. Comparison of data between children with Specific Learning Disorder and a control group’, is (a) the translation and validation into the Greek language of the Perceived Stress Scale-Children (PSS-C) developed by White (2014) in 8-12 year old students, who attend typical and integration classes of schools in the city of Ioannina, and (b) the comparison of the data between children diagnosed with a Specific Learning Disorder (SLD) and a control group. To ensure the reliability and validity of the PSS-C, a second stress assessment questionnaire (Stress in Children (SiC) Questionnaire), already validated in the Greek language, was also be administered.

Keywords: Perceived stress, school-age students, psychometric characteristics, adaptation, validation, Greek language, specific learning disorder

1. Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (Δυσλεξία)

1.1 Ορισμοί και Ερμηνευτικές θεωρίες

1.1.1 Ορισμοί

Η δυσλεξία, ως ένα είδος μαθησιακής δυσκολίας, απασχολεί την επιστημονική κοινότητα σε έντονο βαθμό εδώ και δεκαετίες, κυρίως επειδή επηρεάζει πολλά παιδιά που δεν παρουσιάζουν δυσκολίες σε άλλους τομείς. Παρόλο που έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην κατανόησή της, το καίριο ερώτημα εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης: γιατί ορισμένα παιδιά δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό στην ανάγνωση και τη γραφή, παρά το γεγονός ότι έχουν φυσιολογική ή και υψηλή νοημοσύνη και παρότι έχουν μεγαλώσει σε περιβάλλοντα με επαρκή ερεθίσματα; Αυτό το ερώτημα φαίνεται πως είναι και το σημείο εκκίνησης για την επιστημονική μελέτη της δυσλεξίας.

Το πρώτο σημαντικό βήμα στο να δοθεί ένας ουσιαστικός και ξεκάθαρος ορισμός για τη δυσλεξία έγινε το 1968 από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Νευρολογίας. Αν και ο ορισμός που δόθηκε ήταν αρκετά απλός, δεν έπαυε να είναι καθοριστικός και μεγάλης σημασίας: «πρόκειται για μία διαταραχή στην εκμάθηση της ανάγνωσης, παρά την κανονική νοημοσύνη και τις κατάλληλες εκπαιδευτικές ευκαιρίες (World Federation of Neurology, 1968)». Ήταν η πρώτη φορά που τονίστηκε η αναντιστοιχία ανάμεσα στις ικανότητες ενός παιδιού και στις αναγνωστικές του επιδόσεις, δηλαδή το γεγονός ότι η χαμηλή επίδοση στην ανάγνωση και τη γραφή μπορεί να μην εξηγείται από εξωτερικούς παράγοντες, αλλά από κάποια εσωτερική δυσκολία.

Στα χρόνια που ακολούθησαν, έγινε σαφές ότι η δυσλεξία δεν είναι απλώς μία «αδυναμία» στο διάβασμα. Το 1994, η Orton Dyslexia Society πρότεινε έναν πιο εξειδικευμένο ορισμό, αναδεικνύοντας το γλωσσικό χαρακτήρα της διαταραχής. Σύμφωνα με αυτόν, η δυσλεξία είναι μία συγκεκριμένη γλωσσική διαταραχή που επηρεάζει την ανάγνωση, τη γραφή και την ικανότητα αποκωδικοποίησης λέξεων, ανεξάρτητα από το αν το παιδί έχει νοημοσύνη εντός των φυσιολογικών ορίων ή αν έχει λάβει καλή εκπαίδευση ή όχι (Orton Dyslexia Society, 1994). Με λίγα λόγια η δυσλεξία δεν είναι απλώς ένα «σχολικό πρόβλημα», αλλά κάτι πιο βαθύ, με γνωστική βάση. Ο ορισμός αυτός αποτέλεσε την αφορμή να ανοίξει ο δρόμος για πιο στοχευμένες διαγνωστικές μεθόδους και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις.

Στο τέλος της δεκαετίας του '90, οι επιστήμονες άρχισαν να μελετούν τη δυσλεξία πιο «εσωτερικά», δίνοντας έμφαση στις βαθύτερες νοητικές διεργασίες. Η British Psychological Society (1999) περιέγραψε τη δυσλεξία ως μία σημαντική δυσκολία όχι μόνο στην ανάγνωση και τη γραφή, αλλά και στην επεξεργασία του προφορικού λόγου, βάζοντας στο προσκήνιο τον όρο φωνολογική επεξεργασία- δηλαδή την ικανότητα να ακούμε, να ξεχωρίζουμε και να επεξεργαζόμαστε τους ήχους της γλώσσας.

Αργότερα, μπαίνοντας στον 21ο αιώνα, καθώς προχωρούσε η έρευνα και η τεχνολογία, η επιστημονική κοινότητα άρχισε να εστιάζει όλο και περισσότερο στη νευροβιολογική βάση της δυσλεξίας. Οι Lyon, Shaywitz και Shaywitz (2003) περιέγραψαν τη δυσλεξία ως μία μαθησιακή δυσκολία που έχει νευροβιολογική προέλευση και σχετίζεται με φωνολογικά ελλείμματα, αλλά και με δυσκολίες στην οπτικοχωρική επεξεργασία. Δηλαδή, δεν πρόκειται απλώς για θέμα «προσοχής» ή «τεμπελιάς», αλλά για συγκεκριμένες διαφορές στον τρόπο που λειτουργεί ο εγκέφαλος.

Στη Βρετανία, η έκθεση της Jenny Rose (2009) ενίσχυσε αυτή τη κατανόηση, προσθέτοντας στον ορισμό το στοιχείο της φωνολογικής μνήμης, εξηγώντας ότι η δυσλεξία δεν επηρεάζει μόνο την ευχέρεια και την ακρίβεια στην ανάγνωση, αλλά και την ικανότητα του ατόμου να συγκρατεί και να επεξεργάζεται τις προφορικές πληροφορίες. Αυτό βοηθά στην εξήγηση του γιατί τα παιδιά με δυσλεξία δυσκολεύονται, όχι μόνο να διαβάσουν, αλλά και να θυμούνται οδηγίες ή να αναπαράγουν προφορικά στοιχεία.

Η καθηγήτρια Margaret Snowling (2013) επιβεβαίωσε ότι τα φωνολογικά ελλείμματα παραμένουν σημαντικά ακόμη και όταν έχει δοθεί σωστή και συστηματική διδασκαλία, καταρρίπτοντας έτσι τον μύθο ότι η δυσλεξία οφείλεται σε κακή διδασκαλία ή έλλειψη εξάσκησης και τονίζοντας ότι είναι κάτι βαθύτερο που χρειάζεται πιο στοχευμένη υποστήριξη.

Τα τελευταία χρόνια, ο πιο πρόσφατος και «επίσημος» ορισμός προέρχεται από το DSM-5-TR του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου (2022), το οποίο χρησιμοποιεί τον όρο της δυσλεξίας ως εναλλακτικό -κατά περίπτωση- όρο της Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής η οποία αποτελεί μία υποκατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Εκεί περιγράφεται με βάση τρεις βασικούς δείκτες: τη χαμηλή ακρίβεια, τη μειωμένη ταχύτητα και τα προβλήματα στην κατανόηση του γραπτού λόγου (American Psychiatric Association, 2022).

Η International Dyslexia Association (2017) συμφωνεί με αυτή την κατεύθυνση, υπογραμμίζοντας ότι η δυσλεξία έχει νευροβιολογική βάση και δεν επηρεάζεται από το επίπεδο ευφυΐας ή το εκπαιδευτικό υπόβαθρο του ατόμου. Μάλιστα, η British Dyslexia Association (2022) τονίζει ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η συννοσηρότητα- δηλαδή η

συνύπαρξη της δυσλεξίας με άλλες διαταραχές, όπως η ΔΕΠΥ ή η δυσαριθμησία. Παράλληλα ανέδειξε και τον ρόλο των εκτελεστικών λειτουργιών, που σχετίζονται με την συγκέντρωση, την οργάνωση και την αυτορρύθμιση της μάθησης.

Από όλους τους παραπάνω ορισμούς, διαφαίνεται ότι η κατανόηση της δυσλεξίας έχει εξελιχθεί σημαντικά με τα χρόνια. Πλέον, δε μιλάμε για μία απλή αδυναμία στην ανάγνωση, αλλά για μία πολύπλοκη μαθησιακή διαταραχή με γνωστικά, βιολογικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Η αλλαγή αυτή επηρεάζει άμεσα και την εκπαιδευτική πράξη: η πρόωμη διάγνωση ξεκινά ήδη από το νηπιαγωγείο, ενώ οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν εξειδικευμένα προγράμματα φωνολογικής επίγνωσης, χρήση τεχνολογικών εργαλείων και εξατομικευμένες διδακτικές στρατηγικές.

Στο μέλλον, η έρευνα προσανατολίζεται σε νέες κατευθύνσεις, όπως η μελέτη των γονιδίων που σχετίζονται με τα φωνολογικά ελλείμματα, οι νευροαπεικονιστικές τεχνικές που δείχνουν πώς ανταποκρίνεται ο εγκέφαλος σε παρεμβάσεις και οι μικτές (quantitative & qualitative) μεθοδολογίες, που βοηθούν να κατανοήσουμε σε βάθος την προσωπική εμπειρία του ατόμου με δυσλεξία.

1.1.2 Ερμηνευτικές θεωρίες

Η δυσλεξία είναι μια από τις πιο συχνές στην εκδήλωση τους νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Όπως είναι φυσικό απότοκο, η ερμηνεία της και η ανεύρεση της ακριβούς επιστημονικά αποδεκτής αιτιολογίας της, αποτελεί ζήτημα που έχει απασχολήσει μεγάλο αριθμό ατόμων της επιστημονικής κοινότητας. Με το πέρασμα του χρόνου, έχουν διατυπωθεί ποικίλες θεωρίες, τόσο ψυχολογικές και επεξεργασίας σήματος, όσο και νευρολογικές, οι οποίες προσπαθούν με την χρήση τεκμηρίων και ερευνητικών αποτελεσμάτων να διαλευκάνουν το ερώτημα περί αιτιολογίας της διαταραχής (Stein, 2023). Ωστόσο, μόνο οι νευρολογικές θεωρίες καταδεικνύουν ως υπαίτιους μηχανισμούς του εγκεφάλου (Stein, 2023). Οι βασικές θεωρίες οι οποίες έχουν διατυπωθεί και απασχολήσει τις τελευταίες δεκαετίες είναι, η θεωρία του φωνολογικού ελλείμματος, η θεωρία του διπλού ελλείμματος, η θεωρία του παρεγκεφαλιδικού ελλείμματος και η μεγαλοκυτταρική θεωρία. Καθεμία από τις ερμηνευτικές αυτές προσεγγίσεις προτείνει την πιθανή αιτιακή σχέση μεταξύ ενός παράγοντα-μιας κατάστασης και της διαταραχής της δυσλεξίας. Όλες έχουν γίνει αποδεκτές και έχουν κατορθώσει να κερδίσουν σημαντικό έδαφος στο επιστημονικό πλαίσιο, ωστόσο

καμία δεν έχει κατορθώσει να ερμηνεύσει ολοκληρωτικά και να αναδείξει μια επαρκή αιτία για την προαναφερθείσα διαταραχή.

1.1.2.1 Θεωρία του φωνολογικού ελλείμματος

Μετά τη δυναμική αλλαγή που έφερε ο Chomsky στον γλωσσικό τομέα, σχετικά με τα φωνήματα και τα χαρακτηριστικά τους (Chomsky, 1955), έγινε ξεκάθαρο πως η εκμάθηση της φωνολογικής αρχής είναι μια διαδικασία που δεν πραγματοποιείται μηχανικά. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αναδειχθεί ως υπαίτιος για την δυσλεξία η αδυναμία κατάκτησης της αρχής αυτής και κατ' επέκταση να κερδίσει σημαντικό έδαφος η θεωρία του φωνολογικού ελλείμματος (Liberman et al., 1989). Παρ' όλα αυτά η αναφερόμενη θεωρία δεν υπογραμμίζει συγκεκριμένη αιτία για τη δυσλεξία ως διαταραχή (Stein, 2018).

Η ερμηνευτική προσέγγιση με βάση το φωνολογικό έλλειμμα καταδεικνύει τα ζητήματα φωνολογικής αναπαράστασης ως λόγο πρόκλησης της δυσλεξίας (Shankweiler et al., 1979; Snowling & Hulme, 1994). Μάλιστα, ο Hugh Catts το 1989 (σ. 50-64) υποστήριξε πως «Η δυσλεξία είναι μια αναπτυξιακή γλωσσική διαταραχή που περιλαμβάνει έλλειμμα στην φωνολογική επεξεργασία. Αυτή η διαταραχή εκδηλώνεται σε διάφορες φωνολογικές δυσκολίες καθώς και σε μια συγκεκριμένη αναγνωστική αναπηρία». Οι δυσκολίες στην επεξεργασία στον αναλυόμενο τομέα είναι επιβεβαιωμένες στα δυσλεξικά άτομα (Ramus, 2003; Snowling, 2000; Vellutino et al., 2004) και περιλαμβάνουν ανεπαρκή φωνολογική ενημερότητα και βραχυπρόθεσμη λεκτική μνήμη, αλλά και βραδύτερη ικανότητα ανάκλησης λέξεων (Ramus, 2004) .

Αρκετά από τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν τη διαταραχή της δυσλεξίας μπορούν να εξηγηθούν από σφάλματα στην γνωστική επεξεργασία των πληροφοριών. Στη διαδικασία αυτή κρίνονται απαραίτητες οι τρεις διαδικασίες που ονομάστηκαν, δηλαδή, η άθικτη φωνολογική ενημερότητα και βραχυπρόθεσμη μνήμη αλλά και η ικανότητα ανάκτησης λέξεων. Συνεπάγεται έτσι πως τυχόν ελλείψεις στα προαναφερθέντα, οδηγούν σε εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων της δυσλεξίας (Ramus, 2004). Την άρρηκτη σχέση μεταξύ φωνητικής επίγνωσης , ανάγνωσης και αλφαβητικής ορθογραφίας έχει επισημάνει και ο Bowey (2005). Όπως υποστήριξε ο David L. Share στο άρθρο του με τίτλο «Common Misconceptions about the Phonological Deficit Theory of Dyslexia» (2021) ορισμένα από τα χαρακτηριστικά που αντικατοπτρίζουν την διαταραχή της δυσλεξίας είναι τα ζητήματα που αφορούν στην εύρεση και την ανάκληση λέξεων , αριθμών , ημερών της εβδομάδας ή μηνών του χρόνου, την παραγωγή γλωσσοδετών κ.ά. και, αποτελούν απαιτητικές ενέργειες φωνολογικής επεξεργασίας.

Παρά την απήχηση της αναλυόμενης προσέγγισης, οι δυσκολίες στον τομέα της φωνολογίας δεν αποτελούν προϋπόθεση ούτε επαρκούν για να εξηγηθεί η συγκεκριμένη διαταραχή (Pennington, 2006).

1.1.2.2 Θεωρία του διπλού ελλείμματος

Το 1976 η Martha Denckla πρότεινε πως τα άτομα που φέρουν τη διάγνωση της αναπτυξιακής δυσλεξίας έχουν μειωμένη ταχύτητα αυτοματοποιημένης κατονομασίας. Εν συνεχεία, η Maryanne Wolf υποστήριξε την θεωρία του διπλού ελλείμματος της δυσλεξίας, η οποία αποτελεί ουσιαστικά διεύρυνση της φωνολογικής θεωρίας (Wolf & Bowers, 2000). Μάλιστα, ένας αριθμός μελετητών έχει υποστηρίξει πως η διαταραχή της δυσλεξίας δε συσχετίζεται αποκλειστικά με ελλείμματα στον τομέα της φωνολογίας, και πιο συγκεκριμένα, με τις δεξιότητες επεξεργασίας αυτής (Lovett et al., 2000; Wimmer et al., 2000; Wolf & Bowers, 2000).

Οι Wolf και Bowers το 1999 πρότειναν πως τα άτομα με δυσλεξία μπορούν να αποτελέσουν τρεις υποομάδες αναλόγως των αδυναμιών τους σε ορισμένες διεργασίες. Αναλυτικότερα, η πρώτη υποκατηγορία που προτάθηκε είναι η ομάδα ατόμων τα οποία έχουν σημαντικά ελλείμματα στον τομέα της φωνολογίας και η ταχύτητα κατονομασίας τους συμφωνεί με τον μέσο όρο. Η δεύτερη υποκατηγορία περιλαμβάνει τα άτομα τα οποία έχουν ελαχιστοποιημένη ταχύτητα κατονομασίας και φωνολογικές ικανότητες μέσου όρου και στην τελευταία υποομάδα ανήκουν τα άτομα τα οποία εμφανίζουν μειωμένη απόδοση και στις δύο διαδικασίες, δηλαδή και στην φωνολογική επεξεργασία και στη ταχεία κατονομασία.

Οι Lovett και συνάδελφοι (2000) προκειμένου να κατατάξουν τις αναγνωστικές δυσκολίες των ατόμων με δυσλεξία με βάση την ύπαρξη ή μη ελαττωμένων ικανοτήτων στους προαναφερθέντες τομείς, πραγματοποίησαν μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 166 παιδιά του ηλικιακού φάσματος επτά έως δεκατριών ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής κατέδειξαν τα ακόλουθα αποτελέσματα: το 54% των παιδιών, δηλαδή πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες, έφεραν διπλό έλλειμμα, το 24% παρουσίαζε δυσκολίες ταχείας κατονομασίας και το 22%, αδυναμίες στον φωνολογικό τομέα.

Το μοντέλο του διπλού ελλείμματος ουσιαστικά προτείνει πως ένα υποσύνολο ανθρώπων με διάγνωση δυσλεξίας έχουν ελλείμματα ως προς το RAN (Ackerman και Dykman, 1993; Badian, 1995; Bowers et al., 1988; Katzir et al., 2008; Scarborough, 1998), με άλλα λόγια την ταχύτητα με την οποία μπορεί ένα άτομο να κατονομάσει γνώριμα ερεθίσματα που του παρουσιάζονται οπτικά (Denckla & Rudel, 1976), το οποίο μπορεί να

επιφέρει αναγνωστικές δυσκολίες. Παρατηρήθηκε ωστόσο, πως η αδυναμία αυτή είναι ανεξάρτητη, εφόσον ένα ποσοστό ατόμων με εξασθενημένες δεξιότητες ανάγνωσης εμφανίζουν ελλείμματα στην ταχεία κατονομασία απουσία φωνολογικών ελλειμμάτων (Lovett, 1987; Wolf et al., 2002).

Σύμφωνα λοιπόν με την εν λόγω ερμηνευτική προσέγγιση, ελλείμματα είτε στον τομέα της φωνολογίας, ειδικότερα της φωνολογικής επίγνωσης, δηλαδή της ικανότητας αναγνώρισης και χειρισμού της ηχητικής δομής των λέξεων, τα οποία είναι εμφανή στη δυσλεξία (Bradley και Bryant, 1978; Snowling et al., 1996; Wagner και Torgesen, 1987), είτε στη δεξιότητα ταχείας κατονομασίας, είναι ικανά να επιφέρουν αναγνωστικές δυσκολίες και μάλιστα τα άτομα τα οποία φέρουν το «διπλό» αυτό έλλειμμα τείνουν να έχουν σοβαρότερες αδυναμίες συγκριτικά με τα άτομα που διακατέχονται από ένα μεμονωμένο έλλειμμα (Wolf & Bowers, 1999).

1.1.2.3 Θεωρία της παρεγκεφαλίδας

Η παρεγκεφαλίδα ως μέρος του ανθρώπινου εγκεφάλου εμπλέκεται στον κινητικό τομέα (Holmes, 1917, 1939; Marr, 1969; Albus, 1971; Ito, 1986, 1993) και πιο συγκεκριμένα φαίνεται πως φέρει κυρίαρχο ρόλο στην αυτοματοποίηση κινητικών δεξιοτήτων και στον έλεγχο και την προσαρμογή αυτών (Jenkins et al., 1994; Krupa, Thomson & Thomson, 1993), ενώ συμμετέχει και σε γνωστικές και γλωσσικές λειτουργίες (Leiner et al., 1989, 1993; Schamhamann, 1991; De Schutter and Maex, 1996; Allen et al., 1997). Έχει αναφερθεί, πως η εν λόγω εγκεφαλική δομή συσχετίζεται και με την περιοχή εντοπισμού του κέντρου του λόγου στον εγκέφαλο, δηλαδή την περιοχή Broca (Leiner et al., 1989; Leiner et al., 1993) γεγονός που εξηγεί την ανάμειξη της παρεγκεφαλίδας στον χειρισμό γλωσσικών λειτουργιών.

Σε μελέτη που πραγματοποίησαν το 1973 οι Frank και Levinson πραγματοποιήθηκε νευρολογικός έλεγχος σε 17 παιδιά, τα οποία ανήκαν σε μια ευρύτερη ομάδα των 115, τα οποία παρουσίαζαν καθυστέρηση στο να μπορέσουν να κατορθώσουν να διαβάζουν. Τα αποτελέσματα εντόπισαν παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία σε όλους. Μεταγενέστερα, οι Nicolson, Fawcett και Dean (2001) συνηγόρησαν υπέρ της θέσης ότι ένα έλλειμμα στη δομή της παρεγκεφαλίδας θα μπορούσε να αποτελέσει την αιτία εμφάνισης αναγνωστικών διαταραχών, κατάσταση η οποία αποτελεί ένα βασικό γνώρισμα των ατόμων με δυσλεξία.

Οι Nicolson και συνεργάτες ερμήνευσαν ένα σύμπτωμα των ατόμων με δυσχέρεια ανάγνωσης με βάση το έλλειμμα αυτό. Πιο συγκεκριμένα, υποστήριξαν πως ο συλλαβισμός είναι απότοκο υπερβολικής προσπάθειας για την πραγματοποίηση της αναγνωστικής διαδικασίας (Nicolson et al., 2001), κάτι το οποίο είναι μη τυπικό, αφού η ανάγνωση πραγματοποιείται αυτοματοποιημένα μετά την κατάκτηση της. Βιβλιογραφικά έχει αναφερθεί επίσης, πως σε παιδιά στα οποία εντοπίζονται διαταραχές στον τομέα της ανάγνωσης, παρουσιάζονται και συμπτώματα που υποδεικνύουν μη τυπική λειτουργία της παρεγκεφαλιδικής δομής, όπως ζητήματα μυϊκού τόνου, συντονισμού κινήσεων κ.ά. (Fawcett & Nicolson, 1999; Kasselimis et al., 2008).

Παραγωγικά, προκύπτει πως η δυσλεξία ως διαταραχή εμπεριέχει μη επαρκή αυτοματοποίηση δεξιοτήτων (Nicolson και Fawcett, 1990; Fawcett και Nicolson, 1992) συμπεριλαμβανομένης της αναγνωστικής διαδικασίας. Την σημασία της σχέσης, και ειδικότερα την αξιοσημείωτη εμπλοκή, παρεγκεφαλίδας- ανάγνωσης υποστήριξαν και οι Fullbright και συνεργάτες (1999).

Ανάγεται λοιπόν το συμπέρασμα πως βλάβες ή ελλείμματα παρεγκεφαλιδικά και συνεπώς η μη τυπική λειτουργία της παρεγκεφαλίδας, μπορούν να επηρεάσουν την απόδοση

στην διεργασία της ανάγνωσης, αλλά και να ερμηνεύσουν τους διαφορετικούς βαθμούς επιρροής ανάλογα με την διαταραχή που παρουσιάζεται (Βλάχος, 2010). Παρόλα αυτά η άποψη πως το παρεγκεφαλιδικό έλλειμμα δεν είναι εφικτό να συνιστά την βασική αιτία της διαταραχής της δυσλεξίας βρίσκει ακόμα ανταπόκριση (Stoodley & Stein, 2011, 2013).

1.1.2.4 Μεγαλοκυτταρική θεωρία

Όπως αναλύθηκε παραπάνω και όπως υποστηρίζεται από το DSM-5 η δυσλεξία ως διαταραχή αντικατοπτρίζεται από ελλείμματα στην αναγνωστική και ορθογραφική ικανότητα. Η ανάγνωση ως διαδικασία σχετίζεται άμεσα με το οπτικό σύστημα, αφού απαιτεί την αποκωδικοποίηση των γραμμάτων που παρουσιάζονται ως οπτικά ερεθίσματα, αλλά και με το ακουστικό σύστημα, λόγω της αντιστοιχίας του κάθε φωνήματος με τον αντίστοιχο ήχο στην περίπτωση της ηχηρής ανάγνωσης. Για τα ζητήματα στην αναγνωστική δεξιότητα που παρουσιάζουν τα άτομα με δυσλεξία έχουν ενοχοποιηθεί οι δυσκολίες στην οπτική αλλά και ακουστική αλληλουχία σε μια λέξη (Stein and Walsh, 1997; Vidyasagar and Pammer, 2010). Οι δυσκολίες αυτές είναι αποτέλεσμα μειωμένης ανάπτυξης των μεγαλοκυτταρικών συστημάτων του εγκεφάλου (Stein, 2019). Βιβλιογραφικά, γίνεται λόγος και για την αδυναμία των ατόμων με δυσλεξία να επιδείξουν ταυτοχρόνως προσοχή οπτικά αλλά και ακουστικά (Gabrieli and Norton, 2012; Harrar et al., 2014; Ruffino et al., 2014).

Το ακουστικό μεγαλοκυτταρικό σύστημα κατέχει καθοριστικό ρόλο στην ακριβή αλληλουχία των ήχων στο πλαίσιο μιας λέξης (Stein, 2019). Αυτή η αλληλουχία ήχων θέτει ως προϋπόθεση τον εντοπισμό των αλλαγών στην ένταση, τη συχνότητα αυτών αλλά και την ανάκληση της σειράς εμφάνισής τους, τομέας στον οποίο τα άτομα με δυσλεξία παρουσιάζουν ελαττωμένη ευαισθησία (Colling et al., 2017; Kraus et al., 1996; McAnally and Stein, 1996b; Menell et al., 1999). Από την άλλη πλευρά, το οπτικό σύστημα μπορεί να διαχωριστεί στη μεγαλοκυτταρική και τη μικροκυτταρική οδό (Stein, 2001), καθεμία από τις οποίες φέρει έναν διαφοροποιητικό ρόλο.

Οι πρώτοι που αναφέρθηκαν στο μεγαλοκυτταρικό έλλειμμα ήταν οι Bowling, Badcock και Blackwood το 1980, ωστόσο η ευρεία αποδοχή επήλθε το 1991 με την δημοσίευση των αποτελεσμάτων δυο ερευνών που πραγματοποίησαν οι Livingstone και συνεργάτες.

Το αδύναμο μεγαλοκυτταρικό σύστημα προκαλεί ποικιλία ζητημάτων που αποτελούν αιτιολογία των δυσκολιών που χαρακτηρίζουν τη δυσλεξία. Ειδικότερα, συσχετίζεται με

μειωμένη αντίληψη της οπτικής κίνησης, ασταθή οπτική προσοχή, ελαττωμένο έλεγχο κίνησης σύγκλισης ματιών και ανακρίβεια των σακκαδικών κινήσεων. Αναλυτικότερα:

Η ελαττωμένη ικανότητα αντίληψης της οπτικής κίνησης (Ray et al., 2005) μπορεί να αξιολογηθεί με «κινηματογραφήματα τυχαίας κουκκίδας» (Britten et al., 1992). Η τεχνική αυτή ουσιαστικά πειραματίζεται με το πλήθος των κουκκίδων που θα παρουσιαστούν να κινούνται ομαδικά και η αξιολόγηση της ευαισθησίας εντοπισμού εξαρτάται από την ποσότητα των κουκκίδων που θα χρειαστούν ώστε το άτομο να παρατηρήσει την πραγματοποιούμενη κίνηση. Μέσα από την αναφερόμενη διαδικασία παρατηρήθηκε πως κατά κανόνα τα άτομα με δυσλεξία χρειάστηκαν αξιοσημείωτα μεγαλύτερο αριθμό στιγμάτων για να κατορθώσουν την αντίληψη της κίνησης (Cornelissen et al., 1995; Downie et al., 2003; Gori et al., 2015a; Hill and Raymond, 2002).

Η ασταθέστερη οπτική προσοχή οφείλεται και αυτή στο εξασθενημένο μεγαλοκυτταρικό σύστημα. Η συνθήκη αυτή, προκαλεί την αίσθηση πως τα οπτικά ερεθίσματα, στην περίπτωση ενός γραπτού κειμένου τα γράμματα και οι λέξεις που αυτά συνθέτουν, κινούνται. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται μέσω της έκφρασης αυτής της δυσκολίας από άτομα με δυσλεξία (Singleton and Trotter, 2005; Harries et al., 2015; Singleton and Henderson, 2007).

Προκειμένου να είναι ένα άτομο σε θέση να εστιάσει και να αναγνώσει ένα κείμενο, ακόμη και σε απόσταση τριάντα εκατοστών, θα πρέπει να προηγηθεί σύγκλιση των ματιών του. Το μεγαλοκυτταρικό σύστημα έχει δυναμικό ρόλο στον έλεγχο της διαδικασίας αυτής (Mowforth et al., 1981). Η ασταθής σύγκλιση που εντοπίζεται στα άτομα με ελλείμματα ανάγνωσης (Bucci et al., 2007; Fowler and Stein, 1983; Liversedge et al., 2006), έχει ως αποτέλεσμα το αίσθημα διπλωπίας, δηλαδή το αίσθημα της διπλής όρασης. Σε πολλές περιπτώσεις, παρακολουθώντας έναν στόχο, τα άτομα με δυσλεξία τείνουν να υπολείπονται αυτού. Λόγω της συνθήκης αυτής σημειώνεται μεγαλύτερος αριθμός σακκαδικών κινήσεων (Adler Grinberg and Stark, 1978; Eden et al., 1994) η ακρίβεια των οποίων είναι ελαττωμένη ακόμα και χωρίς να διενεργείται αναγνωστική διαδικασία (Biscaldi and Fischer, 2000) κειμένου ή οποιασδήποτε άλλης ακολουθίας (Stein and Fowler, 1981).

Ωστόσο, έχει καταστεί σαφές πως η μεγαλοκυτταρική αδυναμία δεν είναι απαραίτητο να εντοπιστεί σε κάθε άτομο με διάγνωση δυσλεξίας, ενώ επισημαίνεται πως δεν μπορεί το έλλειμμα αυτό να αποτελέσει τη μοναδική αιτιολογία της διαταραχής (Skoyles and Skottun, 2004).

1.2 Διαγνωστικά Κριτήρια και κλινικό Προφίλ

Η εννοιολογική αποσαφήνιση και η παρουσίαση των βασικών θεωρητικών προσεγγίσεων της Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής (Δυσλεξία), συνιστούν απαραίτητο υπόβαθρο για την κατανόηση της διαταραχής, καθώς εξηγούν την αιτιολογία και εμβαθύνουν στην ευρύτερη έννοια της διαταραχής. Ωστόσο, για την εφαρμογή στο κλινικό αλλά και εκπαιδευτικό πλαίσιο, η ύπαρξη συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων που συμβάλλουν στην αναγνώριση και τεκμηρίωση της Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής, κρίνεται απαραίτητη. Τα κριτήρια αυτά παρέχονται από έγκυρα και ευρέως διαδεδομένα διαγνωστικά εργαλεία, με κυριότερο το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5), το οποίο είναι εργαλείο ταξινόμησης και διάγνωσης της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA). Η σαφής και τεκμηριωμένη διάγνωση, διευκολύνει τη διαφοροδιάγνωση από άλλες γλωσσικές διαταραχές, και συμβάλλει στην στοχευμένη σχεδίαση παρεμβατικών στρατηγικών που θα υποστηρίξουν και θα βελτιώσουν την μετέπειτα ακαδημαϊκή και ψυχοκοινωνική πρόοδο του παιδιού.

1.2.1. Διαγνωστικά Κριτήρια

Σύμφωνα με το DSM-5, τα διαγνωστικά κριτήρια της Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής διαμορφώνονται γύρω από τέσσερις βασικούς άξονες, με το κριτήριο Α να αποτελεί το θεμέλιο για την αρχική ανίχνευση της διαταραχής. Συγκεκριμένα, το κριτήριο Α, επικεντρώνεται στην ύπαρξη επίμονων δυσκολιών μάθησης και χρήσης ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, που επιμένουν επί τουλάχιστον έξι μήνες, παρά την εφαρμογή στοχευμένων σε αυτές τις δυσκολίες, παρεμβάσεων. Η καταγραφή αυτών των δυσκολιών βασίζεται σε συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως η ανακριβής ή αργή ανάγνωση λέξεων, οι δυσκολίες στην ορθογραφία και την αριθμητική σκέψη, τα οποία επηρεάζουν την εκπαιδευτική επίδοση και σχετίζονται με την ηλικία και τις ικανότητες του παιδιού.

1.2.1.1. Διαγνωστικό Κριτήριο Α

1.2.1.1.1 Υποκριτήριο Α

Το πρώτο υποκριτήριο του Κριτηρίου Α, όπως ορίζεται στο DSM-5 για την Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (Δυσλεξία), αναφέρεται στις δυσκολίες στην ακρίβεια, την ταχύτητα

και την ευχέρεια ανάγνωσης λέξεων. Τα συμπτώματα, τα οποία ανιχνεύονται στα παιδιά με δυσλεξία, αποτελούν, οι δυσκολίες στην ανάγνωση μεμονωμένων λέξεων, που εκδηλώνονται μέσω λανθασμένης εκφοράς, αργού και διστακτικού ρυθμού. Επιπλέον παρατηρείται, συχνή εικασία των λέξεων, χωρίς σωστή φωνολογική αποκωδικοποίηση.

Οι δυσκολίες αυτές σχετίζονται άμεσα με ελλείμματα στη φωνολογική επίγνωση και στην ταχύτητα κατονομασίας, τα οποία αντιπροσωπεύουν βασικά γνωρίσματα της δυσλεξίας. Η φωνολογική επίγνωση, δηλαδή η ικανότητα του ατόμου, να αναγνωρίζει, να αντιλαμβάνεται και να επεξεργάζεται τους ήχους της γλώσσας, είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη αποτελεσματικής αποκωδικοποίησης κατά την ανάγνωση (Snowling & Hulme, 2012). Όταν αυτή η ικανότητα είναι ελλειμματική, αναμένεται να παρατηρηθούν γλωσσικά προβλήματα που αφορούν στην κατανόηση, το λεξιλόγιο και την ανάγνωση (Stackhouse & Wells, 1997, σ 68).

Σύμφωνα με τον Shaywitz και τους συνεργάτες του (2003), μέσω νευροαπεικονιστικών μελετών έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με δυσλεξία παρουσιάζουν μειωμένη ενεργοποίηση σε θεμελιώδεις περιοχές του αριστερού ημισφαιρίου του εγκεφάλου, όπως είναι η γωνιώδης έλικα και η άνω κροταφική αύλακα, περιοχές οι οποίες εμπλέκονται στη φωνολογική επεξεργασία και την ανάγνωση. Αυτή η νευρωνική διαφοροποίηση επεξηγεί τη δυσκολία των παιδιών με δυσλεξία να αποκωδικοποιήσουν με ακρίβεια λέξεις, ακόμη και σε πρώιμο αναγνωστικό επίπεδο.

Παράλληλα, οι Peterson και Pennington (2015) τονίζουν ότι η σταθμισμένη αξιολόγηση της αναγνωστικής ικανότητας μέσω δοκιμασιών λέξεων και ψευδολέξεων, αποτελεί βασικό εργαλείο στη διαγνωστική διαδικασία. Ειδικότερα, η παραμονή των δυσκολιών αυτών για διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών, παρά την παροχή κατάλληλων και στοχευμένων παρεμβάσεων, συνιστά απαραίτητο στοιχείο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής.

1.2.1.1.2 Υποκριτήριο Β

Το δεύτερο υποκριτήριο, εστιάζει στη δυσκολία της κατανόησης του νοήματος αυτού που διαβάζεται, όπως παρουσιάζεται στο DSM-5. Πρόκειται για παιδιά, τα οποία παρουσιάζουν δυσκολία στην κατανόηση του νοήματος, την αλληλουχία των γεγονότων όπως επίσης και τις αφηρημένες έννοιες ενός κειμένου. Η αναγνωστική ευχέρεια συχνά δημιουργεί την ψευδαίσθηση κατανόησης, ειδικά στο σχολικό πλαίσιο. Σύμφωνα με τους Hogan & Thomson (2010, σ. 69), κατά τα πρώτα χρόνια του σχολείου, η ικανότητα αποκωδικοποίησης των

απλών λέξεων και εννοιών, πιθανόν αρκεί ούτως ώστε τα παιδιά να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις απλών λέξεων και αφηγήσεων. Αργότερα όμως, καθώς οι απαιτήσεις αυξάνονται και τα κείμενα γίνονται συντακτικά και σημασιολογικά πιο περίπλοκα, είναι αρκετά πιθανό, οι αδυναμίες τους να καθιστούν την ανάγνωση πιο προβληματική και ιδιαίτερα στον τομέα της κατανόησης.

Ο Catts et al. (2006), παραθέτουν ότι παιδιά με δυσκολία στην κατανόηση κειμένων, εμφανίζουν χαμηλές επιδόσεις σε προφορικές δοκιμασίες γλωσσικής κατανόησης, όπως για παράδειγμα στην εξαγωγή συμπερασμάτων ή στην κατανόηση χρονικών/αιτιακών σχέσεων. Τα δεδομένα αυτά, είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την ορθή διαφοροδιάγνωση, αφού μπορεί να συνδράμει στον εντοπισμό παιδιών με δυσκολία κατανόησης, χωρίς εμφανείς δυσκολίες στην αποκωδικοποίηση.

Η αξιολόγηση του υποκριτηρίου αυτού, πραγματοποιείται μέσω δοκιμασιών κατανόησης αναγνωστικών κειμένων, στις οποίες αξιολογούνται οι ικανότητες ανάκλησης πληροφοριών εξαγωγής νοήματος και κατανόησης συμπερασμάτων. Η παραμονή των δυσκολιών για τουλάχιστον έξι μήνες, παρά την παροχή κατάλληλων παρεμβάσεων, αποτελεί ένδειξη για πιθανή Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή.

1.2.1.1.3 Υποκριτήριο Γ

Το τρίτο υποκριτήριο, αναφέρεται στις δυσκολίες στην ορθογραφία, οι οποίες αποτελούν έναν από τους πιο χαρακτηριστικούς δείκτες των παιδιών με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή. Τα παιδιά με τέτοιου είδους δυσκολίες, παρουσιάζουν συστηματικά σφάλματα κατά τη γραφή λέξεων, καθιστώντας τα γραπτά τους δυσανάγνωστα και μη κατανοητά. Τα πιο συχνά λάθη που παρατηρούνται, περιλαμβάνουν την προσθήκη, παράλειψη ή αντικατάσταση φωνηέντων και συμφώνων, την αδυναμία εφαρμογής μορφολογικών κανόνων (για παράδειγμα καταλήξεις ρημάτων ή ουσιαστικών), καθώς και τη σύγχυση φωνητικά παρόμοιων γραφημάτων. Με γνώμονα τα παραπάνω λάθη, αντιλαμβανόμαστε την ύπαρξη ανεπαρκούς φωνολογικής επεξεργασίας και την αδυναμία σύνδεσης των φωνημάτων με τα αντίστοιχα γραφήματα.

Σύμφωνα με την έρευνα των Bourassa και Treiman (2003), η ορθογραφική ικανότητα βασίζεται τόσο στη φωνολογική επίγνωση όσο και στη μορφολογική ευαισθησία, δηλαδή την ικανότητα του παιδιού να κατανοεί και να χρησιμοποιεί τους μορφολογικούς κανόνες της γλώσσας. Επιπλέον, τα παιδιά με δυσλεξία παρουσιάζουν συχνά φτωχή ανάπτυξη των παραπάνω δεξιοτήτων, συνθήκη που δυσχεραίνει την αυτόματη και ορθή αναπαραγωγή των

λέξεων σε γραπτό λόγο (Treiman, 2018). Η διαγνωστική τεκμηρίωση βασίζεται, μεταξύ άλλων, στην παρατήρηση των ορθογραφικών σφαλμάτων μέσα από σταθμισμένες δοκιμασίες ορθογραφίας, αναλύοντας τόσο την ακρίβεια όσο και την συχνότητα των λαθών.

1.2.1.1.4 Υποκριτήριο Δ

Το τέταρτο υποκριτήριο, κατά το DSM-5, περιγράφει μαθητές οι οποίοι αντιμετωπίζουν επίμονες δυσκολίες με τη γραπτή έκφραση, παρουσιάζοντας αδυναμία στην οργάνωση και διατύπωση των γραπτών σκέψεων. Οι γραπτές εκφράσεις αυτών των παιδιών έχουν έλλειψη συνοχής και σαφήνειας, με αρκετές ασάφειες, καθώς μπορεί να κάνουν πολλαπλά γραμματικά λάθη ή λάθη στίξης μέσα στις προτάσεις. Επίσης, έχουν αδυναμία στην οργάνωση παραγράφων, στη γραπτή έκφραση ιδεών και στερούνται σαφήνειας. Επιπλέον, η μορφολογική επεξεργασία, όπως είναι η χρήση καταλήξεων, χρόνων και πτώσεων, είναι συχνά ελλιπής, με αποτέλεσμα συντακτικά φτωχά και δυσνόητα γραπτά.

Οι αδυναμίες αυτές των παιδιών, σχετίζονται με περιορισμούς στην εκτελεστική λειτουργία, την οπτικοχωρική μνήμη και τη γλωσσική διατύπωση. Σύμφωνα με τον Wagner et al. (2011) η γραπτή έκφραση είναι μία πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί συντονισμό πολλών δεξιοτήτων, όπως είναι η ανάκληση πληροφοριών, η γλωσσική ροή και η σύνθεση του λόγου. Επιπρόσθετα, η γραπτή έκφραση βασίζεται στις ίδιες γλωσσικές δομές που χρησιμοποιούνται για την κατανόηση και την παραγωγή του προφορικού λόγου. Επομένως, όταν αυτές οι δομές παρουσιάζουν αδυναμίες, επηρεάζεται συνολικά η παραγωγική ικανότητα του παιδιού.

1.2.1.1.5 Υποκριτήριο Ε

Το πέμπτο υποκριτήριο, διατυπώνει τις δυσκολίες στην απόκτηση και εφαρμογή βασικών αριθμητικών γνώσεων και δεξιοτήτων, οι οποίες είναι συχνές σε παιδιά με συμπτώματα της Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής που σχετίζεται με τον τομέα των μαθηματικών, γνωστή ως δυσαριθμησία.

Τα παιδιά που εμπίπτουν σε αυτό το κριτήριο, εμφανίζουν δυσκολία στην κατάκτηση της αίσθησης των αριθμών, στα δεδομένα των αριθμών και τον υπολογισμό τους. Επιπλέον, παρουσιάζουν ανεπάρκεια στην κατανόηση των αριθμών, των σχέσεων μεγέθους και των βασικών αριθμητικών πράξεων. Συχνά, δεν ανακαλούν αυτόματα βασικά αριθμητικά δεδομένα, όπως είναι η πρόσθεση μονοψήφιων αριθμών, αλλά στηρίζονται σε αναπτυξιακά πρώιμες στρατηγικές, όπως το μέτρημα στα δάχτυλα, σε αντίθεση με τις αναμενόμενες, για

την ηλικία τους, συμπεριφορές. Παράλληλα, μπορεί να χάσουν τον ειρμό της σκέψης τους, κατά τη διάρκεια ενός αριθμητικού υπολογισμού, να κάνουν λάθη στην σειρά των βημάτων ή ακόμα να εναλλάσσουν λανθασμένα τις μεθόδους επίλυσης προβλημάτων (Lafay et al., 2017).

Η δυσαριθμησία, συνδέεται συχνά με ελλείμματα σε βασικές γνωστικές λειτουργίες, όπως είναι η εργαζόμενη μνήμη, η οπτικοχωρική αντίληψη και η αίσθηση των αριθμών (number sense), που αποτελεί μια ουσιώδη ικανότητα για την αριθμητική μάθηση (Butterworth, 2005). Επιπλέον, οι δυσκολίες αυτές, φαίνεται να έχουν νευρολογική βάση, διότι μελέτες νευροαπεικόνισης έχουν δείξει μειωμένη δραστηριότητα στην ενδοβρεγματική αύλακα (intraparietal sulcus), περιοχή που εμπλέκεται στην αριθμητική επεξεργασία (Price et al., 2007).

Η αξιολόγηση των συγκεκριμένων δυσκολιών γίνεται μέσω τυποποιημένων μαθηματικών δοκιμασιών, που ελέγχουν την αυτόματη ανάκληση αριθμητικών δεδομένων, την εκτέλεση πράξεων, καθώς επίσης και την ικανότητα κατανόησης μαθηματικών εννοιών και προβλημάτων. Είναι, επίσης, σημαντικό να επισημανθεί ότι οι μαθηματικές δυσκολίες ενδέχεται να συνυπάρχουν με άλλες μορφές μαθησιακών διαταραχών, όπως η δυσλεξία, καθιστώντας με αυτό τον τρόπο αναγκαία τη συνολική αξιολόγηση του γνωστικού και μαθησιακού προφίλ του παιδιού (Geary, 2011).

Επιπλέον, η αντιμετώπιση δυσκολιών στην αντίληψη των μαθηματικών σχέσεων, εννοιών και κανόνων, έχουν ως αποτέλεσμα την παρουσία σημαντικών δυσκολιών στην επίλυση μαθηματικών προβλημάτων. Ακόμη, εκδηλώνουν ελλείμματα στην εφαρμογή μαθηματικών εννοιών, γεγονότων ή και διαδικασιών για την επίλυση ποσοτικών προβλημάτων. Μπορεί επίσης, να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην μετάφραση ενός προβλήματος σε αριθμητική πράξη, να μην αναγνωρίζουν ποια διαδικασία είναι κατάλληλη, ή να συγχέουν τα στάδια που απαιτούνται για την επίλυση του.

Αυτού του τύπου οι δυσκολίες, αφορούν πιο σύνθετες νοητικές διεργασίες, όπως αφαίρεση, αναλογίες, γεωμετρικές έννοιες, επίλυση προβλημάτων πολλαπλών βημάτων και λογικο-μαθηματική σκέψη. Επίσης, εμπλέκονται δεξιότητες όπως η εκτελεστική λειτουργία, η κατανόηση αφηρημένων εννοιών και η λογική ακολουθία.

Μελέτες έχουν παρουσιάσει ότι τα παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή στα μαθηματικά, παρουσιάζουν χαμηλή ικανότητα στη μαθηματική συλλογιστική, η οποία απαιτεί στοχευμένες παρεμβάσεις που ενισχύουν τη μαθηματική κατανόηση και την εφαρμογή στρατηγικών, προκειμένου να βελτιωθεί (Fuchs et al., 2008; Kroesbergen & Van Luit, 2003).

Η τυπική αξιολόγηση περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η επίλυση λεκτικών προβλημάτων, εφαρμογή γεωμετρικών εννοιών, υπολογισμούς με πολλαπλά βήματα και η χρήση αλγορίθμων. Η διαρκής αποτυχία στην κατανόηση και εφαρμογή αυτών των δεξιοτήτων, παρά την κατάλληλη παρεμβατική στρατηγική για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών, μπορεί να υποδηλώνει την παρουσία μαθησιακής διαταραχής.

1.2.1.2 Διαγνωστικό Κριτήριο Β

Το δεύτερο βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό για την Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή, σύμφωνα με το DSM-5, αφορά την σημαντική απόκλιση των επηρεαζόμενων ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, από το αναμενόμενο επίπεδο με γνώμονα την χρονολογική ηλικία του ατόμου. Συγκεκριμένα οι δυσκολίες που καταγράφονται στους βασικούς κορμούς μαθημάτων, όπως είναι η ανάγνωση, η γραπτή έκφραση και τα μαθηματικά, πρέπει να είναι κρίσιμης σημασίας, ώστε να παρεμποδίζουν την ακαδημαϊκή ή επαγγελματική επίδοση, καθώς και την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου.

Η αξιολόγηση του κριτηρίου δε βασίζεται αποκλειστικά στην άτυπη παρατήρηση της σχολικής επίδοσης, αλλά απαιτείται και η αξιολόγηση της δυσκολίας, η οποία τεκμηριώνεται μέσω σταθμισμένων εργαλείων μέτρησης ατομικής επίδοσης, σε συνδυασμό με μια ολοκληρωμένη κλινική αξιολόγηση. Οι επιδόσεις του ατόμου στις σχετικές δοκιμασίες, πρέπει να είναι ποσοτικά και ποιοτικά χαμηλότερες από τις αναμενόμενες, με βάση την ηλικία, το γνωστικό δυναμικό και τις ευκαιρίες μάθησης. Συνήθως, ως ενδεικτικό όριο, θεωρείται η επίδοση που βρίσκεται τουλάχιστον 1,5 τυπικές αποκλίσεις κάτω από τον μέσο όρο, το οποίο ωστόσο από μόνο του, δεν επαρκεί για τη διάγνωση (Peterson & Pennington, 2015).

Η διάγνωση είναι δυνατόν να τεκμηριωθεί ακόμη και σε περιπτώσεις στις οποίες η επίδοση βρίσκεται οριακά πάνω από τα ψυχομετρικά όρια, εφόσον υπάρχει τεκμηριωμένο ιστορικό δυσκολιών και οι δυσκολίες συνεχίζουν να επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ατόμου. Συγκεκριμένα για άτομα ηλικίας 17 ετών και άνω, επιτρέπεται η χρήση τεκμηριωμένου ιστορικού μαθησιακών δυσκολιών, αντικαθιστώντας μια τυποποιημένη αξιολόγηση (American Psychiatric Association, 2013). Η κατανόηση και τεκμηρίωση της πορείας της διαταραχής, με την πάροδο του χρόνου, συνεισφέρει στον σχεδιασμό εξατομικευμένων παρεμβάσεων με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας του παιδιού.

1.2.1.3. Διαγνωστικό Κριτήριο Γ

Το τρίτο διαγνωστικό κριτήριο για την Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή, όπως ορίζεται στο DSM-5, σχετίζεται με τη χρονική εκδήλωση των μαθησιακών δυσκολιών, με αφετηρία την παιδική ηλικία. Ειδικότερα, οι δυσκολίες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια των πρώτων σχολικών ετών, όταν το παιδί καλείται να αποκτήσει βασικές δεξιότητες ανάγνωσης, γραφής και μαθηματικής σκέψης. Ωστόσο, η εκδήλωση αυτών μπορεί να είναι σταδιακή και οι δυσκολίες να μην διακρίνονται πλήρως, μέχρι οι ακαδημαϊκές απαιτήσεις να αυξηθούν, υπερβαίνοντας τις περιορισμένες δεξιότητες του ατόμου.

Οι δεξιότητες που επηρεάζονται προκαλούν την εμφάνιση σημαντικών δυσκολιών στο άτομο, μπορεί να είναι η ανάγνωση μεγαλύτερων και πιο σύνθετων κειμένων, η σύνταξη εκτενών γραπτών εργασιών και η αντιμετώπιση χρονομετρημένων δοκιμασιών. Σύμφωνα με μελέτες, η αναγνώριση της Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής, ενδέχεται να υποστεί σημαντική καθυστέρηση, ιδιαίτερα σε παιδιά με μέτριες δυσκολίες ή σε μαθητές με υψηλό νοητικό δυναμικό, οι οποίοι επιστρατεύουν στρατηγικές αντιστάθμισης και καλύπτουν προσωρινά τις αδυναμίες τους (Sexton et al., 2012). Ωστόσο, καθώς η εκπαιδευτική ύλη γίνεται πιο απαιτητική, οι ελλείψεις αυτές γίνονται πιο εμφανείς. Το κριτήριο αυτό βοηθά στη διασφάλιση της αναπτυξιακής φύσης της διαταραχής, στοιχείο κρίσιμο για την ορθή διάγνωση (American Psychiatric Association, 2013).

Η τεκμηρίωση της πρώιμης έναρξης είναι βασικό στοιχείο κατά την κλινική αξιολόγηση και μπορεί να επιβεβαιωθεί μέσω της εκπαιδευτικής πορείας, των αναφορών των γονέων και εκπαιδευτικών, καθώς και παλαιότερων αξιολογήσεων ή αναπτυξιακών ιστορικών.

1.2.1.4. Διαγνωστικό Κριτήριο Δ

Το τέταρτο και τελευταίο διαγνωστικό κριτήριο, όπως ορίζεται στο DSM-5, επικεντρώνεται στην ανάγκη αποκλεισμού εναλλακτικών ερμηνειών, με στόχο την έγκυρη ερμηνεία των μαθησιακών δυσκολιών του ατόμου. Συγκεκριμένα, προϋποτίθεται ότι οι δυσκολίες αυτές δεν εξηγούνται επαρκώς από τις διανοητικές αναπηρίες, τη μη διορθωμένη οπτική, ακουστική οξύτητα, άλλες ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές (όπως για παράδειγμα η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, άγχος και επιληψία), ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες (π.χ. σοβαρή οικογενειακή δυσλειτουργία ή φτώχεια), έλλειψη γλωσσικής επάρκειας στη γλώσσα διδασκαλίας ή ανεπαρκή εκπαιδευτική υποστήριξη.

Η διαφορική διάγνωση αποτελεί κρίσιμο στάδιο της κλινικής διαδικασίας, καθώς διασφαλίζει ότι οι μαθησιακές δυσκολίες που παρατηρούνται απορρέουν από ενδογενείς νευροαναπτυξιακούς παράγοντες, και όχι από εξωτερικά αίτια. Η εφαρμογή αυτού του κριτηρίου απαιτεί πολυδιάστατη και ολιστική αξιολόγηση, η οποία περιλαμβάνει αναπτυξιακό ιστορικό, ανάλυση των σχολικών επιδόσεων, συνεντεύξεις με γονείς και εκπαιδευτικούς, καθώς και τη χρήση σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων.

Έρευνες υποστηρίζουν ότι, η ανεπαρκής εφαρμογή του τέταρτου κριτηρίου οδηγεί είτε σε υπερδιάγνωση (ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με γλωσσική ή πολιτισμική ετερογένεια), είτε σε υποδιάγνωση, με αποτέλεσμα να μην παρέχεται στους μαθητές η κατάλληλη υποστήριξη (Moll et al., 2014). Κατόπιν τούτου, η παρουσία συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές, όπως η ΔΕΠΥ ή το άγχος, δεν αποκλείει την ύπαρξη Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής, αλλά απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση, ώστε να διαπιστωθεί αν οι μαθησιακές δυσκολίες υφίστανται ανεξάρτητα ή ως συνέπεια των άλλων διαταραχών (Katusic et al., 2009).

1.2.2. Κλινικό Profile

Δεδομένου ότι, τα διαγνωστικά κριτήρια ορίζουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την αναγνώριση της Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής (ΕΜΔ), η κατανόηση του κλινικού προφίλ είναι εξίσου απαραίτητη για την ολιστική αποτύπωση των αναγκών του εκάστοτε ατόμου. Η κλινική εικόνα δεν περιορίζεται στις ακαδημαϊκές δυσκολίες, αλλά περιλαμβάνει γνωστικά, γλωσσικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, όπως χαμηλή φωνολογική επίγνωση, δυσκολία στην αυτοματοποίηση της ανάγνωσης, μειωμένη ορθογραφική ικανότητα, άγχος για το σχολείο και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Εντρυφώντας στη βιβλιογραφία, η ανάλυση αυτών των δεδομένων ενδυναμώνει τον σχεδιασμό εξατομικευμένων παρεμβάσεων που ανταποκρίνονται στις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε παιδιού.

1.2.2.1 Γνωστικά Χαρακτηριστικά

Η παρουσία συγκεκριμένων γνωστικών ελλειμμάτων, είναι ένα κοινό εύρημα σε παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή, ιδιαίτερα σε όσα εμφανίζουν προφίλ δυσλεξίας, και επηρεάζουν την ικανότητα των παιδιών, να αναπτύξουν αποτελεσματικές δεξιότητες ανάγνωσης και γραφής. Το πλέον τεκμηριωμένο γνωστικό έλλειμμα, αφορά τη φωνολογική επεξεργασία, και πιο συγκεκριμένα, στη φωνολογική επίγνωση, την ικανότητα, δηλαδή, να

αναγνωρίζει και να χειρίζεται, το άτομο, τους ήχους της ομιλούμενης γλώσσας (Snowling, 2000).

Ελλείμματα στη μνήμη εργασίας, και πιο συγκεκριμένα στη φωνολογική συνιστώσα της, καταγράφονται συστηματικά στον μαθητικό πληθυσμό με δυσλεξία. Η φωνολογική εργαζόμενη μνήμη, όπως περιγράφεται στο μοντέλο του Baddeley, περιλαμβάνει τον φωνολογικό βρόχο (phonological loop), ένα υποσύστημα υπεύθυνο για τη βραχυπρόθεσμη αποθήκευση και επεξεργασία ακουστικο-λεκτικών πληροφοριών. Η λειτουργία αυτή είναι καθοριστική για τη διατήρηση φωνολογικών ερεθισμάτων μέσω εσωτερικού επαναλαμβανόμενου μηχανισμού (articulatory rehearsal), και αποτελεί βασικό μηχανισμό υποστήριξης της ανάγνωσης και της ορθογραφίας. Σε παιδιά με δυσλεξία, το φωνολογικό κύκλωμα φαίνεται να υπολειτουργεί, με αποτέλεσμα τη δυσκολία στη συγκράτηση και νοητική επεξεργασία φωνολογικών μονάδων για μικρό χρονικό διάστημα. Αυτή η ανεπάρκεια επηρεάζει αρνητικά την κατανόηση και την οργάνωση του λόγου, τόσο σε προφορικές όσο και σε γραπτές μορφές (Swanson & Siegel, 2001; Baddeley, 2003). Η υπολειτουργία του φωνολογικού βρόχου θεωρείται ένα από τα πλέον σταθερά γνωστικά ελλείμματα που συνδέονται με την Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή με χαρακτηριστικά δυσλεξίας.

Άλλες γνωστικές δυσκολίες περιλαμβάνουν την αργή ταχύτητα ονομασίας (rapid automatized naming – RAN), δηλαδή την καθυστέρηση στην αυτόματη ανάκληση λεκτικών πληροφοριών, όπως γράμματα ή αριθμοί, όπως επίσης και την δυσκολία στην οπτική μνήμη και στην οπτική διάκριση, με αποτέλεσμα προβλήματα στην αναγνώριση λέξεων και γραμμάτων που μοιάζουν οπτικά. Τέλος, συμπεριλαμβάνεται και η αδυναμία μεταγλωσσικού συλλογισμού, δηλαδή η ικανότητα σκέψης γύρω από τη γλώσσα και τις δομές της. Η παρουσία αυτών των γνωστικών χαρακτηριστικών συνδέεται στενά με την αδυναμία ανάπτυξης αυτοματοποιημένων στρατηγικών ανάγνωσης, καθιστώντας τη διαδικασία αναγνωστικά και γνωστικά απαιτητική για το παιδί (Vellutino et al., 2004).

1.2.2.2. Γλωσσικά Χαρακτηριστικά

Τα γλωσσικά ελλείμματα αποτελούν τον πυρήνα της δυσλεξίας, με κυρίαρχο χαρακτηριστικό τη φωνολογική επίγνωση. Τα άτομα με δυσλεξία, στερούνται της ευχέρειας να αναγνωρίσουν και να χειριστούν τους ήχους της γλώσσας, γεγονός που επηρεάζει την ικανότητά τους στην ανάγνωση και τη γραφή. Οι κύριες γλωσσικές δεξιότητες τη φωνολογική επίγνωση, την ικανότητα αναγνώρισης και χειρισμού των ήχων της ομιλούμενης γλώσσας και είναι συχνά μειωμένη στους μαθητές με δυσλεξία. Αυτό το έλλειμμα επηρεάζει την ικανότητά τους να

αποκωδικοποιούν λέξεις κατά την ανάγνωση. Ένα πρόσθετο χαρακτηριστικό αφορά σε δυσκολίες στη φωνολογική αποκωδικοποίηση, προβλήματα δηλαδή, στην αντιστοίχιση γραμμάτων με τους ήχους, γεγονός που επηρεάζει την ακρίβεια και την ταχύτητα της ανάγνωσης. Επιπλέον, τα ορθογραφικά και γραμματικά λάθη, συχνά παρατηρούνται στην ορθογραφία και τη γραμματική, τα οποία οφείλονται σε ελλείμματα στην φωνολογική επεξεργασία και την αυτοματοποίηση των γλωσσικών κανόνων. Τελευταίο χαρακτηριστικό των γλωσσικών ελλειμμάτων, αποτελεί η αδυναμία στην κατανόηση κειμένων και στη γραπτή έκφραση, δηλαδή οι δυσκολίες στην αποκωδικοποίηση και την επεξεργασία της γλώσσας και επηρεάζουν την κατανόηση των κειμένων και την ικανότητα έκφρασης μέσω γραπτού λόγου.

1.2.2.3. Συναισθηματικά Χαρακτηριστικά

Η δυσλεξία δεν επηρεάζει μόνο τις γλωσσικές και ακαδημαϊκές δεξιότητες του παιδιού, αλλά έχει συχνά σημαντικές συναισθηματικές επιπτώσεις, οι οποίες εδραιώνονται ως επακόλουθες συνέπειες των επίμονων μαθησιακών δυσκολιών. (Livingston et al., 2018) Η χαμηλή επίδοση και η επαναλαμβανόμενη σχολική αποτυχία, είναι πιθανό να επηρεάσουν αρνητικά την αυτοεκτίμηση του παιδιού, να αυξήσουν τα επίπεδα σχολικού άγχους και να επιφέρουν συναισθηματικές δυσκολίες, όπως απογοήτευση, θλίψη και σε ορισμένες περιπτώσεις καταθλιπτικά ή αγχώδη συμπτώματα.

Σε μαθητές με δυσλεξία, αποτελεί συχνό φαινόμενο να εκδηλώνονται συναισθήματα όπως θυμός, απογοήτευση, ή ακόμα και αποστροφή προς το σχολείο. Επιπλέον, παρατηρούνται αισθήματα ανεπάρκειας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αρνητικής αυτοαντίληψης, αίσθημα απόρριψης από το σχολικό πλαίσιο, καθώς και εκδήλωση άγχους, ιδιαίτερα πριν από σχολικές δοκιμασίες που απαιτούν ανάγνωση και γραφή.

Η ερευνητική βιβλιογραφία υποστηρίζει έντονα τη σύνδεση της δυσλεξίας με αυξημένο ψυχολογικό φορτίο. Σύμφωνα με τους Mugnaini et al. (2009), τα παιδιά με δυσλεξία παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους χωρίς Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή. Αντίστοιχα, οι Undheim & Sund (2008) διαπίστωσαν ότι οι μαθησιακές δυσκολίες επηρεάζουν την αυτοαντίληψη και αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών δυσκολιών στην εφηβεία. Επιπλέον, οι Francis et al. (2019) σημειώνουν ότι η συστηματική αποτυχία στην ανάγνωση και τη γραφή σχετίζεται με την εκδήλωση έντονου σχολικού άγχους. Η αναγνώριση των συναισθηματικών επιπτώσεων της δυσλεξίας είναι καθοριστικής σημασίας

για την ολιστική υποστήριξη του παιδιού και την αποτροπή της δημιουργίας ενός φαύλου κύκλου αποτυχίας, απογοήτευσης και απομόνωσης.

1.2.2.4. Συμπεριφορικά Χαρακτηριστικά

Τα παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή και ιδιαίτερα με χαρακτηριστικά δυσλεξίας, συχνά εκδηλώνουν συμπεριφορικές αντιδράσεις που αντικατοπτρίζουν τις επίμονες δυσκολίες τους στο σχολικό περιβάλλον, όπως είναι η μη επίτευξη βασικών δεξιοτήτων, στην ανάγνωση και τη γραφή. Η αποτυχία ή η αίσθηση αδυναμίας που αισθάνονται, είναι πιθανό να προκαλέσουν συμπεριφορές όπως αντιδραστικότητα, εκρήξεις θυμού, παρορμητικότητα και αίσθηση αδυναμίας. Επιπλέον, τα παιδιά με δυσλεξία μπορεί να παρουσιάζουν συμπεριφορές αποφυγής, όπως άρνηση συμμετοχής σε δραστηριότητες που περιλαμβάνουν ανάγνωση ή γραπτή έκφραση, καθώς και μειωμένη επιμονή ή ταχεία εγκατάλειψη προσπαθειών όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν απαιτητικά γνωστικά έργα. Παράλληλα, δεν είναι ασυνήθιστη η εσωτερίκευση της δυσφορίας, η οποία εκδηλώνεται με κοινωνική απόσυρση, σιωπή στην τάξη ή ψυχοσωματικά συμπτώματα, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με αυξημένες μαθησιακές απαιτήσεις.

Σε σχετική μελέτη, οι Willcutt et al. (2005) επισημαίνουν την υψηλή συχνότητα συννοσηρότητας μεταξύ δυσλεξίας και διαταραχών προσοχής, καθιστώντας αναγκαία τη διαφοροδιάγνωση μέσω πολυδιάστατης αξιολόγησης. Οι συμπεριφορικές εκδηλώσεις, επομένως, αποτελούν σημαντική ένδειξη της επίδρασης της ΕΜΔ στην καθημερινή λειτουργικότητα του παιδιού και χρήζουν προσεκτικής ερμηνείας και διαχείρισης από το υποστηρικτικό πλαίσιο του σχολείου και της οικογένειας.

Η κατανόηση αυτών των συμπεριφορών στο πλαίσιο της πρωτογενούς μαθησιακής δυσκολίας και όχι ως ανεξάρτητων προβλημάτων συμπεριφοράς είναι καθοριστική για την ορθή παρέμβαση. Η πρόωπη αναγνώριση και η εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών υποστήριξης μπορούν να προλάβουν την παγίωση δυσλειτουργικών συμπεριφορικών μοτίβων και να ενισχύσουν τη σχολική ένταξη και την ψυχοκοινωνική ευημερία των παιδιών (Wolf, & Bowers, 1999).

Καταληκτικά, η Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (Δυσλεξία), αποτελεί μία σύνθετη νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία επιδρά κυρίως στην ανάγνωση, την ορθογραφία και τη γραπτή έκφραση και παραγωγή. Οι ορισμοί και οι ερμηνευτικές θεωρίες, συνθέτουν ένα πολυπαραγοντικό πλαίσιο αντίληψης της διαταραχής, αναδεικνύοντας την επιρροή γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην εμφάνισή της. Αντίστοιχα, τα διαγνωστικά

κριτήρια, όπως καταγράφονται στο DSM-5, στοχεύουν σε μία αξιόπιστη διαφοροδιάγνωση, καθώς παρέχουν ένα δομημένο μοντέλο αξιολόγησης που λαμβάνει υπόψη την επιμονή, τη σοβαρότητα και τη λειτουργική επίδραση των συμπτωμάτων. Τέλος, το κλινικό προφίλ παιδιών με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή, περιλαμβάνει χαρακτηριστικές δυσκολίες σε γνωστικό, γλωσσικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο, οι οποίες επηρεάζουν τη σχολική και κοινωνική επίδοση. Η ολιστική κατανόηση όλων των παραπάνω συνιστά θεμέλιο για την έγκαιρη αναγνώριση και την αποτελεσματική ενίσχυση των μαθητών, μέσα από στοχευμένες και εξατομικευμένες παρεμβάσεις.

2. Ο παράγοντας του stress

2.1 Εννοιολογικές και ερμηνευτικές προσεγγίσεις

Στην καθημερινότητα του σύγχρονου ανθρώπου, ο όρος «stress» έχει καθιερωθεί ως μια κοινή έννοια που σχετίζεται με το αίσθημα πίεσης, υπερφόρτωσης και άγχους που συνοδεύει τις απαιτήσεις της ζωής (Selye, 1976). Από τα απλά καθημερινά άγχη μέχρι τις πιο σύνθετες ψυχολογικές και κοινωνικές πιέσεις, το stress αναδύεται ως αναπόφευκτο μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Παρά την ευρεία χρήση του, η ακριβής φύση και έννοια του stress ποικίλει ανάλογα με το επιστημονικό πεδίο στο οποίο εξετάζεται. Εξετάζοντας τις βιολογικές, ψυχολογικές, ψυχοδυναμικές και κοινωνιολογικές διαστάσεις του, επιχειρείται να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο το stress προσλαμβάνεται, βιώνεται και εν τέλει επιδρά στη συμπεριφορά και την υγεία του ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984). Αυτή η ολιστική προσέγγιση αναδεικνύει τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα του stress, καθώς και τη σημασία της κατανόησής του υπό το πρίσμα ποικίλων επιστημονικών απόψεων, όχι μόνο σε επίπεδο θεωρητικής εννοιολόγησης, αλλά και σε επίπεδο πρακτικής εφαρμογής και κλινικής πράξης στον τομέα της ψυχικής και σωματικής υγείας.

2.1.1 Εννοιολογική Προσέγγιση του stress

Η έννοια του stress, όπως την αντιλαμβανόμαστε σήμερα, δεν υπήρχε ανέκαθεν με τη μορφή αυτή, αν και οι άνθρωποι αντιμετώπιζαν καταστάσεις που προκαλούσαν άγχος ή έντονη ψυχική πίεση. Ο Hans Selye (1956), Καναδός ενδοκρινολόγος αυστριακής καταγωγής, ήταν αυτός που στα μέσα του 20ού αιώνα εισήγαγε την έννοια του stress στην ιατρική και βιολογική επιστήμη. Ο Selye περιέγραψε το stress ως τη μη-ειδική αντίδραση του οργανισμού σε κάθε απαίτηση που του επιβάλλεται, διακρίνοντας τρία στάδια στην απόκριση του οργανισμού: συναγερμός, αντίσταση και εξάντληση.

Αν και η προσέγγιση του Selye ήταν καθαρά σε επίπεδο φυσιολογίας, σταδιακά η επιστήμη διεύρυνε το εννοιολογικό πλαίσιο του stress, εισάγοντας ψυχολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο Richard Lazarus (1966), μέσα από τη γνωστική του θεωρία, επεσήμανε πως το stress δεν προκαλείται απαραίτητα από το ίδιο το γεγονός, αλλά από το πώς το άτομο το ερμηνεύει. Με άλλα λόγια, το ίδιο ερέθισμα μπορεί να

εκληφθεί ως στρεσογόνο για έναν άνθρωπο και ως αδιάφορο για έναν άλλον, αναδεικνύοντας την υποκειμενικότητα στην εμπειρία του stress.

Στη σύγχρονη εποχή, το stress ορίζεται ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο επηρεάζει τον άνθρωπο σε πολλά επίπεδα. Περιλαμβάνει τη φυσιολογική διάσταση, όπου παρατηρείται ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και έκκριση ορμονών, όπως η κορτιζόλη και η αδρεναλίνη, ως απόκριση σε πιεστικά ερεθίσματα (Sapolsky, 2004). Παράλληλα, εμπλέκεται η ψυχολογική διάσταση, που αφορά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιδρά υποκειμενικά σε εσωτερικές ή εξωτερικές πιέσεις, επηρεάζοντας τα συναισθήματα και τη γνωστική του λειτουργία (Lazarus & Folkman, 1984). Τέλος, το stress εντάσσεται και στην κοινωνική διάσταση, καθώς σχετίζεται με τους κοινωνικούς ρόλους, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τις προσδοκίες που απορρέουν από το κοινωνικό περιβάλλον (Thoits, 2010). Οι τρεις αυτές διαστάσεις είναι αλληλοσυνδεδεμένες και καταδεικνύουν ότι το stress δεν αποτελεί απλώς μία μεμονωμένη σωματική ή ψυχική αντίδραση, αλλά ένα σύνθετο φαινόμενο που επηρεάζεται και διαμορφώνεται από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία έχει προταθεί μία σημαντική διάκριση όσον αφορά τα είδη του stress, τα οποία επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τη ζωή και την υγεία του ατόμου. Το οξύ stress είναι μια προσωρινή αντίδραση σε μια άμεση απειλή ή πρόκληση και συνήθως διαρκεί για μικρό χρονικό διάστημα. Μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική και συχνά χρήσιμη αντίδραση, καθώς προετοιμάζει το άτομο να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε επείγουσες καταστάσεις (American Psychological Association, 2023). Αντίθετα, το χρόνιο stress αναφέρεται σε μακροχρόνια έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως συνεχής εργασιακή πίεση ή προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, και μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για τη σωματική και ψυχική υγεία (McEwen, 2006). Παράλληλα, γίνεται διάκριση ανάμεσα σε θετικό και αρνητικό stress. Το «ευστρές» είναι το λεγόμενο «καλό» stress, το οποίο λειτουργεί ως παράγοντας κινητοποίησης και μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αποδώσει καλύτερα και να ανταποκριθεί με ενθουσιασμό σε προκλήσεις (Selye, 1974). Αντιθέτως, το «δυστρές» είναι το αρνητικό και παθολογικό stress, το οποίο συνδέεται με συναισθήματα κόπωσης, ανησυχίας, απογοήτευσης και άλλες αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινή λειτουργία και ποιότητα ζωής του ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984; Lu, Wei, & Li, 2021).

2.1.2 Ερμηνευτικές Προσεγγίσεις του stress

Η ερμηνευτική προσέγγιση του stress ως φαινόμενο έχει επιχειρηθεί από διάφορες επιστημονικές σχολές, καθεμία από τις οποίες φέρει τη δική της οπτική και μέθοδο

ανάλυσης. Παρακάτω εξετάζουμε τις σημαντικότερες ερμηνευτικές προσεγγίσεις του stress, που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα και συνεχίζουν να διαμορφώνουν τη σύγχρονη αντίληψη.

2.1.2.1 Η Βιολογική Προσέγγιση

Η βιολογική θεώρηση του stress εστιάζει κυρίως στις φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού απέναντι σε εξωτερικές ή εσωτερικές πιέσεις. Ο Hans Selye, από τη δεκαετία του 1950, θεωρείται ο θεμελιωτής αυτής της προσέγγισης, με την ανάπτυξη της θεωρίας της Γενικής Προσαρμοστικής Αντίδρασης (*General Adaptation Syndrome – GAS*) (Selye, 1956). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο οργανισμός αντιδρά με έναν τυποποιημένο και προβλέψιμο τρόπο σε κάθε είδος στρεσογόνου ερεθίσματος, μέσω τριών διαδοχικών σταδίων: το Στάδιο Συναγερμού, στο οποίο ενεργοποιείται η απόκριση «μάχης ή φυγής» (*fight or flight*) και απελευθερώνονται ορμόνες όπως η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη· το Στάδιο Αντίστασης, κατά το οποίο ο οργανισμός προσπαθεί να διατηρήσει την ομοιόσταση και να προσαρμοστεί στη στρεσογόνο κατάσταση· και το Στάδιο Εξαντλήσεως, στο οποίο, αν το stress παραμένει αδιάκοπο, οι βιολογικοί μηχανισμοί εξουθενώνονται, οδηγώντας σε βλάβες του ανοσοποιητικού συστήματος και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Παρόλο που η θεωρία του Selye αποτέλεσε τη βάση για τη βιολογική προσέγγιση του stress, σύγχρονες έρευνες έχουν αναδείξει ότι η αντίδραση του οργανισμού είναι περισσότερο πολύπλοκη, καθώς επηρεάζεται από παράγοντες όπως η γενετική προδιάθεση, το ιστορικό τραυμάτων και οι κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες (McEwen, 1998; Chrousos, 2009; Lu et al., 2021). Έτσι, η κατανόηση του stress σήμερα απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση, που ενσωματώνει βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

2.1.2.2 Η Γνωστική-Συμπεριφορική Προσέγγιση

Η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση του stress, όπως αναπτύχθηκε από τον Richard Lazarus (1966), εστιάζει στην υποκειμενική αντίληψη του ατόμου και στον τρόπο με τον οποίο αξιολογεί τα εξωτερικά γεγονότα. Σύμφωνα με τη θεωρία της γνωστικής αξιολόγησης (*cognitive appraisal theory*), το stress δεν προκαλείται αυτόματα από τις εξωτερικές συνθήκες, αλλά από την ερμηνεία που δίνει το άτομο σε αυτές. Ο Lazarus υποστήριξε ότι το stress προκύπτει όταν ένα άτομο αξιολογεί μια κατάσταση ως απειλητική για την ευημερία

του και ταυτόχρονα θεωρεί ότι δεν διαθέτει τους απαραίτητους πόρους για να την αντιμετωπίσει αποτελεσματικά (Lazarus & Folkman, 1984). Η διαδικασία της αξιολόγησης περιλαμβάνει δύο στάδια: την πρωτογενή αξιολόγηση, κατά την οποία το άτομο κρίνει αν η κατάσταση είναι αβλαβής, ουδέτερη ή απειλητική, και τη δευτερογενή αξιολόγηση, κατά την οποία το άτομο εκτιμά τις διαθέσιμες στρατηγικές και πόρους για την αντιμετώπιση της απειλής. Αυτό το μοντέλο εξηγεί γιατί δύο άτομα μπορεί να βιώσουν την ίδια κατάσταση με τελείως διαφορετικό τρόπο: ενώ το ένα μπορεί να αγχωθεί έντονα, το άλλο να μην επηρεαστεί καθόλου, λόγω των διαφορών στην ερμηνεία και την αξιολόγηση του γεγονότος. Η θεωρία του Lazarus ανέδειξε τη σημασία της υποκειμενικής εμπειρίας και των γνωστικών διεργασιών στην κατανόηση του stress, προσφέροντας τη βάση για πολλές παρεμβάσεις στο πλαίσιο της ψυχολογικής υποστήριξης και της θεραπείας.

2.1.2.3 Η Ψυχοδυναμική Προσέγγιση

Η ψυχοδυναμική θεωρία του stress έχει τις ρίζες της στις εργασίες του Sigmund Freud και των διαδόχων του, οι οποίοι υποστήριζαν ότι το stress προκαλείται από εσωτερικές συγκρούσεις που σχετίζονται με καταπιεσμένες επιθυμίες, ανάγκες ή αναμνήσεις (Freud, 1917). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, το άτομο προσπαθεί να διαχειριστεί το άγχος μέσω μηχανισμών άμυνας, όπως η καταστολή, η άρνηση και η προβολή, οι οποίοι, αν και προστατευτικοί σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο, ενδέχεται να προκαλέσουν ψυχικές και συναισθηματικές εντάσεις όταν δεν είναι επαρκείς ή υγιείς (Anna Freud, 1936). Η ψυχοδυναμική προσέγγιση υπογραμμίζει ότι το άτομο μπορεί να εκδηλώσει stress όταν ασυνείδητα συναισθηματικά ζητήματα αναδύονται στην επιφάνεια, δημιουργώντας συναισθηματική ανισορροπία και καταστάσεις άγχους. Η ψυχική υγεία και η συναισθηματική ευημερία αναγνωρίζονται ως θεμελιώδη στοιχεία στην πρόληψη του stress, καθώς η συναισθηματική ανθεκτικότητα μπορεί να βοηθήσει το άτομο να διαχειριστεί τις εσωτερικές συγκρούσεις και να αποτρέψει την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών (McWilliams, 2011).

2.1.2.4 Η Κοινωνιολογική Προσέγγιση

Η κοινωνιολογική προσέγγιση του stress εστιάζει στους κοινωνικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την αντίληψη και τις αντιδράσεις του ατόμου απέναντι στο stress. Από αυτή

την οπτική, το stress δεν μπορεί να απομονωθεί από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται το άτομο (Pearlin, 1981). Οι κοινωνικές ανισότητες, οι κοινωνικοί ρόλοι και οι προσδοκίες που επιβάλλονται από την κοινωνία ασκούν σημαντική επιρροή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει και αντιλαμβάνεται το stress (Thoits, 1995). Η θεωρία του κοινωνικού stress, όπως αναπτύχθηκε από τον Leonard Pearlin (1981), εξηγεί πώς οι κοινωνικές συνθήκες (π.χ., φτώχεια, ανεργία, κοινωνικές ανισότητες) αυξάνουν την ευαλωτότητα των ατόμων στο stress, κάνοντάς τα πιο επιρρεπή σε ψυχικές και σωματικές διαταραχές. Επιπλέον, η θεωρία αναφέρεται στους κοινωνικούς ρόλους που επιβάλλονται στο άτομο (όπως οι οικογενειακοί και επαγγελματικοί ρόλοι) και στις κοινωνικές προσδοκίες, οι οποίες ενδέχεται να δημιουργούν περαιτέρω πιέσεις και εντάσεις στην καθημερινότητα (Cohen & Wills, 1985).

2.1.3 Μέθοδοι Αξιολόγησης του stress

Η αξιολόγηση του stress είναι καθοριστική για την κατανόηση των επιπτώσεών του στην ανθρώπινη υγεία και λειτουργία. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι εκτίμησης του stress, οι οποίες διαφέρουν ανάλογα με την προσέγγιση που ακολουθείται.

2.1.3.1 Βιολογικές Μέθοδοι

Οι βιολογικές μέθοδοι περιλαμβάνουν τη μέτρηση των βιολογικών δεικτών του stress, όπως η κορτιζόλη στο σάλιο ή στο αίμα, η καρδιαγγειακή αντίδραση (π.χ. αυξημένη πίεση ή καρδιακή συχνότητα), και η θερμοκρασία του σώματος. Αυτές οι μέθοδοι είναι χρήσιμες για την αντικειμενική εκτίμηση της φυσιολογικής αντίδρασης του οργανισμού στο stress. Οι μετρήσεις της κορτιζόλης, για παράδειγμα, θεωρούνται αξιόπιστος δείκτης της αντίδρασης του οργανισμού στο stress, καθώς η κορτιζόλη είναι μια ορμόνη που εκκρίνεται από τα επινεφρίδια ως απάντηση σε στρεσογόνες καταστάσεις (Sapolsky, 2004).

2.1.3.2 Ψυχομετρικές Κλίμακες

Από την άλλη, οι ψυχομετρικές κλίμακες, όπως η Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), επιτρέπουν την εκτίμηση του stress από την υποκειμενική

εμπειρία του ατόμου. Οι κλίμακες αυτές περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με το πόσο συχνά το άτομο βιώνει συναισθήματα άγχους, ανησυχίας ή έντασης, και παρέχουν μια γενική εικόνα της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου. Η PSS, για παράδειγμα, αξιολογεί την αντιληπτή ένταση του άγχους, βασιζόμενη στην ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται τις πιέσεις της καθημερινότητας (Cohen et al., 1983).

Από την ανάλυση των διαφόρων ερμηνευτικών προσεγγίσεων του stress γίνεται σαφές ότι το stress είναι ένα πολυδιάστατο και πολύπλοκο φαινόμενο, το οποίο επηρεάζει την ανθρώπινη ζωή σε ψυχολογικό, βιολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Η κατανόηση των διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων μας επιτρέπει να κατανοήσουμε καλύτερα τις αιτίες του stress, καθώς και τις συνέπειες που μπορεί να έχει για την υγεία και τη συμπεριφορά του ατόμου.

Συνολικά, η μελέτη του stress απαιτεί μια ολοκληρωμένη και διεπιστημονική προσέγγιση που να συνδυάζει τη βιολογία, την ψυχολογία και τις κοινωνικές επιστήμες, προκειμένου να αναπτυχθούν στρατηγικές για την αποτελεσματική διαχείρισή του και την προώθηση της ευημερίας του ατόμου.

2.2 Αντιλαμβανόμενο stress

Το αντιλαμβανόμενο stress (*perceived stress*) αναφέρεται στη υποκειμενική εμπειρία του ατόμου, η οποία σχετίζεται με την αίσθηση ότι δεν έχει τον απαραίτητο έλεγχο ή τους πόρους για να ανταποκριθεί σε απαιτητικές ή απειλητικές καταστάσεις της καθημερινότητας (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Αν και το stress έχει μελετηθεί εκτενώς ως βιολογικό φαινόμενο, η υποκειμενική διάστασή του θεωρείται πλέον κρίσιμη, καθώς καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου και τις επιπτώσεις στην υγεία του (Lazarus & Folkman, 1984). Επιπλέον, πρόσφατες μελέτες σε παιδιά δείχνουν ότι η έννοια του αντιλαμβανόμενου stress έχει διαφορετικές εκφάνσεις ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα, επισημαίνοντας την ανάγκη για ηλικιακά ευαίσθητες αξιολογήσεις και παρεμβάσεις (Davis & Soistmann, 2022). Η αναγνώριση ότι το stress εξαρτάται περισσότερο από την προσωπική ερμηνεία παρά από τις αντικειμενικές συνθήκες, έχει ενισχύσει την ανάγκη για πιο εστιασμένες ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις. Η μελέτη του αντιλαμβανόμενου stress εντάσσεται σε έναν ευρύτερο επιστημονικό διάλογο που εξετάζει την αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Taylor & Stanton, 2007). Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αξιολογούν και διαχειρίζονται καταστάσεις

άγχους είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και παρέμβασης. Τέτοιες στρατηγικές μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής, να ενισχύσουν την ψυχική ανθεκτικότητα και να προάγουν τη συνολική ευημερία του ατόμου.

2.2.1 Εννοιολογική Ανάλυση του Αντιλαμβανόμενου stress

Ο όρος αντιλαμβανόμενο stress αναφέρεται στην προσωπική αντίληψη του ατόμου για την πίεση ή την απειλή που αισθάνεται απέναντι σε καταστάσεις της ζωής του. Αν και το stress μπορεί να προκύψει από εξωτερικούς παράγοντες, όπως ένα δύσκολο εργασιακό περιβάλλον ή κοινωνικές πιέσεις, ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται αυτές τις καταστάσεις είναι κρίσιμος για την ένταση και τις συνέπειες του stress (Cohen et al., 1983). Η έννοια αυτή περιλαμβάνει τόσο τις σωματικές όσο και τις ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου.

Το αντιλαμβανόμενο stress είναι ουσιαστικά το αποτέλεσμα μιας γνωστικής αξιολόγησης: το άτομο αξιολογεί κατά πόσο μια κατάσταση είναι επικίνδυνη ή απαιτητική και κατά πόσο έχει τους απαιτούμενους πόρους για να την αντιμετωπίσει (Lazarus & Folkman, 1984). Αυτή η γνωστική αξιολόγηση περιλαμβάνει δύο βασικές φάσεις: την πρωτογενή αξιολόγηση, όπου το άτομο κατανοεί αν η κατάσταση είναι απειλητική ή όχι, και τη δευτερογενή αξιολόγηση, όπου εξετάζει τους διαθέσιμους πόρους για την αντιμετώπισή της (Lazarus & Folkman, 1984).

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι το αντιλαμβανόμενο stress δεν αφορά μόνο καταστάσεις που προκαλούν άμεσο κίνδυνο ή δυσκολία, αλλά και καταστάσεις που προκαλούν αβεβαιότητα ή αίσθηση αδυναμίας ελέγχου (Cohen et al., 1983). Για παράδειγμα, η αναμονή για αποτελέσματα μιας σημαντικής εξέτασης ή η συνεχής αίσθηση ότι οι επαγγελματικές απαιτήσεις είναι υπερβολικές, μπορούν να προκαλέσουν υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου stress, ακόμα και αν δεν υπάρχει άμεση απειλή.

2.2.2 Θεωρητική Βάση του Αντιλαμβανόμενου stress

Οι θεωρητικές βάσεις του αντιλαμβανόμενου stress εδράζονται σε σημαντικές ψυχολογικές θεωρίες, οι οποίες αναλύουν τον τρόπο που οι άνθρωποι αξιολογούν και αντιδρούν στο stress.

2.2.2.1 Θεωρία της Γνωστικής Αξιολόγησης (Lazarus & Folkman, 1984)

Η θεωρία της γνωστικής αξιολόγησης του Lazarus και της Folkman (1984) είναι θεμελιώδης για την κατανόηση του αντιλαμβανόμενου stress. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, το άτομο δεν ανταποκρίνεται μόνο στις εξωτερικές πιέσεις ή καταστάσεις, αλλά επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπική του αντίληψη και αξιολόγηση αυτών των καταστάσεων. Όταν το άτομο θεωρεί ότι η κατάσταση είναι απειλητική και δεν διαθέτει τους κατάλληλους πόρους για να την αντιμετωπίσει, το επίπεδο stress αυξάνεται. Αντίθετα, αν το άτομο έχει την αίσθηση ότι μπορεί να χειριστεί την κατάσταση ή ότι η απειλή δεν είναι σοβαρή, το stress μειώνεται.

2.2.2.2 Θεωρία του Βιολογικού stress (Selye, 1956)

Η θεωρία του Selye (1956), αν και επικεντρώνεται κυρίως στην αντίδραση του οργανισμού στο stress, προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για την κατανόηση του αντιλαμβανόμενου stress. Σύμφωνα με τον Selye, το σώμα αντιδρά σε στρεσογόνους παράγοντες μέσω της απελευθέρωσης ορμονών όπως η κορτιζόλη και η αδρεναλίνη, οι οποίες ενεργοποιούν την «μάχη ή φυγή» αντίδραση. Η θεωρία αυτή δείχνει ότι το αντιλαμβανόμενο stress μπορεί να έχει σοβαρές φυσιολογικές επιπτώσεις, εφόσον προκαλεί την αυξημένη παραγωγή αυτών των ορμονών και την ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

2.2.2.3 Θεωρία Διαχείρισης του stress (Rachmad, 2022)

Η θεωρία διαχείρισης του stress του Rachmad (2022) τονίζει ότι η αποτελεσματική διαχείριση βασίζεται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτορρύθμισης και αυτογνωσίας, με έμφαση στην προσαρμοστική σκέψη, την ενσυνειδητότητα και τη χρήση υποστηρικτικών μηχανισμών. Η θεωρία αυτή ενσωματώνει στοιχεία από τη γνωστική και συμπεριφορική ψυχολογία, επισημαίνοντας τη σημασία της εσωτερικής ισορροπίας για την ψυχοσωματική υγεία.

2.2.3 Στρατηγικές Αντιμετώπισης και Κοινωνική Υποστήριξη

Η θεωρία της αντιμετώπισης stress (coping) αναπτύχθηκε από τους Lazarus και Folkman (1984) και υπογραμμίζει τη σημασία των στρατηγικών που χρησιμοποιούν τα άτομα για να

διαχειριστούν το άγχος τους. Οι στρατηγικές αυτές διακρίνονται σε προσανατολισμένες στην επίλυση προβλήματος (π.χ., λήψη μέτρων για την επίλυση της αιτίας του stress) και προσανατολισμένες στην συναισθηματική ρύθμιση (π.χ., αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων). Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί έναν βασικό παράγοντα για τη διαχείριση του stress. Είναι αξιοσημείωτο ότι η κοινωνική υποστήριξη δεν λειτουργεί μόνο ως προστατευτικός παράγοντας, αλλά και ως μηχανισμός που επηρεάζει έμμεσα την ψυχική υγεία μέσω της μείωσης του αντιλαμβανόμενου stress. Όπως διαπιστώνεται από τον Acoba (2024), το αντιλαμβανόμενο stress λειτουργεί ως διαμεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της ψυχικής υγείας, ενισχύοντας έτσι τη σημασία των κοινωνικών σχέσεων στην πρόληψη ψυχολογικών δυσκολιών. Τα άτομα που διαθέτουν ισχυρά δίκτυα υποστήριξης (οικογένεια, φίλοι, κοινωνικές ομάδες) είναι σε θέση να μειώνουν τα αρνητικά αποτελέσματα του stress, καθώς η υποστήριξη μπορεί να προσφέρει συναισθηματική ανακούφιση και πρακτική βοήθεια (Cohen & Wills, 1985).

2.2.4 Αντίκτυποι του Αντιλαμβανόμενου stress στην Υγεία

Οι συνέπειες του αντιλαμβανόμενου stress στην υγεία είναι εκτεταμένες και πολυδιάστατες. Οι επιπτώσεις αυτές επηρεάζουν τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική υγεία του ατόμου.

2.2.4.1 Ψυχικές Επιπτώσεις

Το αντιλαμβανόμενο stress είναι συχνά συνδεδεμένο με την εμφάνιση ή την επιδείνωση ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και το άγχος γενικότερα. Οι άνθρωποι που βιώνουν υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου stress μπορεί να παρουσιάσουν καταθλιπτική διάθεση, αυξημένη ευερεθιστότητα και μειωμένη διάθεση, γεγονός που επηρεάζει την καθημερινότητά τους και τη λειτουργικότητά τους στο κοινωνικό και επαγγελματικό πεδίο.

2.2.4.2 Σωματικές Επιπτώσεις

Το αντιλαμβανόμενο stress έχει επίσης σημαντικές σωματικές συνέπειες. Η συνεχής ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και η αύξηση της κορτιζόλης μπορεί να

οδηγήσει σε διάφορα σωματικά προβλήματα, όπως η υπέρταση, η καρδιοπάθεια, οι διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος, και η μείωση της γονιμότητας. Οι μακροχρόνιες συνέπειες του stress μπορούν επίσης να συνδέονται με το αυξημένο ρίσκο για χρόνιες ασθένειες, όπως η διαβήτης και η παχυσαρκία.

2.2.5 Στρατηγικές Διαχείρισης του Αντιλαμβανόμενου stress

Η διαχείριση του αντιλαμβανόμενου stress είναι κρίσιμη για την ευημερία του ατόμου και περιλαμβάνει διάφορες στρατηγικές που βοηθούν στην ανακούφιση των επιπτώσεων του άγχους και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας. Μία από τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές είναι η άσκηση και η σωματική δραστηριότητα, καθώς η τακτική άσκηση ενισχύει την παραγωγή ενδορφινών, οι οποίες λειτουργούν ως φυσικά αναλγητικά και συμβάλλουν στη μείωση του stress (Thompson, 2009). Επίσης, η διαλογιστική πρακτική και οι τεχνικές χαλάρωσης, όπως η Mindfulness, προσφέρουν σημαντικά οφέλη στη μείωση των επιπέδων άγχους, βελτιώνοντας τη συναισθηματική ευημερία και την ψυχική υγεία (Kabat-Zinn, 1990). Επιπλέον, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) αποδεικνύεται εξαιρετικά αποτελεσματική στην αλλαγή των αρνητικών σκέψεων και την ανάπτυξη υγιεινών στρατηγικών αντιμετώπισης του stress (Hofmann et al., 2012). Αυτές οι στρατηγικές, μέσω της ενίσχυσης των ψυχολογικών μηχανισμών του ατόμου, συμβάλλουν στην καλύτερη διαχείριση του αντιλαμβανόμενου stress και την πρόληψη των αρνητικών συνεπειών του.

Σύμφωνα με τη Θεωρία Διαχείρισης του stress του Rachmad (2022), η διαχείριση του stress βασίζεται στην κατανόηση της φύσης του stress, στον εντοπισμό των παραγόντων που το προκαλούν και στην εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων για τη ρύθμιση των γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων. Η θεωρία αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της αυτογνωσίας, της προσαρμοστικότητας και της ενεργητικής επίλυσης προβλημάτων ως βασικών στοιχείων για την αποτελεσματική διαχείριση του stress. Αυτές οι στρατηγικές, μέσω της ενίσχυσης των ψυχολογικών μηχανισμών του ατόμου, συμβάλλουν στην καλύτερη διαχείριση του αντιλαμβανόμενου stress και την πρόληψη των αρνητικών συνεπειών του.

Καταληκτικά, το αντιλαμβανόμενο stress είναι μια σύνθετη έννοια που αφορά στη βιωματική αντίληψη του ατόμου για την πίεση και τις δυσκολίες της ζωής. Η κατανόηση των θεωρητικών βάσεων, των παραγόντων που το επηρεάζουν και των στρατηγικών διαχείρισης μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη μείωση του άγχους και την

προώθηση της ψυχικής και σωματικής υγείας. Ειδικά σε έναν κόσμο γεμάτο από απαιτήσεις και πιέσεις, η ικανότητα διαχείρισης του stress αποτελεί ένα κρίσιμο εργαλείο για την ευημερία του ατόμου και την κοινωνική του λειτουργικότητα. Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι η έννοια αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία κατά την παιδική ηλικία και σε περιβάλλοντα με αυξημένες κοινωνικές πιέσεις, καθιστώντας αναγκαία την ανάπτυξη στοχευμένων υποστηρικτικών παρεμβάσεων (Davis & Soistmann, 2022; Acoba, 2024).

2.3 Διαγνωστικά Κριτήρια

Η εμπειρισματομένη κλινική αξιολόγηση του stress, ιδιαίτερα όταν η εμφάνιση του χαρακτηρίζεται από υψηλή ένταση και μεγάλη διάρκεια, επιβαρύνοντας την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, στηρίζεται σε δομημένα διαγνωστικά εργαλεία και ευκρινείς κλινικές κατευθυντήριες γραμμές (American Psychiatric Association, 2013). Το stress αποτελεί βασικό πυρήνα σε ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών, που εντάσσονται στην κατηγορία των "Trauma- and Stressor-Related Disorders" του DSM-5. Σε αυτή διακρίνονται διαταραχές όπως η Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους, η Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους, η Διαταραχή Πανικού, η Αγοραφοβία και η Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, ανάλογα με τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά της αντιδραστικότητας (Stein et al., 2015).

2.3.1. Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους

Οι άνθρωποι που πάσχουν από διαταραχή γενικευμένου άγχους (ΔΓΑ), ζουν σε μία διαρκή κατάσταση άγχους, χρόνιας έντασης και διάχυτης ταραχής, την οποία δεν μπορούν να ελέγξουν (Barlow, 2002). Η ΔΓΑ αποτελεί μια από τις συχνότερες διαταραχές άγχους στην παιδική ηλικία (Kowalchuk et al., 2022). Επιπλέον, η διαταραχή γενικευμένου άγχους συχνά συνυπάρχει με άλλες διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των μαθησιακών δυσκολιών όπως η δυσλεξία, καθώς τα παιδιά με δυσλεξία παρουσιάζουν αυξημένο άγχος λόγω των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν στην ανάγνωση και τη γραφή (Nelson et al., 2016). Σύμφωνα με το DSM-5, η ανησυχία πρέπει να εκδηλώνεται τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον έξι μήνες, να αφορά διαφορετικά συμβάντα ή δραστηριότητες και να βιώνεται από το άτομο ως δύσκολα ελεγχόμενη.

Η ΔΓΑ τείνει να είναι χρόνια και όπως αναφέρεται στο DSM-5, το άγχος και η ανησυχία συνοδεύονται από ένα τουλάχιστον στοιχείο που μπορεί να είναι ανησυχία, νευρική, κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, ακόμα και διαταραχές

ύπνου (δυσκολία να αποκοιμηθεί, να διατηρήσει τον ύπνο του ή ανήσυχος και μη ικανοποιητικός ύπνος). Τα παραπάνω συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία, έκπτωση στους κοινωνικούς, σχολικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας. Επιπλέον, η διαταραχή δεν πρέπει να αποδίδεται σε σωματικές επιδράσεις μιας ουσίας, όπως φάρμακα, σε άλλη ιατρική πάθηση ή σε ψυχική διαταραχή. Η εμπειριστατωμένη κατανόηση των διαγνωστικών κριτηρίων της ΔΓΑ και η λεπτομερής αναγνώριση αυτών των συμπτωμάτων είναι καθοριστικής σημασίας για την έγκαιρη διάγνωση και την εφαρμογή κατάλληλων θεραπευτικών στρατηγικών (Kowalchuk et al., 2022).

2.3.2. Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Κοινωνική Φοβία)

Η Κοινωνική Φοβία ή Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους, είναι μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από έντονους φόβους επικείμενης αμηχανίας ή άγχους σε μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις (όπως ομιλία ενώπιον κοινού, φαγητό ή γράψιμο σε δημόσιο χώρο). Αυτός ο φόβος εστιάζει στην πιθανότητα να ενεργήσει ή να επιδείξει συμπτώματα άγχους που θα οδηγήσουν σε ταπείνωση ή απόρριψη. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (DSM-5), τα διαγνωστικά κριτήρια για αυτή τη διαταραχή στην παιδική ηλικία περιλαμβάνουν έντονο φόβο ή άγχος σε πλαίσια συναναστροφής με συνομηλίκους, όπως σχολικές ή κοινωνικές καταστάσεις που αφορούν την ανάγνωση και την γραφή. Επιπλέον, το παιδί φαίνεται να αποφεύγει κοινωνικές καταστάσεις ή τις υπομένει με άγχος και φόβο τα οποία εκδηλώνονται με κλάμα, έκρηξη θυμού, πάγωμα των αντιδράσεων, προσκόλληση σε οικεία πρόσωπα. Τα συμπτώματα αυτά είναι δυσανάλογα με την πραγματική απειλή, επιμένουν 6 μήνες ή και περισσότερο και προκαλούν έκπτωση της λειτουργικότητας του παιδιού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ακόμα και επιδείνωση των μαθησιακών δυσκολιών (Harvey et al., 2005; Ruscio et al., 2008).

2.3.3. Διαταραχή Πανικού

Η Διαταραχή Πανικού όπως ορίζεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (DSM-5), χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση επαναλαμβανόμενων και απροσδόκητων κρίσεων πανικού, που συχνά φαίνεται να είναι

αναίτιες. Η κρίση πανικού αποτελεί μία αιφνίδια εκδήλωση έντονου φόβου ή δυσφορίας που κορυφώνεται μέσα σε λίγα λεπτά και συνοδεύεται από τέσσερα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα, τα οποία είναι έντονος καρδιακός ρυθμός, ταχυκαρδία, εφίδρωση, σωματικές ενοχλήσεις όπως πονοκεφάλους και κοιλιακούς πόνους, αίσθημα πνιγμονής ή δύσπνοια, πόνος, ναυτία, αίσθημα ζαλάδας, ρίγη, παραισθήσεις και αίσθημα κόπωσης. Επιπλέον, τα παιδιά με δυσλεξία ενδέχεται να δυσκολεύονται να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να περιγράψουν τα συμπτώματά τους, γεγονός που καθιστά τη διάγνωση πιο περίπλοκη. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά μπορούν να επιδεινώσουν τις μαθησιακές δυσκολίες και να επηρεάσουν αρνητικά την ακαδημαϊκή και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού (Mugnaini et al., 2009).

2.3.4. Αγοραφοβία

Η αγοραφοβία αποτελεί μία κατάσταση κατά την οποία τα άτομα φοβούνται ή αποφεύγουν καταστάσεις που η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη και μπορεί να επιφέρουν κρίσεις πανικού. Στα παιδιά, εκδηλώνεται συχνά με άρνηση να εγκαταλείψουν το σπίτι, να πάνε στο σχολείο ή να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες εκτός της οικείας τους ζώνης. Η αγοραφοβία μπορεί να υπάρχει με ή χωρίς ιστορικό κρίσεων πανικού. (Mugnaini et al., 2009)

2.3.5. Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

Η Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού είναι μια ψυχική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έντονο και δυσανάλογο φόβο ή άγχος σχετικά με τον αποχωρισμό από πρόσωπα με τα οποία το άτομο έχει ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς, όπως οι γονείς ή οι κύριοι φροντιστές. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (DSM-5), τα διαγνωστικά κριτήρια για αυτή τη διαταραχή περιλαμβάνουν την επαναλαμβανόμενη υπερβολική δυσφορία όταν το άτομο αναμένει ή βιώνει αποχωρισμό από το σπίτι ή από κύριες φιγούρες προσκόλλησης όπως και επίμονη και υπερβολική ανησυχία για την απώλεια ή πιθανή βλάβη των κύριων φιγούρων προσκόλλησης, όπως ασθένεια, τραυματισμός, καταστροφές ή θάνατος. Επιπλέον, εμφανίζει επίμονη απροθυμία ή άρνηση να βγει από το σπίτι, να πάει στο σχολείο, ή αλλού λόγω φόβου αποχωρισμού και επαναλαμβανόμενα σωματικά συμπτώματα (π.χ., πονοκέφαλοι, στομαχόπονοι, ναυτία, έμετος) όταν συμβαίνει ή αναμένεται αποχωρισμός από τις κύριες φιγούρες προσκόλλησης.

Σε παιδιά με δυσλεξία, η Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού μπορεί να εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα. Έρευνες έχουν δείξει ότι παιδιά με δυσλεξία παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, συμπεριλαμβανομένου του άγχους αποχωρισμού, σε σύγκριση με συνομηλίκους τους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη ευαισθησία τους σε καταστάσεις που σχετίζονται με την απόδοση και την κοινωνική αποδοχή, καθώς και στην εμπειρία αποτυχιών στο σχολικό περιβάλλον, που ενισχύουν την ανάγκη για ασφάλεια και σταθερότητα που παρέχουν οι κύριες φιγούρες προσκόλλησης (Kargiotidis, Manolitsis, 2023).

2.4 Διαγνωστικά Εργαλεία

Τόσο το άγχος όσο και οι διαταραχές άγχους δεν είναι σπάνιες καταστάσεις στην παιδική ή εφηβική ηλικία. Σε όλες αυτές τις διαταραχές παρατηρείται επίμονη ανησυχία για γεγονότα του παρόντος ή του μέλλοντος και τα συμπτώματα αυτών εκδηλώνονται τόσο συμπεριφορικά, όσο και γνωστικά και βιοσωματικά. Πιο αναλυτικά, συμπεριφορικά εκδηλώνονται με αντιδράσεις αποφυγής ή διαφυγής, γνωστικά μέσω αρνητικής αυτοαξιολόγησης ή παρερμηνευση γεγονότων ως απειλητικά και βιοσωματικά μέσω αύξησης του καρδιακού παλμού, του ρυθμού αναπνοής κ.ά. (Μπεζεβέγκης, 2021).

Λόγω της υψηλής συχνότητας των διαταραχών άγχους παραγωγικά προκύπτει η σημαντικότητα της διάγνωσης τους. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται συνολικά μέσω της συνέντευξης μεταξύ κλινικού και εξεταζόμενου, μέσω παρατήρησης αλλά και με την χρήση διαγνωστικών εργαλείων και μεθόδων, ανάμεσα τους και τα ερωτηματολόγια, τα οποία συνεισφέρουν στην ουσιαστικότερη κατανόηση της φύσης του εκάστοτε ζητήματος (Μπεζεβέγκης, 2021).

2.4.1 Ερωτηματολόγια

Παρακάτω παρατίθενται ενδεικτικά, τρία ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιούνται ως διαγνωστικά εργαλεία για τον παράγοντα του άγχους και έχουν σταθμιστεί και στην Ελληνική γλώσσα.

2.4.1.1 Ερωτηματολόγιο ιδιοσυγκρασιακού-περιστασιακού άγχους για παιδιά-
State-Trait Anxiety Inventory for Children- STAIC

Το ερωτηματολόγιο STAIC (Spielberger, 1973) ,το οποίο έχει σταθμιστεί και στην Ελληνική γλώσσα(Psychountaki et al., 2003) βασίζεται στην αυτοαναφορά, χρησιμοποιείται σε παιδιά δημοτικού σχολείου και αναφέρεται σε χαρακτηριστικά και καταστάσεις που διακατέχονται από το άγχος. Πιο συγκεκριμένα, το STAIC απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 9 έως 12 ετών, ωστόσο το όριο αυτό μεταβάλλεται αναλογικά με τις ικανότητες στον τομέα της ανάγνωσης (Spielberger et al., 1973). Επισημάνθηκε, πως η αξιοποίηση του σε παιδιά μικρής ηλικίας και σε άτομα με ελλείμματα στην ομιλία και το γραπτό λόγο, καθίσταται δύσκολη καθώς και πως λόγω του εκτενούς χρόνου που δεσμεύει η ολοκλήρωση του περιορίζεται η κλινική του χρήση (Al-Yateem & Brenner, 2017).

Συνολικά περιλαμβάνει 40 ερωτήσεις οι οποίες χωρίζονται ισομερώς σε δύο ομάδες, καθεμία από τις οποίες πραγματεύεται κάτι διαφορετικό. Η μια ομάδα καλεί τα παιδιά να καταγράψουν τα συναισθήματα τους βασισμένα σε μια συγκεκριμένη συνθήκη, δηλαδή αξιολογεί το άγχος κατάστασης (STAIC-S), ενώ η δεύτερη ομάδα ρωτά για το πώς αισθάνονται γενικά, δηλαδή αξιολογεί το άγχος χαρακτηριστικών (STAIC-T). Ωστόσο, τόσο το άγχος κατάστασης, όσο και το άγχος χαρακτηριστικών διαφοροποιούνται με βάση το χρόνο, τη συνθήκη και το πλαίσιο (Stallings & March, 1995).

Για κάθε ερώτηση, η βαθμολογία μετράται με τη χρήση μιας κλίμακας 3 βαθμών με βάση τη μέθοδο Likert (Spielberger & Edwards, 1973), δηλαδή με άλλα λόγια δίνονται 3 πιθανές απαντήσεις. Η βαθμολογία που μπορεί να συγκεντρωθεί ανά κλίμακα έχει ελάχιστη τιμή το 20 και μέγιστη το 60 (Psychountaki et al., 2003).

Το συγκεκριμένο διαγνωστικό εργαλείο έχει υπογραμμιστεί πως παρουσιάζει σημαντική συνέπεια και σε καταστάσεις επανεξέτασης, καθώς είναι αξιόπιστο τόσο σε τυπικά (Spielberger, 1973) όσο και με συναισθηματικές διαταραχές παιδιά (Finch, Montgomery & Deardorff, 1974(b). Μάλιστα, το αναλυόμενο εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί τόσο για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας άλλων κλιμάκων (π.χ., Nunn, 1988; Nunn, Parish, & Worthing, 1983; Reynolds, 1980; Silverman, Fleisig, Rabian, & Peterson, 1991), όσο και για την αξιολόγηση παραμέτρων του άγχους (π.χ., Alpert-Gillis, 1990; Finch, Blount, Saylor, & Wolfe, 1988; Fisher, Allen, & Kose, 1996; Hodges, 1990; Houston, Fox, & Forbes, 1984; Kane & Kendall, 1989).

Διαθέσιμη είναι και μια σύντομη μορφή της αναλυόμενης κλίμακας, το S-STAI (Marteau & Bekker, 1992; Nilsson, Buchholz, & Thunberg, 2012), η οποία φαίνεται να επιτρέπει την χορήγηση της και σε παιδιά μόλις 5 ετών (Apell, Paradi, Kokinsky, & Nilsson, 2011; Nilsson, Enskar, Hallqvist, & Kokinsky, 2013) , με χαμηλότερη απόδοση σε παιδιά

μικρότερα από 6 έτη λόγω γλωσσικών περιορισμών. Παρόλα αυτά η αξιοπιστία του ως εργαλείο μέτρησης δεν έχει τεκμηριωθεί (Al-Yateem & Brenner, 2017).

2.4.1.2 Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version

Το ερωτηματολόγιο Bar-On Emotional Quotient Inventory : Youth Version έχει δημιουργηθεί από τους Bar-On και Parker το 2000. Σύμφωνα με τις πληροφορίες που δίνονται στο εγχειρίδιο χρήσης του (Bar-On & Parker, 1999), το εν λόγω ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους μεταξύ των ηλικιών 7 και 18 ετών, είναι εργαλείο αυτοαξιολόγησης και σχεδιάστηκε για τη μέτρηση του EQ, δηλαδή Emotional Intelligence, κοινώς τη συναισθηματική νοημοσύνη των ατόμων.

Όπως πρότεινε η C. Shuler (2004), το αναλυθέν ερωτηματολόγιο αξιολογεί ταυτοχρόνως δύο υποκατηγορίες. Η μια είναι η συναισθηματική νοημοσύνη με βάση το μοντέλο ικανοτήτων των Mayer και λοιποί (2000) και η δεύτερη είναι η επάρκεια που παρουσιάζουν τα άτομα τόσο συναισθηματικά όσο και σε κοινωνικό πλαίσιο (Bar-On, 2000).

Η μορφή του ερωτηματολογίου ουσιαστικά δίνει στο άτομο στο οποίο χορηγείται 4 πιθανές απαντήσεις για κάθε δοθέν στοιχείο, από τις οποίες θα πρέπει να επιλέξει μια. Πιο συγκεκριμένα οι δοθείσες απαντήσεις είναι: «Δεν ισχύει ή σπάνια ισχύει», «Λίγο ή μερικές φορές αλήθεια», «Κάπως ή συχνά αληθές» και «Πολύ αληθές». Ο τρόπος με τον οποίο σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο επιτρέπει την αναλογική αντιστοιχία βαθμολογίας-συναισθηματικής νοημοσύνης. Με άλλα λόγια, οι υψηλές βαθμολογίες υποδεικνύουν υψηλό δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης.

Ως προς τον χρόνο χορήγησης, η διαδικασία διαρκεί 20 με 25 λεπτά. Ωστόσο, υπάρχει διαθέσιμη και η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου[EQ-i:YV (S)] η οποία δεσμεύει χρονικά 10 με 15 λεπτά. Η εκτεταμένη μορφή του Bar-On EQ-i:YV περιλαμβάνει 60 στοιχεία, ενώ η σύντομη έκδοση του περιλαμβάνει 30 στοιχεία (Bar-On & Parker, 1999).

Το ερωτηματολόγιο ουσιαστικά βασίζεται σε 7 κλίμακες στις οποίες χωρίζονται τα στοιχεία που δίνονται, οι οποίες σύμφωνα με τους Bar-On & Parker (2000) είναι οι ακόλουθες: 1) Ενδοπροσωπικότητα, 2) Διαπροσωπικότητα, 3) Προσαρμοστικότητα, 4) Έλεγχος του άγχους, 5) Συνολική Συναισθηματική Νοημοσύνη, 6) Γενική διάθεση και 7) Θετική εντύπωση.

Με βάση το εγχειρίδιο χρήσης του ερωτηματολογίου(Bar-On & Parker, 1999) υπογραμμίζεται πως δεν συνίσταται η χρήση του σε άτομα που: (α) δεν μπορούν ή αρνούνται να δώσουν απαντήσεις βασισμένες στην αλήθεια και (β) σε παιδιά και εφήβους τα οποία

έχουν ζητήματα αποπροσανατολισμού ή λειτουργικές διαταραχές. Επιπλέον, τονίζεται πως σε άτομα τα οποία δεν έχουν την δυνατότητα ανάγνωσης, ο χορηγητής θα πρέπει να διαβάσει τα δοθέντα στοιχεία δυνατά.

2.4.1.3 Κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας- CD-RISC , The Connor-Davidson Resilience Scales

Σύμφωνα με τους Connor και Davidson (2003) το CD-RISC αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης το οποίο μετρά την ανθεκτικότητα και βασίζεται σε χρονική περίοδο 30 ημερών, δηλαδή ενός μήνα. Με άλλα λόγια, το άτομο το οποίο συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο καλείται να απαντά με βάση τα αισθήματα του τον τελευταίο μήνα (Connor & Davidson, 2003). Ως κλίμακα περιλαμβάνει 25 στοιχεία το καθένα από τα οποία έχει 5 πιθανές απαντήσεις (Connor & Davidson, 2003). Οι απαντήσεις που δίνονται βαθμολογούνται με 0 έως 4 και υπάρχει η ακόλουθη αντιστοιχία: 0) καθόλου αληθές, 1) σπάνια αληθές, 2) μερικές φορές αληθές, 3) συχνά αληθές και 4) αληθές σχεδόν όλες τις φορές. Μάλιστα, η βαθμολογία έχει αναλογική συσχέτιση με τον βαθμό ανθεκτικότητας (Connor & Davidson, 2003). Η μικρότερη βαθμολογία που μπορεί να σημειώσει ένα άτομο είναι 0 και η μεγαλύτερη 100 (Connor & Davidson, 2003).

Οι Connor και Davidson, διακρίβωσαν πως τα στοιχεία τα οποία περιλαμβάνονται στην κλίμακα διανέμονται σε πέντε παράγοντες (Connor & Davidson, 2003). Οι παράγοντες περιλαμβάνουν αντίστοιχα: παράγοντας 1) πρότυπα επιμονής και ικανότητας (8 από τα 25 στοιχεία), παράγοντας 2) διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων, εμπιστοσύνη ενστίκτων και θετικά στοιχεία του αντιληπτού stress (7 από τα 25 στοιχεία), παράγοντας 3) θετική αντιμετώπιση στις μεταβολές και ασφάλεια διαπροσωπικών σχέσεων (5 από τα 25 στοιχεία), παράγοντας 4) αντίληψη ύπαρξης ελέγχου (3 από τα 25 στοιχεία) και παράγοντας 5) πνευματικότητα (2 από τα 25 στοιχεία) (Velickovic et al, 2020).

Οι Tsigkaropoulou και λοιποί το 2018 πραγματοποίησαν μια έρευνα με αριθμό δείγματος 546 άτομα, εκ των οποίων τα 244 ήταν υγιή και τα 302 ήταν ψυχιατρικά ασθενείς και επιβεβαιώθηκε η αξιοπιστία αλλά και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου αυτού ως μέτρο ανθεκτικότητας.

Το CD-RISC ως εργαλείο δημιουργήθηκε για να εξυπηρετεί 3 βασικούς άξονες. Ο πρώτος είναι η μέτρηση της ανθεκτικότητας, όπως προαναφέρθηκε, ο δεύτερος η παροχή μέσων τιμών για τον παράγοντα αυτό και τρίτον για να μπορέσει να αξιολογηθεί εάν και

κατά πόσο η θεραπεία με χρήση φαρμάκων έχει τη δυνατότητα να μεταβάλλει τον παράγοντα αυτό (Connor & Davidson, 2003).

Προκειμένου να συσταθεί η αναλυόμενη κλίμακα έχουν συνδυαστεί στοιχεία από ποικιλία πηγών (Connor & Davidson, 2003). Ειδικότερα, έχουν παρθεί σημαντικές ιδέες και πληροφορίες από:

→ τον Kobasa, σε σχέση με τη δόμηση ανθεκτικότητας (Kobasa, 1979)

→ τον Lyons (1991), σε σχέση με την ικανότητα υπομονής άγχους ή πόνου,

→ τον Shackleton, ο οποίος έχοντας χαρακτηριστικά ανθεκτικότητας μπόρεσε να καταφέρει επιζώντες σε αποστολή στην Ανταρκτική το 1912 (Alexander, 1998) η οποία είχε μηδαμινές πιθανότητες επιβίωσης και τέλος,

→ τον Rutter (1985) ο οποίος προσέφερε στοιχεία σχετικά με την αυτοεκτίμηση του ατόμου, την προσαρμοστικότητα, την αντιμετώπιση του άγχους χρησιμοποιώντας χιούμορ, επιρροή από προηγούμενες επιτυχίες κ.ά. (Connor & Davidson, 2003).

Υπάρχουν διαθέσιμες και συνοπτικές εκδοχές του συγκεκριμένου διαγνωστικού εργαλείου. Πιο συγκεκριμένα, το CD-RISC10 (Campbell-Sill & Stein, 2007) αλλά και το CD-RISC2 (Vaishnavi, Connor & Davidson, 2007), οι οποίες περιλαμβάνουν λιγότερα ερωτήματα συγκριτικά με την εκτενή έκδοση. Επιπλέον, υπάρχει και το CD-RISC25 είναι μια ακόμα σύντομη παραλλαγή στην οποία δίνονται στοιχεία από το 0 έως το 4, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω.

Ως προς τους παράγοντες επιρροής, υπάρχει διαφωνία σχετικά με το βαθμό ανθεκτικότητας ανάλογα με το φύλο του ατόμου, αφού κάποιои υποστήριξαν πως οι άνδρες υπερτερούν ως προς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό (Yu et al., 2011; Campbell-Sills, Forde & Stein, 2009), ενώ άλλοι υποστήριξαν πως δεν εντοπίζεται διαφορά (Karairmak, 2010; Connor & Davidson, 2003). Ανάλογη συμφωνία υπάρχει και ως προς την οικογενειακή κατάσταση, αφού οι υπάρχοντες τόσο υπέρμαχοι της άποψης πως δεν έχει κάποια συσχέτιση με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό (Connor & Davidson, 2003), όσο και υπέρμαχοι ευρημάτων πως η χηρεία επηρεάζει αρνητικά (Campbell-Sills, Forde & Stein, 2009). Οι τελευταίοι, υποστήριξαν επίσης τη θετική επίδραση της εκπαίδευσης αλλά και της ηλικίας ως προς την ανθεκτικότητα (Campbell-Sills, Forde & Stein, 2009). Ωστόσο, στον παράγοντα της ηλικίας υπάρχουν και πάλι αντιμαχόμενες απόψεις, αφού έχει αναφερθεί και αρνητική (Yu et al., 2011) αλλά και απουσία συσχέτισης (Connor & Davidson, 2003).

3. Εκδήλωση stress σε περιπτώσεις παιδιών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές

3.1 Εκδήλωση stress σε περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠΥ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) είναι η συχνότερη νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας και από τις πιο γνωστές χρόνιες παθήσεις που επιδρούν σε παιδιά σχολικής ηλικίας (American Psychiatric Association, 2013). Με βάση την αναθεωρημένη έκδοση του DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (APA, 2013) η ΔΕΠ-Υ ως διαταραχή έχει τρεις υποτύπους, οι οποίοι διακρίνονται ανάλογα με την έκταση των χαρακτηριστικών που επικρατούν σε κάθε άτομο. Πιο συγκεκριμένα, έχουν καταγραφεί οι ακόλουθες κατηγορίες:

- Τύπος ελλειμματικής προσοχής
- Τύπος υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας
- Συνδυασμένος τύπος

Η αναλυόμενη διαταραχή, ανήκει στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές κατά το DSM-5, στο οποίο έγινε και πρώτη φορά δεκτό πως η ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να εμφανιστεί και στην περίοδο της εφηβείας, αλλά και της ενήλικης ζωής, με αποτέλεσμα την ενσωμάτωση κριτηρίων για διάγνωση και για άτομα που η ηλικία τους έχει ξεπεράσει τα 17 έτη. Μια ακόμα σημαντική διαγνωστική προϋπόθεση που εφαρμόζεται από την 5^η έκδοση του DSM και μετά, είναι πως τα συμπτώματα θα πρέπει να εμφανιστούν πρώτη φορά πριν από τα 13 έτη χρονολογικής ηλικίας.

Τα ισχύοντα την δεδομένη χρονική στιγμή διαγνωστικά κριτήρια, υποστηρίζουν την προϋπόθεση ύπαρξης έξι εκ των εννιά ακόλουθων συμπτωμάτων, με εξαίρεση τα άτομα τα οποία είναι άνω των δεκαεπτά και απαιτείται να εμφανίζουν τουλάχιστον πέντε χαρακτηριστικά, για χρονικό διάστημα έξι μηνών, τα οποία θα προκαλούν δυσλειτουργία σε καθημερινό επίπεδο, δεν θα αντιστοιχούν με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου, θα κάνουν την εμφάνιση τους πριν τα 12 έτη και θα είναι παρόντα σε περισσότερα από ένα πλαίσιο. Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΕΠ-Υ που έχουν καταγραφεί είναι:

- Ανικανότητα προσοχής σε λεπτομέρειες
- Αδυναμία διατήρησης της προσοχής
- Να φαίνεται σαν να μην ακούει ή να μην παρακολουθεί
- Αδυναμία ολοκλήρωσης δραστηριοτήτων

- Δυσκολίες οργάνωσης
- Περιορισμένη ικανότητα διατήρησης προσοχής σε έργα που απαιτούν νοητική προσπάθεια
- Απώλεια προσωπικών αντικειμένων
- Διάσπαση προσοχής από ερεθίσματα που παρεμβάλλονται, και
- Αμέλεια να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του (Μπεζεβέγκης, 2021).

Με βάση τα υπάρχοντα στο DSM-5 δεδομένα, το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής κυμαίνεται στα 2,5% σε παιδικό πληθυσμό και το διπλάσιο, δηλαδή 5% σε ενήλικο. Ωστόσο, θεωρείται πως δεν είναι αντιπροσωπευτικά, καθώς τα ποσοστά αυξάνονται κατά 3% ανά έτος, ενώ οι Prevatt και Levirini υποστήριζαν πως 11% των παιδιών στις ΗΠΑ το 2011 είχαν ΔΕΠ-Υ (2015). Η συγκεκριμένη διαταραχή ψυχικής υγείας επηρεάζει 63.000.000 παιδιά ανά τον κόσμο (Polanczyk et al., 2015).

Έχει αναφερθεί μάλιστα, πως $\frac{1}{3}$ - $\frac{2}{3}$ των παιδιών με διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής θα φέρουν τα χαρακτηριστικά αυτής σε όλη τους την ζωή. Όσον αφορά τον ενήλικο πληθυσμό, το 2%-6% των ανθρώπων έχουν τα απαραίτητα διαγνωστικά χαρακτηριστικά της διαταραχής στο βαθμό που μπορούν να λάβουν επίσημα διάγνωση (Wender, 1995).

Η ΔΕΠ-Υ, όπως και όλες οι διαταραχές, μπορεί να εμφανιστεί συνδυαστικά με κάποια/κάποιες άλλη/άλλες διαταραχή/-ες, να υπάρξει δηλαδή συννοσηρότητα. Η συννοσηρότητα που εμφανίζει η αναλυόμενη διαταραχή, με τις διαταραχές εσωτερίκευσης, όπως το άγχος, η κατάθλιψη κ.ά., κυμαίνεται στο 30-35% (Μπεζεβέγκης, 2021). Στην συγκεκριμένη ενότητα, θα αναλυθεί ο συνδυασμός της ΔΕΠ-Υ με το άγχος.

Το χρόνιο αλλά και το παιδικό άγχος φαίνεται να επηρεάζουν την ανάπτυξη της ΔΕΠ-Υ (Tsakiridou & Drigas, 2022). Όπως υποστήριζαν οι Biederman και άλλοι το 1991, η συννοσηρότητα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας και του άγχους, ανέρχεται ποσοστιαία μεταξύ 27% και 30%. Μάλιστα, η παρουσία του άγχους σε παιδιά με διάγνωση για ΔΕΠ-Υ, φαίνεται να μειώνει την παρορμητικότητα τους (Epstein et al., 1997).

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες σχετικά με το άγχος παιδιών και των εφήβων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας, οι οποίες υπογραμμίζουν την εντονότερη έκθεση των ατόμων αυτών στα αγχωτικά γίνεσθαι της καθημερινότητας (Humphreys et al., 2019). Επιπλέον, ευρήματα ερευνών έχουν φέρει στο φως στοιχεία για μειωμένη δραστηριότητα του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων σε παιδιά με

ΔΕΠ-Υ, αλλά και για χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης. Η κορτιζόλη ως ορμόνη, σχετίζεται σημαντικά με την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται σε στρεσογόνους παράγοντες (Isaksson et al., 2015). Με συνδυασμό αυτών των δυο πληροφοριών προκύπτει, πως τα άτομα με ΔΕΠ-Υ λόγω των χαμηλότερων επιπέδων κορτιζόλης παρουσιάζουν ευαισθησία στην ανταπόκριση σε αγχογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Öster et al., 2020). Μάλιστα, μελέτη που διερεύνησε το αντιληπτό άγχος σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ, ανέφερε πως τα άτομα αυτά σημείωσαν, συγκριτικά με τους υγιείς μάρτυρες τη έρευνας, περισσότερα συστήματα ενεργοποίησης και πίεσης (Isaksson et al., 2015). Σημειώνεται επίσης, πως υψηλότερα ποσοστά αντιληπτού άγχους έχουν σημειωθεί τόσο σε παιδιά (Isaksson et al., 2015) όσο και σε ενήλικες (Bernardi et al., 2012; Combs et al., 2015; Salla et al., 2019; Hirvikoski et al., 2009; Lackschewitz et al., 2008) με ΔΕΠ-Υ.

Όπως αναφέρουν οι Öster et al, (2020), μετά από πραγματοποίηση μελέτης συνεντεύξεων σε εφήβους, βρέθηκε πως το άγχος μπορεί να συσχετιστεί με αισθήματα ανικανότητας, αλλά και με κακή κατάσταση υγείας. Ωστόσο, για το άγχος αυτό κατηγορήθηκαν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, απαιτήσεις που υπάρχουν στο σχολικό περιβάλλον, ζητήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και καταστάσεις που δεν είναι αναμενόμενες. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρεται και πάλι στο προαναφερθέν άρθρο, οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις, βίωναν φόβο σχετικά με την απώλεια φιλικών σχέσεων, γεγονός που ενίσχυε το αντιληπτό άγχος (Persike & Seiffge-Krenke, 2016), ενώ έρχονταν σε σύγκρουση με συνομηλίκους τους περισσότερες φορές συγκριτικά (Nijmeijer et al., 2008).

Η εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα όταν αυτό συμβαίνει στην περίοδο της παιδικής ηλικίας, ασκεί σημαντική επιρροή στο οικογενειακό περιβάλλον, η οποία όμως φέρει αρνητικό πρόσημο (Johnston & Mash, 2001). Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ βιώνουν σοβαρότατο άγχος, το οποίο αν αντιμετωπιστεί θα έχει ωφέλιμα αποτελέσματα τόσο για τους γονείς όσο και για τα ίδια τα παιδιά (Theule et al., 2013).

Το άγχος των γονέων των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα σχετίζεται με την δυσανάλογη σχέση μεταξύ τα πιστεύω των ίδιων για την απαιτούμενη φροντίδα του παιδιού και τις πηγές που μπορούν να αξιοποιηθούν για το ζήτημα αυτό (Deater-Deckard, 1998). Η εντονότερη έκφραση των συμπτωμάτων της διαταραχής, η μη απόκριση στην θεραπευτική διαδικασία, η μη ουσιαστική σχέση γονέα-παιδιού, αλλά και η απουσία ψυχολογικής ευημερίας του κηδεμόνα, είναι συνθήκες που επιδεινώνουν την αναλυόμενη συνθήκη (Johnston & Mash, 2001; Modesto-Lowe et al.,

2008; Theule et al., 2013). Σε ποιοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2019 (Leitch et al., 2019), οι γονείς υπογράμμισαν πως η συμπεριφορά των παιδιών τους, τα οποία έφεραν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, τους προκαλούσαν αισθήματα αγωνίας, τους δυσκόλευαν και αποτελούσαν τον βασικό λόγο άγχους τους, ενώ παράλληλα έκαναν λόγο για κοινωνικό στιγματισμό. Μάλιστα, έγινε αναφορά σε δυσκολίες που αφορούν τόσο στην προκλητικότητα ορισμένων συμπεριφορών των παιδιών όσο και την αδυναμία υποστήριξης των οικογενειών αυτών από τους κατάλληλους επαγγελματίες του χώρου της υγείας (Brinkman et al., 2009; Davis et al., 2012; Mofokeng, 2017; Moen et al., 2011). Ωστόσο, η συμπεριφορά των παιδιών δεν αποτελεί την μοναδική πηγή άγχους, αφού πληθώρα στοιχείων της καθημερινότητας το ενισχύουν, μεταξύ αυτών και πιθανές αδιάγνωστες ψυχικές διαταραχές των γονέων (Johnston & Mash, 2001).

3.2 Εκδήλωση stress σε περιπτώσεις παιδιών με ΕΜΔ

3.2.1 Εισαγωγή στην έννοια του stress στα παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (ΕΜΔ)

Στο πλαίσιο των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών, και ειδικότερα της Δυσλεξίας, το stress επιφέρει αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο το παιδί αλληλεπιδρά με το μαθησιακό του περιβάλλον, ανταποκρίνεται στις κοινωνικές του σχέσεις, με αποτέλεσμα να συντελεί στον τρόπο που διαμορφώνεται η ατομική του ταυτότητα και προσωπικότητα.

Τα παιδιά με δυσλεξία βιώνουν επανειλημμένα αισθήματα αποτυχίας, κυρίως στο σχολικό πλαίσιο, καθώς υπολείπονται σε σχέση με τους συνομηλίκους τους, μετατρέποντας τις διαδικασίες της ανάγνωσης, της γραφής και της ορθογραφίας σε καθημερινές προκλήσεις. Αυτές οι γνωστικές δυσκολίες, όταν δεν εντοπίζονται ή δεν υποστηρίζονται εγκαίρως, μπορεί να προκαλέσουν αυξημένο ψυχολογικό stress, οδηγώντας σε συναισθήματα ανεπάρκειας, άγχους απόδοσης και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Mugnaini et al., 2009, Carroll et al., 2005).

Η σχέση μεταξύ μαθησιακών δυσκολιών και stress είναι αμφίδρομη, πιο συγκεκριμένα, αφενός, οι δυσκολίες στην ανάγνωση και τη γραπτή έκφραση αυξάνουν τα επίπεδα άγχους, και αφετέρου, το άγχος επιδρά αρνητικά στη γνωστική απόδοση, επιδεινώνοντας το μαθησιακό προφίλ του παιδιού (Nelson & Harwood, 2011). Επομένως, η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων stress και η κατανόηση της αιτιολογίας τους αποτελούν ουσιαστικά βήματα για την ψυχοεκπαιδευτική υποστήριξη των μαθητών με ΕΜΔ.

3.2.2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση stress σε παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (ΕΜΔ)

Η δυσλεξία χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην ανάγνωση, την ορθογραφία και τη φωνολογική επεξεργασία, χωρίς να σχετίζεται με τη γενική νοημοσύνη του παιδιού (Wendy Wisner, 2024). Τα παιδιά με δυσλεξία αντιμετωπίζουν συχνά αυξημένο άγχος, το οποίο μπορεί να εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά αυτά, παρουσιάζουν αυξημένη συναισθηματική αντιδραστικότητα, όπως μεγαλύτερη δραστηριότητα του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος και εντονότερες φυσιολογικές αντιδράσεις σε συναισθηματικά ερεθίσματα. Αυτές οι αντιδράσεις σχετίζονται με αυξημένη συνδεσιμότητα στον εγκέφαλο, ιδιαίτερα στο δίκτυο σημασίας, το οποίο υποστηρίζει τη δημιουργία συναισθημάτων και την αυτογνωσία (Palser et. al., 2021).

Επιπλέον, η έκθεση σε ψυχοκοινωνικό stress, όπως η ανάγνωση μπροστά σε κοινό, μπορεί να προκαλέσει αυξημένα επίπεδα ορμονών του stress, όπως η κορτιζόλη και η αδρενοκορτικοτροπίνη (ACTH). Ωστόσο, άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι αυτά τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν υποδραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια (HPA) σε απαντήσεις σε στρεσογόνες καταστάσεις, υποδηλώνοντας μια πιο περίπλοκη σχέση μεταξύ δυσλεξίας και stress (Buchweitz et. al., 2023).

Το άγχος στα παιδιά με δυσλεξία δεν περιορίζεται μόνο στις φυσιολογικές αντιδράσεις. Συχνά συνοδεύεται από ψυχολογικές δυσκολίες, όπως αυξημένα επίπεδα άγχους, χαμηλή αυτοεκτίμηση και προβλήματα συμπεριφοράς. Αυτές οι δυσκολίες μπορεί να επιδεινώνονται από την έλλειψη κατάλληλης υποστήριξης στο σχολικό περιβάλλον και από την αδυναμία των παιδιών να ανταποκριθούν στις ακαδημαϊκές απαιτήσεις, γεγονός που εντείνει το άγχος και την απογοήτευση.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι το άγχος στα παιδιά με δυσλεξία έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία, που περιλαμβάνει βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων που θα βοηθήσουν τα παιδιά να διαχειριστούν το άγχος τους και να επιτύχουν στον ακαδημαϊκό και κοινωνικό τομέα.

3.2.3. Εκδηλώσεις stress σε παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (ΕΜΔ)

Η εκδήλωση του stress σε παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (ΕΜΔ), και ειδικότερα με δυσλεξία, αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, καθώς επιδρά σημαντικά στην ψυχοσυναισθηματική και ακαδημαϊκή λειτουργία του παιδιού. Παιδιά που αντιμετωπίζουν επίμονες δυσκολίες στην ανάγνωση, στη γραφή ή σε άλλες σχολικές δεξιότητες, συχνά βιώνουν συναισθήματα απογοήτευσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αίσθηση ανεπάρκειας. Αυτά τα συναισθήματα είναι στενά συνδεδεμένα με την εκδήλωση stress, ιδίως σε καταστάσεις αξιολόγησης ή κατά τη διάρκεια της σχολικής εργασίας.

Η σχετική βιβλιογραφία αναδεικνύει έντονα τη σύνδεση ανάμεσα στις μαθησιακές δυσκολίες και την εμφάνιση αυξημένων επιπέδων stress και άγχους. Οι Mugnaini και συνεργάτες (2009) διαπίστωσαν ότι τα παιδιά με δυσλεξία παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με συνομηλίκους χωρίς ΕΜΔ. Ομοίως, οι Undheim και Sund (2008) σημειώνουν ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και υψηλότερη ψυχική ευαλωτότητα στην εφηβεία.

Στο επίπεδο της συμπεριφοράς, το χρόνιο ακαδημαϊκό stress μπορεί να οδηγήσει σε συμπεριφορικές εκδηλώσεις, όπως η άρνηση συμμετοχής σε δραστηριότητες που απαιτούν ανάγνωση ή γραφή, η μειωμένη επιμονή, η παρορμητικότητα ή ακόμη και η κοινωνική απόσυρση. Οι Willcutt και συνεργάτες (2005) τόνισαν την ύπαρξη σημαντικής συννοσηρότητας μεταξύ δυσλεξίας και αγχωδών ή διαταραχών προσοχής, οι οποίες με τη σειρά τους επιδεινώνουν το επίπεδο stress και δυσχεραίνουν την καθημερινή λειτουργικότητα του παιδιού.

Η κατανόηση της εκδήλωσης του stress στα παιδιά με ΕΜΔ δεν είναι απλώς σημαντική για τη διαχείριση των συναισθηματικών τους αναγκών, αλλά αποτελεί και βασικό στοιχείο για τη διαμόρφωση ολιστικών παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να στοχεύουν όχι μόνο στη βελτίωση των μαθησιακών δεξιοτήτων, αλλά και στη μείωση του ψυχολογικού φορτίου, προλαμβάνοντας την παγίωση της αρνητικής αυτοεικόνας και την εμφάνιση δευτερογενών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων.

Η διαχείριση του άγχους σε παιδιά με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (ΕΜΔ), όπως η δυσλεξία, επηρεάζεται σημαντικά από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον. Η υποστηρικτική στάση των γονέων και η δημιουργία ενός θετικού σχολικού κλίματος μπορούν

να λειτουργήσουν ως προστατευτικοί παράγοντες, μειώνοντας το άγχος και ενισχύοντας την ψυχική ανθεκτικότητα των παιδιών.

3.2.4. Ο ρόλος της οικογένειας

Οι γονείς παιδιών με ΕΜΔ συχνά αντιμετωπίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, ενοχής και απογοήτευσης, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την οικογενειακή δυναμική και τη σχέση τους με το παιδί. Η κατανόηση των συναισθημάτων αυτών και η αναζήτηση υποστήριξης είναι κρίσιμες για τη μείωση του οικογενειακού άγχους και την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των γονέων.

Η ενεργή συμμετοχή των γονέων στην εκπαιδευτική διαδικασία, η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του παιδιού συμβάλλουν στη μείωση του άγχους και στην προώθηση θετικών μαθησιακών εμπειριών. Η δημιουργία ενός σταθερού και υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος, όπου το παιδί αισθάνεται αποδοχή και κατανόηση, είναι θεμελιώδης για την ψυχολογική του ευημερία (Kyaw et al., 2019).

3.2.5. Ο ρόλος του σχολικού περιβάλλοντος

Το σχολικό περιβάλλον διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση του άγχους των παιδιών με ΕΜΔ. Ένα θετικό σχολικό κλίμα, που χαρακτηρίζεται από υποστηρικτικές σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς, προώθηση της αυτονομίας και δίκαιη αντιμετώπιση, συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους και στην ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας των μαθητών (Saulle et al., 2022).

Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να υιοθετήσουν στρατηγικές όπως η ενθάρρυνση της θετικής σκέψης, η παροχή σαφών οδηγιών και η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που επιτρέπει στα παιδιά να αισθάνονται ασφαλή και αποδεκτά. Η εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικο-συναισθηματικής μάθησης και η ενσωμάτωση τεχνικών διαχείρισης άγχους, όπως η ενσυνειδητότητα και η θετική αυτο-ομιλία, μπορούν να ενισχύσουν την ικανότητα των μαθητών να αντιμετωπίζουν το άγχος αποτελεσματικά.

Η συνεργασία μεταξύ οικογένειας και σχολείου είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη μιας συνεκτικής προσέγγισης στη διαχείριση του άγχους. Η τακτική επικοινωνία, η

ανταλλαγή πληροφοριών και η από κοινού ανάπτυξη στρατηγικών υποστήριξης διασφαλίζουν ότι οι ανάγκες του παιδιού αντιμετωπίζονται ολιστικά, προάγοντας την ψυχολογική του ευημερία και την ακαδημαϊκή του επιτυχία(Featherston et al., 2024).

Ολοκληρώνοντας το παρόν κεφάλαιο, καθίσταται σαφές ότι η εκδήλωση stress σε παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή – και ειδικότερα με χαρακτηριστικά δυσλεξίας – αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που επηρεάζει σημαντικά τη σχολική, κοινωνική και συναισθηματική τους λειτουργία. Η παρουσία επαναλαμβανόμενων αποτυχιών, οι υψηλές σχολικές απαιτήσεις, η μειωμένη αυτοεκτίμηση και οι δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις συνθέτουν ένα πλαίσιο ενισχυμένου ψυχολογικού φορτίου. Το stress στα παιδιά αυτά δεν είναι απλώς μια παροδική αντίδραση στις σχολικές δυσκολίες, αλλά συχνά αποκτά έναν χρόνιο χαρακτήρα, με πιθανές επιπτώσεις στη συναισθηματική τους ανάπτυξη και γενικότερη προσαρμογή. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το stress αλληλεπιδρά με τα χαρακτηριστικά της ΕΜΔ, και η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου και προστασίας, αποτελούν αναγκαία βήματα για την ανάπτυξη πολυδιάστατων και εξατομικευμένων παρεμβάσεων.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. Μεθοδολογία έρευνας

4.1 Στόχος έρευνας

Στόχος διεξαγωγής της παρούσας έρευνας είναι η προσαρμογή του ερωτηματολογίου Perceived Stress Scale–Children (PSS-C) της White (2014) στην ελληνική γλώσσα, σε ελληνικό δείγμα παιδιών ηλικίας 8 έως 12 ετών. Στο πλαίσιο διεξαγωγής της έρευνας, επιμέρους στόχο αποτέλεσε η διερεύνηση ενδεχόμενων διαφορών στα επίπεδα αντιλαμβανόμενου stress μεταξύ παιδιών με διαγνωσμένη ΕΜΔ (Δυσλεξία) και τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Μέσω της σύγκρισης των δύο ομάδων, επιχειρείται να αναδειχθούν πιθανές ψυχολογικές επιπτώσεις της ΕΜΔ ως προς την εμπειρία του καθημερινού stress, κατά την κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδο της σχολικής ηλικίας.

4.2 Μέθοδος έρευνας

4.2.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν προς διερεύνηση διατυπώθηκαν ακολούθως:

1. Κατά τη μελέτη του αντιλαμβανόμενου stress στην καθημερινή σχολική και κοινωνική τους εμπειρία, ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες;
2. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης του stress και των μαθησιακών δυσκολιών στα παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (Δυσλεξία);
3. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την εκδήλωση του αντιλαμβανόμενου stress στους μαθητές με ΕΜΔ;

4.2.2 Συμμετέχοντες

Τα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα διεξαγωγής της έρευνας, ήταν στο σύνολο 646 μαθητές δημοτικού ηλικίας οκτώ έως δώδεκα ετών, δηλαδή μαθητές οι οποίοι φοιτούσαν στην Γ', Δ',

Ε' ή Στ' δημοτικού αντίστοιχα. Η επιλογή του δείγματος έγινε με απλή στρωματοποιημένη δειγματοληψία και είχε τα ακόλουθα κριτήρια:

→ Η ηλικία των συμμετεχόντων έπρεπε να κυμαίνεται στο ηλικιακό εύρος 8 έως 12 ετών.

→ Η γεωγραφική ζώνη της περιοχής στην οποία ανήκαν τα σχολεία φοίτησης των μαθητών, καθώς θα συμπεριλαμβάνονταν μόνο δημόσια δημοτικά σχολεία σε περιοχή αστικής ζώνης του Δήμου Ιωαννιτών, σύμφωνα με στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2022), αλλά και των Πινάκων Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Σχολικές Μονάδες κατά οργανικό τύπο, Περιφέρεια, Νομό.

Κριτήριο αποκλεισμού για τους συμμετέχοντες αποτέλεσε η ύπαρξη επίσημης διάγνωσης για:

→ Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

→ Νοητική Αναπηρία

→ Αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού κινήσεων

→ Άλλες ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές, και

→ Διαταραχή οφειλόμενη σε ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες και σε έλλειψη επάρκειας στη γλώσσα της ακαδημαϊκής διδασκαλίας ή σε ανεπαρκή εκπαιδευτική διαδικασία (DSM-5, 2013).

Η επιλογή των σχολείων πραγματοποιήθηκε με τυχαία δειγματοληψία με βάση τους μονούς αριθμούς των τελευταίων ψηφίων των κωδικών των σχολείων.

Το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό για τον παιδικό πληθυσμό αντίστοιχων ηλικιακών ομάδων, δηλαδή οκτώ έως δώδεκα ετών που είτε έχουν την Ελληνική ως μητρική γλώσσα, είτε έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα και φοιτούν σε κάποια από τις προαναφερθείσες σχολικές τάξεις, δηλαδή Γ', Δ', Ε' ή ΣΤ' δημοτικού.

4.2.3 Συλλογή δεδομένων

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε στο τμήμα Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Στην παρούσα πτυχιακή εργασία μελετήθηκαν και παρουσιάζονται διεξοδικά, τα

δεδομένα τα οποία αφορούν στο δείγμα μαθητών με ΕΜΔ, ενώ παρατίθενται δεδομένα και αναλύσεις, στα οποία αφορούν στο σύνολο του δείγματος.

Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε η ακόλουθη διαδικασία: Αρχικά, λήφθηκαν οι απαραίτητες εγκρίσεις από τους αρμόδιους οργανισμούς. Πιο συγκεκριμένα, λήφθηκε έγκριση του πρωτοκόλλου από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (05/12/2024/46918), ενώ, κατατέθηκε και εγκρίθηκε αίτηση για σχετική άδεια από την Περιφερειακή Δ/νση Α/θμιας & Β/θμιας Εκπ/σης Ηπείρου (16/12/2024/9776). Στη συνέχεια, τυπώθηκαν, ομαδοποιήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν τα απαραίτητα έντυπα. Τα έντυπα αυτά, περιελάμβαναν: την ενημέρωση του γονέα/κηδεμόνα/δικαστικού συμπαραστάτη και την ενημέρωση του εκπαιδευτικού, όπου παρέχονταν αναλυτικά όλες οι πληροφορίες που ήταν απαραίτητες για τη διεξαγωγή της έρευνας και τον σκοπό της, ενώ ζητήθηκε και η συγκατάθεση συμμετοχής των μαθητών στην έρευνα, με υπογραφή τόσο από τον γονέα/κηδεμόνα/δικαστικό συμπαραστάτη όσο και από τον αρμόδιο εκπαιδευτικό του εκάστοτε τμήματος. Επιπλέον, ο κάθε γονέας/κηδεμόνας/δικαστικός συμπαραστάτης, εφόσον ήταν σύμφωνος με την συμμετοχή του παιδιού του στην έρευνα καλούταν να συμπληρώσει ένα αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού του. Τέλος, στα έντυπα περιλαμβάνονταν μεταφρασμένα στην Ελληνική το Perceived Stress Scale- Children (PSS-C) (White, 2014) και το Stress in Children (SiC) Questionnaire (Emmanouil et al., 2020).

Στο πρώτο στάδιο διεξαγωγής της έρευνας, τα μέλη της ερευνητικής ομάδας, ακολούθως καθορισμένων συναντήσεων, επισκέφθηκαν τα επιλεγμένα δημοτικά σχολεία και χορήγησαν στα παιδιά το έντυπο ενημέρωσης του γονέα, το έντυπο συγκατάθεσης του και το αναπτυξιακό ιστορικό προκειμένου να τα προωθήσουν στους γονείς τους και εκείνοι με τη σειρά τους να τα διαβάσουν, να τα συμπληρώσουν εφόσον επιθυμούν την συμμετοχή των παιδιών, και το έντυπο ενημέρωσης αλλά και το έντυπο συγκατάθεσης του εκπαιδευτικού. Στη συνέχεια, τα έντυπα συγκατάθεσης τόσο του γονέα/κηδεμόνα/δικαστικού συμπαραστάτη όσο και του εκπαιδευτικού, αλλά και το αναπτυξιακό ιστορικό επιστράφηκαν συμπληρωμένα στα σχολεία.

Στο δεύτερο στάδιο, κατόπιν καθορισμένων συναντήσεων και πάλι, οι φοιτητές επισκέφθηκαν ξανά τα σχολεία και αφού διασταύρωσαν με βάση την κωδικοποίηση τα έντυπα που ήταν θετικά για τη συμμετοχή των μαθητών με τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια, χορήγησαν τα δεύτερα στους μαθητές αφού τους έδωσαν τις απαραίτητες οδηγίες. Οι φοιτητές ήταν παρόντες καθ' όλη τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, η οποία διήρκεσε κατά μέσο όρο 20' ανά τμήμα.

Τελικώς, τα συμπληρωμένα έντυπα συλλέχθηκαν από τους μαθητές και αφού αντιστοιχίστηκαν ξανά με βάση την κωδικοποίηση ώστε να βρίσκονται σε αντιστοιχία, τα δεδομένα που είχαν καταγραφεί στα έντυπα, καταχωρήθηκαν, σε ηλεκτρονική μορφή σε αρχείο Excel. Επισημαίνεται ότι η όλη διαδικασία συλλογής δεδομένων, όπως και η ηλεκτρονική τους καταγραφή πραγματοποιήθηκε με κωδικοποίηση, διασφαλίζοντας την ανωνυμία και τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων. Τηρώντας τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας, στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, επιτεύχθηκε η διασφάλιση της ανωνυμίας των προσωπικών στοιχείων των συμμετεχόντων σύμφωνα με τον νόμο 2472/1997, ενώ η συγκέντρωση και η διαχείριση των προσωπικών δεδομένων που συλλέχθηκαν διακατέχεται από τις αρχές του Γενικού Κανονισμού περί Προστασίας Δεδομένων 2016/679 (GDPR) της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η φύλαξη των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της διατήρησης τους στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές των επιστημονικά υπευθύνων για διάστημα 5 ετών. Όλες οι διαδικασίες όπως η καταγραφή και η διατήρηση των προσωπικών δεδομένων ήταν σύμφωνες με το Ν. 4624/2019 (ΦΕΚ Α' 137/29-8-2019), τον κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και την ενσωμάτωση στην εθνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 27ης Απριλίου 2016.

Στο τρίτο στάδιο, επιχειρήθηκε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, με στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων.

4.3 Ερευνητικά Εργαλεία

Η διερεύνηση των επιπέδων άγχους στον παιδικό πληθυσμό υλοποιήθηκε με τη χρήση τριών αλληλοσυμπληρούμενων πηγών συλλογής δεδομένων: το Αναπτυξιακό Ιστορικό, το ερωτηματολόγιο Perceived Stress Scale – Children (PSS-C) και το Stress in Children (SiC) Questionnaire. Η επιλογή αυτών των εργαλείων έγινε με βάση τρία βασικά κριτήρια: την επιστημονική εγκυρότητα, την αξιοπιστία ως προς τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και, κυρίως, την καταλληλότητά τους για την ηλικιακή ομάδα των παιδιών που συμμετείχαν στη μελέτη. Ο συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων ενίσχυσε την εγκυρότητα των ευρημάτων, προσφέροντας τόσο εις βάθος πληροφορίες όσο και δυνατότητα γενίκευσης.

4.3.1 Αναπτυξιακό ιστορικό

Η λήψη του αναπτυξιακού ιστορικού πραγματοποιήθηκε μέσω ενός κατάλληλα διαμορφωμένου ερωτηματολογίου, το οποίο απευθυνόταν σε γονείς ή κηδεμόνες των παιδιών. Το εργαλείο αυτό περιλάμβανε μια σειρά ερωτήσεων που κάλυπταν πολλαπλές πτυχές της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού, από την προγεννητική και περιγεννητική περίοδο έως τη μεταγεννητική ανάπτυξη. Συγκεκριμένα, εστιάζει σε τομείς όπως η κινητική, η γλωσσική και η κοινωνική εξέλιξη, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και σημαντικά γεγονότα ζωής που ενδέχεται να έχουν επιδράσει ψυχολογικά το παιδί (Sices et al., 2009).

4.3.2 Ερωτηματολόγια αξιολόγησης του stress

4.3.2.1 Perceived Stress Scale -Children (PSS-C)

Η Κλίμακα Αντιλαμβανόμενου Άγχους για Παιδιά (PSS-C) αποτελεί παιδική προσαρμογή της αρχικής κλίμακας των Cohen et al. (1983), η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα του άγχους σε ενήλικους πληθυσμούς. Η προσαρμογή της για παιδιά ηλικίας 8–11 ετών περιλαμβάνει απλουστευμένη γλώσσα και διατύπωση, ώστε να είναι προσιτή και κατανοητή από μικρότερες ηλικιακές ομάδες (White, 2014).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις που αξιολογούνται μέσω πεντάβαθμης κλίμακας Likert (0 = ποτέ έως 4 = πάρα πολύ συχνά), επικεντρωμένες σε σκέψεις και συναισθήματα των παιδιών κατά την τελευταία εβδομάδα. Ειδική προσοχή δίνεται στις ερωτήσεις 3, 6, 7, 10, 11, 13 και 14, οι οποίες βαθμολογούνται αντίστροφα για λόγους

εξισορρόπησης της μέτρησης. Οι ερωτήσεις οργανώνονται σε δύο βασικούς παράγοντες: τα στρεσογόνα ερεθίσματα (Stressors) και την απουσία προστατευτικών μηχανισμών (Non-Buffers).

Τρόπος χορήγησης: Το εργαλείο δόθηκε για ατομική συμπλήρωση στο σχολικό περιβάλλον, με εκτιμώμενη διάρκεια 10 έως 15 λεπτά. Ο ερευνητής ήταν παρών καθ' όλη τη διαδικασία για να παρέχει διευκρινίσεις, χωρίς να επηρεάζει το περιεχόμενο των απαντήσεων.

Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά: Η αξιοπιστία του εργαλείου έχει κριθεί επαρκής τόσο σε διεθνές όσο και σε ελληνικό δείγμα, με Cronbach's $\alpha = 0.74$ για την υποκλίμακα των Stressors και 0.61 για την υποκλίμακα των Non-Buffers. Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (CFA) ενισχύει τη διπαραγοντική δομή της κλίμακας (RMSEA = 0.058, CFI = 0.952), ενώ καταγράφονται σημαντικές συσχετίσεις με άλλες μετρήσεις άγχους ($r \approx .67$, $p < .01$) (Cohen et al., 1983; White, 2014).

4.3.2.2. Stress in Children (SiC) Questionnaire

Το ερωτηματολόγιο SiC δημιουργήθηκε από τους Osika, Friberg και Wahrborg (2007) με σκοπό την απευθείας αποτύπωση του άγχους όπως το βιώνουν τα ίδια τα παιδιά. Αποτελεί ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο, το οποίο είναι κατάλληλο για παιδιά ηλικίας 8–12 ετών και περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις που απαντώνται σε τετραβάθμια κλίμακα (1 = ποτέ έως 4 = πολύ συχνά). Οι ερωτήσεις του SiC οργανώνονται σε τρεις βασικές διαστάσεις:

- ➔ Distress, που σχετίζεται με σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα άγχους,
- ➔ Well-being, που αφορά τη γενικότερη ψυχολογική ευεξία του παιδιού,
- ➔ Social Support, που μετρά την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη από το περιβάλλον του.

Τρόπος χορήγησης: Το ερωτηματολόγιο δόθηκε εντός του σχολικού περιβάλλοντος, όπου κάθε παιδί το συμπλήρωσε ατομικά. Η διαδικασία διήρκεσε κατά μέσο όρο 15 λεπτά, με την παρουσία ερευνητή για παροχή επεξηγήσεων εφόσον απαιτούνταν.

Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά: Η συνολική εσωτερική συνέπεια του εργαλείου είναι υψηλή (Cronbach's $\alpha = 0.86$), ενώ για τις επιμέρους διαστάσεις καταγράφηκαν τιμές 0.75 για τις υποκλίμακες Distress και Well-being και 0.61 για την υποκλίμακα Social Support. Η

ελληνική επικύρωση του εργαλείου επιβεβαίωσε την τριστοιχη παραγοντική του δομή, με εξήγηση του 41,3% της συνολικής διακύμανσης και ισχυρές συσχετίσεις με άλλες μετρήσεις άγχους ($r \approx 0.60$, $p < .0001$) (Osika et al., 2007).

Η συνδυαστική εφαρμογή των παραπάνω εργαλείων διασφαλίζει την πληρότητα και την εγκυρότητα της αξιολόγησης, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο ερμηνευτικών λαθών και προσφέρει μια πλούσια βάση για τη διατύπωση στοχευμένων, εξατομικευμένων παρεμβάσεων. Μέσα από αυτήν την πολυεπίπεδη προσέγγιση, το φαινόμενο του παιδικού άγχους δεν αντιμετωπίζεται αποσπασματικά, αλλά εξετάζεται μέσα από τα πολύπλευρα αίτια, τις προσωπικές αντιλήψεις και τις κοινωνικές συνθήκες που το επηρεάζουν.

4.4 Ανάλυση Δεδομένων

4.4.1 Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε περιγραφική και συμπερασματολογική ανάλυση.

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση αρχικά διαχωρίστηκαν οι ποιοτικές από τις ποσοτικές μεταβλητές. Για τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν μέτρα θέσης (π.χ. μέση τιμή, διάμεσος) και μέτρα βαθμού διασποράς (π.χ. τυπική απόκλιση, ελάχιστο και μέγιστο). Για την οπτικοποίηση της περιγραφικής στατιστικής χρησιμοποιήθηκαν γραφήματα, και πιο συγκεκριμένα για τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν θηκογράμματα (box plots), καθώς και διαγράμματα διασποράς (scatterplots) στην περίπτωση που έχουμε δύο ποσοτικές μεταβλητές.

Για τη συμπερασματολογική στατιστική και συγκεκριμένα για τον έλεγχο διάμεσων τιμών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος των Mann-Whitney. Επιπλέον, για τον έλεγχο της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Για τη διερευνητική ανάλυση, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση πρωταρχικών παραγόντων (PCA). Πριν την ανάλυση, ελέγχθηκε ο δείκτης Kaiser–Meyer–Olkin (KMO), και πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett και ο έλεγχος συσχετίσεων/πολυσυγγραμμικότητας. Ο δείκτης KMO αποτελεί καλό μέτρο επάρκειας δειγματοληψίας και παραγωγισιμότητας. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Kaiser (1974), ως κατώφλι για την καταλληλότητα των δεδομένων προτείνεται το KMO

$\geq 0,60$. Ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett ελέγχει αν η παραγοντική ανάλυση είναι κατάλληλη για τα δεδομένα μας. Τέλος, πραγματοποιήσαμε έλεγχο συσχετίσεων/πολυσυγγραμμικότητας για να διερευνήσουμε αν κάποιες από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μας είχαν πολύ ισχυρή συσχέτιση (δηλαδή, συντελεστή συσχέτισης του Spearman ήταν $> 0,80$), οπότε θα μπορούσαν να θεωρηθούν πολυσυγγραμμικές. Στην περίπτωση αυτή, κάποιες από τις ερωτήσεις θα έπρεπε να εξαιρεθούν από την PCA. Για τη διερεύνηση του αριθμού των παραγόντων που θα ληφθούν υπόψη χρησιμοποιήσαμε το διάγραμμα ιδιοτιμών (scree plot).

Το μοντέλο που υποδείχθηκε από την ανάλυση PCA εν συνεχεία ελέγχθηκε μέσω της επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων (CFA) με τη χρήση του σταθερού εκτιμητή μέγιστης πιθανότητας. Για την ανάλυση αυτή χρησιμοποιήσαμε τη βιβλιοθήκη lavaan στο RStudio (RStudio 2024.12.1+563 "Kousa Dogwood" Release) και το πρόγραμμα R (R Core Team (2023). R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Η CFA επικύρωσε τις δομές που εντοπίστηκαν μέσω της PCA για τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου PSS. Η προσαρμογή του μοντέλου αξιολογήθηκε μέσω των δεικτών Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) και Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Τα αποδεκτά όρια περιλάμβαναν τιμές CFI και TLI $> 0,70$ και τιμές RMSEA με $p < 0,05$. Συγκεκριμένα, όσο τα CFI και TLI είναι κοντά στο 1, τόσο καλύτερο είναι το μοντέλο. Επιπλέον, ιδανικά για το RMSEA θέλουμε $p\text{-value} < 0,05$.

Τέλος, για τον έλεγχο της συνοχής καθενός από τους παράγοντες που λήφθηκαν υπόψη, καθώς και για τον έλεγχο της συνοχής όλου του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's alpha, και επιπλέον υπολογίστηκαν και τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης C.I.).

Επιπλέον, μέρος της στατιστικής ανάλυσης πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS v. 29 (IBM Corp. Released 2023. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Ως στατιστικά σημαντικό ορίστηκε οποιοδήποτε $p\text{-value} < 0,05$.

4.4.2 Αποτελέσματα

Στην παρούσα έρευνα, με βάση τα ερωτήματα που θέσαμε προς διερεύνηση, τα οποία σχετίζονται με την αντίληψη του stress και τις μαθησιακές δυσκολίες στους μαθητές με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (Δυσλεξία) πραγματοποιήσαμε Περιγραφική Στατιστική ανάλυση, Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (PCA) και επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων. Η Περιγραφική Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για την αποτύπωση των βασικών χαρακτηριστικών των μαθητών και της αντίληψης του stress, ενώ η Διερευνητική

Ανάλυση Παραγόντων (PCA) συνέβαλε στην ανίχνευση των παραμέτρων που σχετίζονται με τη συσχέτιση του stress και των μαθησιακών δυσκολιών. Τέλος, η Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων επέτρεψε την επικύρωση των παραμέτρων που προσδιορίστηκαν και την εμβάθυνση στη δομή των επιδράσεων του stress στην καθημερινή σχολική και κοινωνική εμπειρία των μαθητών με ΕΜΔ.

4.4.2.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

Διερευνώντας το πρώτο ερευνητικό ερώτημα που αφορά τα κύρια χαρακτηριστικά των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες, πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση και με βάση τα δημογραφικά και κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά προέκυψαν τα εξής δεδομένα:

Σύμφωνα με την ανάλυση, το σύνολο των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες του δείγματος έχει γεννηθεί στην Ελλάδα (Πίνακας 1).

Χώρα γέννησης ^a		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελλάδα	18	100,0	100,0	100,0

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 1: Χώρα γέννησης μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες.

Σύμφωνα με την ανάλυση, η πλειοψηφία των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες του δείγματος φοιτά στην Πέμπτη δημοτικού ενώ ο μικρότερος αριθμός μαθητών εντοπίζεται στην Έκτη δημοτικού (Πίνακας 2).

Τάξη ^a		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Τρίτη	5	27,8	27,8	27,8
	Τετάρτη	3	16,7	16,7	44,4

Πέμπτη	9	50,0	50,0	94,4
Έκτη	1	5,6	5,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 2: Τάξη φοίτησης μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες.

Σύμφωνα με την ανάλυση, η πλειοψηφία των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες του δείγματος είναι σε ηλικία 10 ετών, οι μητέρες 42 και οι πατέρες 46 (Πίνακας 3).

Statistics ^a							
	N				Std.		
	Valid	Missing	Mean	Median	Deviation	Minimum	Maximum
Ηλικία παιδίου	18	0	10,0	10,0	1,0	8,3	12,1
Ηλικία μητέρας	17	1	41,2	42,0	5,7	31,0	50,0
Ηλικία Πατέρα	17	1	47,4	46,0	7,2	34,0	59,0

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 3: Ηλικίες μελών οικογένειας των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες του δείγματος.

Παρατηρήθηκε πως ο αριθμός των αγοριών με μαθησιακές δυσκολίες είναι σχεδόν διπλάσιος από αυτόν των κοριτσιών (Πίνακας 4)

Φύλο^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αγόρι	12	66,7	66,7	66,7
	Κορίτσι	6	33,3	33,3	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 4: Φύλο μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες.

.

Με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα διαπιστώνεται πως η πλειονοπία των γονέων των μαθητών που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες είναι έγγαμοι (Πίνακας 5).

Οικογενειακή Κατάσταση^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έγγαμοι	13	72,2	72,2	72,2
	Διαζευγμένοι / Σε διάσταση	5	27,8	27,8	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 5: Οικογενειακή κατάσταση των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες.

Με βάση την ανάλυση προκύπτει ότι η πλειοψηφία των μητέρων των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες είναι απόφοιτες λυκείου (Πίνακας 6).

Εκπαίδευση Μητέρας^a

		Freq uenc y	Perce nt	Valid Percent	Cumula tive Percent
Valid	Απόφοι τος δημοτικό ύ	2	11,1	11,1	11,1
	Απόφοι τος λυκείου	8	44,4	44,4	55,6
	Απόφοι τος ΑΕΙ/ΤΕΙ	7	38,9	38,9	94,4
	Μεταπτυ χιακό	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 6: Κατανομή με βάση την εκπαίδευση της μητέρας.

Τα διαθέσιμα δεδομένα κατέδειξαν ανεργία στην πλειοψηφία των μητέρων του δείγματος των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες (Πίνακας 7).

Επάγγελμα Μητέρας^a

	Freq uenc y	Perce nt	Valid Percent	Cumula tive Percent

Valid	Άνεργη	6	33,3	33,3	33,3
	Ελεύθερη επαγγελματίας	2	11,1	11,1	44,4
	Ιδιωτική υπάλληλος	5	27,8	27,8	72,2
	Δημόσια υπάλληλος	4	22,2	22,2	94,4
	Συνταξιούχος	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 7: Κατανομή με βάση το επάγγελμα της μητέρας.

Η επικρατέστερη εκπαίδευση των πατέρων του δείγματος των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες είναι η αποφοίτηση από το λύκειο (Πίνακας 8).

Εκπαίδευση Πατέρα^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απόφοιτος γυμνασίου	2	11,1	11,8	11,8
	Απόφοιτος λυκείου	9	50,0	52,9	64,7

	Απόφοιτ ος ΑΕΙ/ΤΕΙ	5	27,8	29,4	94,1
	Διδακτορ ικό	1	5,6	5,9	100,0
	Total	17	94,4	100,0	
Missing	System	1	5,6		
Total		18	100,0		

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 8 : Κατανομή με βάση την εκπαίδευση του πατέρα.

Τα δεδομένα κατέδειξαν ισοψηφία μεταξύ ελεύθερου επαγγελματία και ιδιωτικού υπαλλήλου ως μορφή επαγγελματικής αποκατάστασης των πατέρων των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες (Πίνακας 9).

Επάγγελμα Πατέρα^a

		Freq uenc y	Perce nt	Valid Percent	Cumula tive Percent
Valid	Άνεργος	1	5,6	5,9	5,9
	Αγρότης	1	5,6	5,9	11,8
	Ελεύθερ ος επαγγελμ ατίας	6	33,3	35,3	47,1
	Ιδιωτικός υπάλληλ ος	6	33,3	35,3	82,4
	Δημόσιο ς	2	11,1	11,8	94,1

	υπάλληλ ος				
	Συνταξιο ύχος	1	5,6	5,9	100,0
	Total	17	94,4	100,0	
Missing	System	1	5,6		
Total		18	100,0		

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 9: Κατανομή με βάση το επάγγελμα του πατέρα.

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, περισσότεροι από τους μισούς μαθητές του υπό μελέτη δείγματος έχουν την ελληνική γλώσσα ως μητρική και κατ'επέκταση πολύ καλή επάρκεια ελληνικών (Πίνακας 10).

Επάρκεια ελληνικών^a

		Frequ ency	Percent	Valid Percent	Cumulat ive Percent
Valid	Πολύ καλά, είναι η μητρική του γλώσσα	12	66,7	66,7	66,7
	Γράφει και μιλάει πολύ καλά ελληνικά	4	22,2	22,2	88,9
	Γράφει και μιλάει καλά	2	11,1	11,1	100,0

ελληνικά, αλλά όχι όπως τα άλλα παιδιά της τάξης του				
Total	18	100,0	100,0	

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 10: Κατανομή με βάση την επάρκεια Ελληνικών του παιδιού.

Σύμφωνα με την ανάλυση, η πλειοψηφία του δείγματος παρακολουθεί τμήμα ένταξης (Πίνακας 11).

Τάξη^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κανονική τάξη	1	5,6	5,6	5,6
	Τμήμα ένταξης	11	61,1	61,1	66,7
	Παράλληλη στήριξη	6	33,3	33,3	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 11: Κατανομή με βάση το τμήμα που παρακολουθεί το παιδί.

Παρατηρήθηκε πως η πλειοψηφία του δείγματος δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας (Πίνακας 12).

Πρόβλημα υγείας στο παιδί^a

		Frequency		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι	4	22,2	22,2	22,2		
Όχι	14	77,8	77,8	100,0		
Total	18	100,0	100,0			

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 12: Κατανομή με βάση την ύπαρξη ή μη προβλήματος υγείας στο παιδί.

Σύμφωνα με την ανάλυση, σχεδόν το μισό ποσοστό του δείγματος δεν είχε νοσηλευτεί στο παρελθόν (Πίνακας 13).

Νοσηλεία^a

		Frequency		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι	8	44,4	44,4	44,4		
Όχι	10	55,6	55,6	100,0		
Total	18	100,0	100,0			

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 13: Κατανομή με βάση την νοσηλεία ή όχι του παιδιού στο παρελθόν.

Παρατηρήθηκε η μη λήψη φαρμάκου στο μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (Πίνακας 14).

Φάρμακα ^a								
			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Ναι	1	5,6	5,6	5,6				
Όχι	17	94,4	94,4	100,0				
Total	18	100,0	100,0					

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 14: Κατανομή με βάση την λήψη φαρμάκου ή όχι του παιδιού.

Σύμφωνα με τα δεδομένα, η πλειοψηφία του δείγματος δεν αντιμετωπίζει προβλήματα συμπεριφοράς (Πίνακας 15).

Το παιδί αντιμετωπίζει προβλήματα συμπεριφοράς^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	7	38,9	38,9	38,9
	Όχι	11	61,1	61,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 15: Κατανομή με βάση την αντιμετώπιση ή μη προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού.

Παρατηρήθηκε πως η πλειοψηφία των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες του δείγματος δεν παρουσιάζουν διάσπαση προσοχής (Πίνακας 16).

Διάσπαση^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	8	44,4	47,1	47,1
	Όχι	9	50,0	52,9	100,0
	Total	17	94,4	100,0	
Missing	System	1	5,6		
Total		18	100,0		

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 16: Κατανομή με βάση την ύπαρξη ή μη διάσπασης προσοχής.

Σύμφωνα με την ανάλυση, η πλειοψηφία των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες δεν παρουσιάζει υπερκινητικότητα (Πίνακας 17).

		Υπερκινητικότητα ^a			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	4	22,2	22,2	22,2
	Όχι	14	77,8	77,8	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 17 : Κατανομή με βάση την ύπαρξη ή μη υπερκινητικότητας.

Η απάντηση που σημειώθηκε ως η πιο συχνή από τους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες στην ερώτηση τι σε κάνει χαρούμενο (Πίνακας 18).

		Με κάνει χαρούμενο ^a			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Οικογένεια	1	5,6	5,9	5,9
	Φίλοι	8	44,4	47,1	52,9
	Θετικές συμπεριφορές των άλλων	1	5,6	5,9	58,8
	Σχολείο	3	16,7	17,6	76,5
	Άλλοι παράγοντες	2	11,1	11,8	88,2

	Παιχνίδι	2	11,1	11,8	100,0
	Total	17	94,4	100,0	
Missing	System	1	5,6		
Total		18	100,0		

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 18: Κατανομή με βάση την απάντηση του παιδιού στο τι το χαροποιεί.

Παρατηρήθηκε πως η πιο συχνή απάντηση των παιδιών στο ερώτημα τι με θυμώνει είναι οι αρνητικές συμπεριφορές των άλλων (Πίνακας 19).

Με θυμώνει^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Οικογένεια	5	27,8	29,4	29,4
	Φίλοι	2	11,1	11,8	41,2
	Αρνητικές συμπεριφορές των άλλων	8	44,4	47,1	88,2
	Άλλοι παράγοντες	1	5,6	5,9	94,1
	Τίποτα	1	5,6	5,9	100,0
	Total	17	94,4	100,0	
Missing	System	1	5,6		
Total		18	100,0		

a. Μαθησιακές = Ναι

Πίνακας 19: Κατανομή με βάση την απάντηση του παιδιού στο τι το θυμώνει.

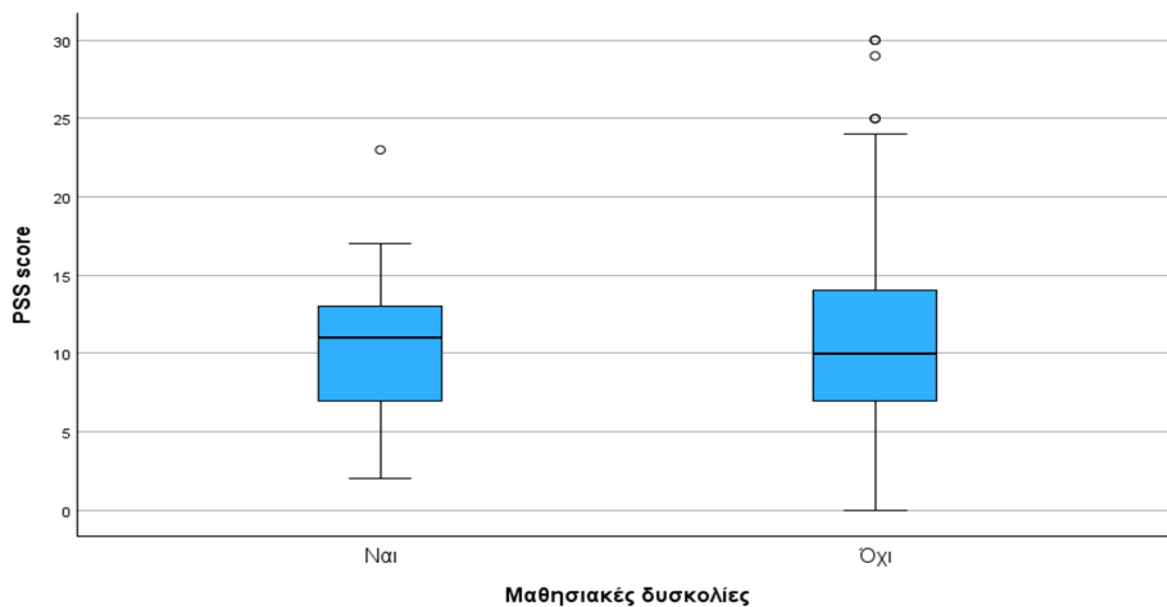
Διερευνώντας το δεύτερο ερώτημα σχετικά με την ύπαρξη ή μη συσχέτισης μεταξύ της αντίληψης του stress και των μαθησιακών δυσκολιών στα παιδιά με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (Δυσλεξία), πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για την διερεύνησή του. Παρακάτω παρουσιάζονται παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά για τα δυο ερωτηματολόγια, ανάλογα με το αν τα παιδιά παρουσίαζαν ή όχι μαθησιακές δυσκολίες. Όπως φαίνεται, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, και για τα δυο ερωτηματολόγια.

Ερωτ/γιο	Μαθησιακές δυσκολίες	Έγκυρες	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπ, Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο	p-value *
PSS score	Ναι	17	11,2	11,0	5,2	2,0	23,0	0,756
	Όχι	611	10,9	10,0	5,4	0,0	30,0	
SIC score	Ναι	15	43,6	45,0	8,1	25,0	58,0	0,409
	Όχι	613	42,5	42,0	7,4	25,0	70,0	

* : *Mann-whitney test*

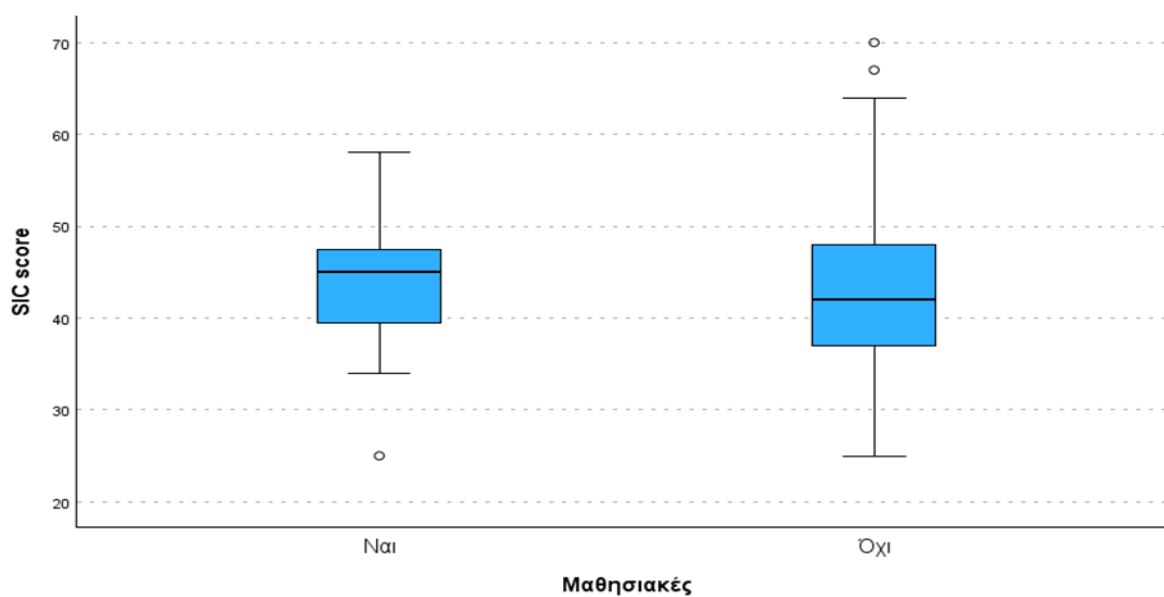
Πίνακας 20: Περιγραφικά στατιστικά για τα ερωτηματολόγια, ανάλογα με τις μαθησιακές δυσκολίες.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα συνολικά σκορ και για τα δύο ερωτηματολόγια, οπτικοποιημένα μέσω θηκογραμμάτων.



- Οι μικροί κύκλοι υποδηλώνουν απομακρυσμένες τιμές.

Γράφημα 1: Θηκόγραμμα του συνολικού σκορ για το PSS ερωτηματολόγιο, ανάλογα με το αν τα παιδιά παρουσίαζαν ή όχι μαθησιακές δυσκολίες



- Οι μικροί κύκλοι υποδηλώνουν απομακρυσμένες τιμές.

Γράφημα 2: Θηκόγραμμα του συνολικού σκορ για το SIC ερωτηματολόγιο, ανάλογα με το αν τα παιδιά παρουσίαζαν ή όχι μαθησιακές δυσκολίες

Διερευνώντας το τρίτο ερώτημα σχετικά με τους παράγοντες επιρροής εκδήλωσης του αντιλαμβανόμενου stress σε μαθητές με ΕΜΔ, πραγματοποιήθηκε Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (PCA) καθώς και Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων (CFA) και αναδείχθηκαν ως βασικοί παράγοντες επιρροής η αντιληπτή δυσφορία (Perceived Distress), η ψυχική ανθεκτικότητα (Resilience) και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας (Task overload).

4.4.2.2 Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (PCA)

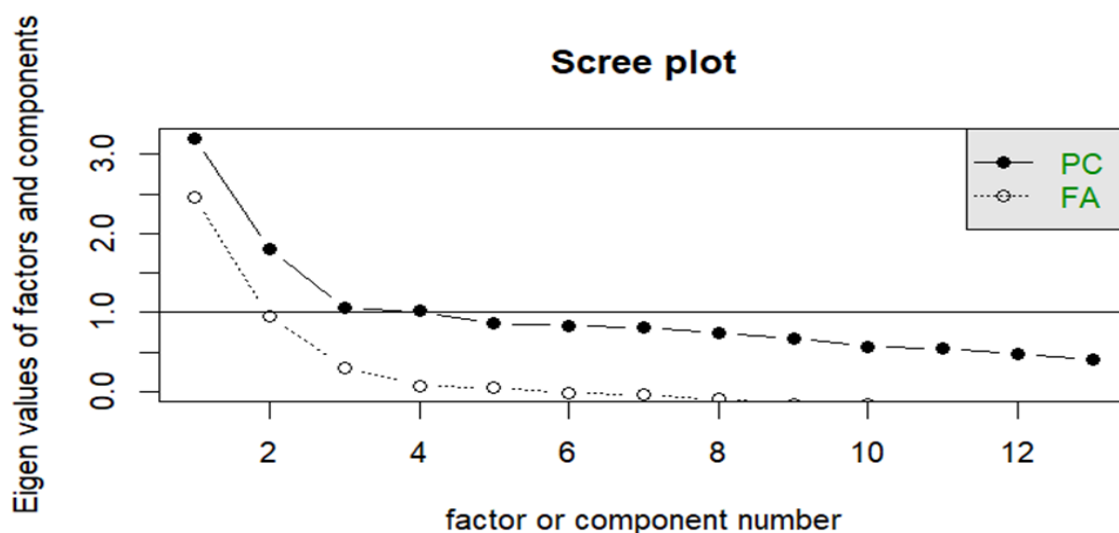
Η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (Principal Component Analysis- PCA) είναι μία πολυμεταβλητή στατιστική τεχνική που χρησιμοποιείται κυρίως για την μείωση διαστάσεων, χωρίς σημαντική απώλεια πληροφορίας. Στόχος της είναι να μετασχηματίσει ένα μεγάλο σύνολο συσχετιζόμενων μεταβλητών σε έναν μικρότερο αριθμό νέων, ασυσχέτιστων μεταξύ τους μεταβλητών, που ονομάζονται κύριες συνιστώσες. Κάθε συνιστώσα αποτελεί γραμμικό συνδυασμό των αρχικών μεταβλητών και εξηγεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος της συνολικής διακύμανσης των δεδομένων, με την πρώτη συνιστώσα να συγκεντρώνει τη μέγιστη δυνατή διακύμανση, τη δεύτερη τη μέγιστη δυνατή από την υπόλοιπη και ούτω καθεξής. με αυτόν τον τρόπο, η PCA επιτρέπει την απλοποίηση πολύπλοκων συνόλων δεδομένων, καθιστώντας ευκολότερη την ερμηνεία και την οπτικοποίηση, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην αποφυγή προβλημάτων πολυσυγγραμμικότητας. Χρησιμοποιείται ευρέως σε κοινωνικές και ψυχολογικές επιστήμες, στη βιολογία, στη μηχανική μάθηση και σε κάθε επιστημονικό πεδίο που απαιτεί ανάλυση μεγάλων ποσοτικών δεδομένων (Jolliffe & Cadima, 2016; Abdi & Williams, 2010).

Δείκτης Kaiser–Meyer–Olkin (KMO): Ο δείκτης KMO αποτελεί καλό μέτρο επάρκειας δειγματοληψίας και παραγωγισιμότητας. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Kaiser (1974), ως κατώφλι για την καταλληλότητα των δεδομένων προτείνεται το $KMO \geq 0,60$. Στην παρούσα ανάλυση ο συνολικός KMO ήταν 0,89, ένδειξη ότι μπορούμε να προχωρήσουμε σε παραγοντική ανάλυση.

Έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett: Μικρές τιμές σημαντικότητας ($p < 0,001$) υποδηλώνουν ότι η παραγοντική ανάλυση είναι κατάλληλη για τα δεδομένα μας. Επιπλέον, η ορίζουσα (determinant) του πίνακα συσχετίσεων ήταν 0,0033 (που είναι θετικός αριθμός), στοιχείο που επιβεβαιώνει εκ νέου την καταλληλότητα της παραγοντικής ανάλυσης.

Έλεγχος συσχετίσεων/πολυσυγγραμμικότητας: Όλες οι διμερείς συσχετίσεις σύμφωνα με το συντελεστή συσχέτισης του Spearman ήταν $< 0,80$: συνεπώς διατηρήθηκαν όλες οι μεταβλητές στο μοντέλο.

Διάγραμμα ιδιοτιμών: Το διάγραμμα ιδιοτιμών (scree plot) στο Γράφημα 5 υποδεικνύει ότι ο αριθμός των παραγόντων (σε ανάλυση PCA) είναι είτε 3 είτε 4. Δεδομένου ότι διαθέτουμε μόνο 13 ερωτήσεις, οι 4 συνιστώσες ενδέχεται να είναι υπερβολικές· συνεπώς θα προχωρήσουμε με PCA τριών συνιστωσών.



Γράφημα 3: Διάγραμμα ιδιοτιμών

Συγκεκριμένα, οι 3 πρωταρχικοί παράγοντες που μας υπέδειξε η ανάλυση PCA έχουν ως εξής:

Παράγοντας 1 - Perceived distress: ερωτήσεις 5, 8, 9, 12

Παράγοντας 2 - Resilience: ερωτήσεις 6, 7, 10, 11, 13, 14

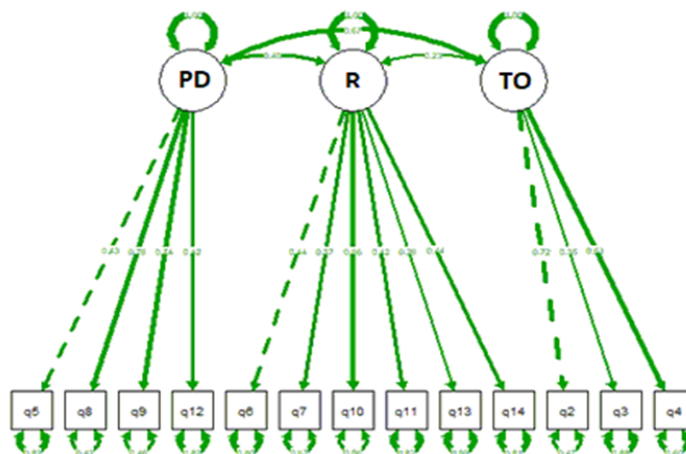
Παράγοντας 3 - Task overload: ερωτήσεις 2, 3, 4

4.4.2.3 Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων (CFA)

Για την επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων (CFA) χρησιμοποιήσαμε τη βιβλιοθήκη lavaan στο RStudio. Η CFA επικύρωσε τις δομές που εντοπίστηκαν μέσω της PCA για τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου PSS. Με χρήση του σταθερού εκτιμητή μέγιστης πιθανότητας, η προσαρμογή του μοντέλου αξιολογήθηκε μέσω των δεικτών Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) και Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Τα αποδεκτά όρια περιλάμβαναν τιμές CFI και TLI > 0.70 και τιμές RMSEA με $p < 0,05$. Τα συνοπτικά στατιστικά στοιχεία για αυτό το μοντέλο έχουν ως εξής: CFI=0,897, TLI=0,871

και RMSEA $p\text{-value}=0,078$. Θυμίζουμε ότι όσο τα CFI και TLI είναι κοντά στο 1, τόσο καλύτερο είναι το μοντέλο. Επιπλέον, ιδανικά για το RMSEA θέλουμε $p\text{-value}<0,05$. Στην περίπτωση μας είχαμε $p\text{-value}=0,078$, που υποδηλώνει ότι η προσαρμογή του μοντέλου μπορεί να χαρακτηριστεί ως ικανοποιητική: δεν πληροί τα αυστηρά κριτήρια πάρα πολύ καλής προσαρμογής $p < 0,05$, αλλά ούτε και τα όρια που υποδεικνύουν κακή προσαρμογή ($p > 0,10$). Οπότε, συνολικά τα μέτρα αυτά υποδηλώνουν πολύ καλή προσαρμογή μεταξύ των δεδομένων μας και του μοντέλου CFA.

Ο Πίνακας 20 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του Cronbach's alpha για κάθε έναν από τους τρεις παράγοντες και το 95% C.I.. Συνολικά, το ερωτηματολόγιο είχε ικανοποιητική συνοχή ($\alpha = 0,718$), ενώ ο 1ος από τους 3 παράγοντες είχε την καλύτερη συνοχή σε σχέση με τους υπόλοιπους. Ο Πίνακας 21 παρουσιάζει τον κατά ζεύγη συντελεστή συσχέτισης Spearman μεταξύ των τριών παραγόντων. Όπως αναφέρεται, όλοι οι συντελεστές είναι στατιστικά σημαντικοί.



Γράφημα 4: Διάγραμμα διαδρομής για την ανάλυση CFA

	alpha	95% C.I. (Bootstrapped based on 1000 samples)	
PC1 (PD)	0,661	0,615	0,700
PC2 (R)	0,583	0,515	0,638

PC3 (TO)	0,574	0,511	0,630
Συνολικά	0,718	0,681	0,749

Πίνακας 21: Δείκτης Cronbach's alpha για τους τρεις παράγοντες, και συνολικά

	PC2 (R)	PC3 (TO)
PC1 (PD)		
PC2 (R)	0,585 *	
PC3 (TO)	0,794 *	0,374 *

*: p-value<0.001

Πίνακας 22: Αποτελέσματα συντελεστών συσχέτισης Spearman ρ για τους 3 παράγοντες.

Συζήτηση

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη στάθμιση του ερωτηματολογίου Perceived Stress Scale–Children (PSS-C) στον ελληνικό πληθυσμό, καθώς και τη διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα αντιλαμβανόμενου stress μεταξύ παιδιών τυπικής ανάπτυξης και παιδιών με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (δυσλεξία). Το συνολικό δείγμα περιλάμβανε 646 μαθητές από τη Γ΄ έως τη ΣΤ΄ Δημοτικού, εκ των οποίων οι 18 είχαν διαγνωστεί με ΕΜΔ.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος, τέθηκαν προς διερεύνηση τρία κύρια ερευνητικά ερωτήματα. Απαντώντας το πρώτο ερευνητικό ερώτημα και έπειτα από την ανάλυση των κοινωνικοπολιτισμικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, σχηματοποιήθηκε η συνολική εικόνα και τα βασικά χαρακτηριστικά των παιδιών, με βάση την πλειοψηφία των απαντήσεων, ως εξής:

- Χώρα γέννησης: Ελλάδα
- Τάξη φοίτησης: Πέμπτη Δημοτικού
- Φύλο: Αγόρια
- Μέση Ηλικία Παιδιού : 10
- Μέση Ηλικία Μητέρας: 42
- Μέση Ηλικία Πατέρα: 46
- Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμοι
- Εκπαίδευση Μητέρας: Απόφοιτος Λυκείου
- Επάγγελμα Μητέρας: Άνεργη
- Εκπαίδευση Πατέρα: Απόφοιτος Λυκείου
- Επάγγελμα Πατέρα: Ελεύθερος Επαγγελματίας / Ιδιωτικός υπάλληλος
- Επάρκεια Ελληνικών: Μητρική Γλώσσα
- Τμήμα παρακολούθησης: τμήμα ένταξης
- Αντιμετώπιση προβλήματος υγείας: όχι
- Προηγούμενα Νοσήλια: όχι
- Λήψη φαρμακευτικής αγωγής: όχι
- Αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς: όχι
- Ύπαρξη διάσπασης: όχι
- Ύπαρξη υπερκινητικότητας: όχι
- Παράγοντας χαράς: Φίλοι
- Παράγοντας θυμού: Αρνητικές συμπεριφορές άλλων

Σε σύγκριση με τα ευρήματα της μελέτης των Kohli et al. (2005), όπου αναδεικνύονται κυρίως γνωστικές και νευροψυχολογικές δυσκολίες (μνήμη, εκτελεστικές λειτουργίες, αντιληπτικοκινητικές δεξιότητες) σε παιδιά με Ειδικές Μαθησιακές Διαταραχές, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καταδεικνύουν ότι τα βασικά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των μαθητών με δυσλεξία δεν διαφοροποιούνται σημαντικά από εκείνα των παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

Ειδικότερα, στοιχεία όπως η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατάσταση των γονέων, η απουσία σοβαρών προβλημάτων υγείας ή συμπεριφοράς, καθώς και η γλωσσική επάρκεια, παρουσιάζουν ομοιογένεια και στα δύο δείγματα. (Kohli et al., 2005).

Απαντώντας το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα περί συσχέτισης αντίληψης του stress και των μαθησιακών δυσκολιών στην σχολική και κοινωνική εμπειρία των παιδιών με ΕΜΔ, διαπιστώθηκε μέσω της περιγραφικής ανάλυσης, ότι τα παιδιά του δείγματος παρουσίασαν υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου stress, όπως καταγράφηκε από το PSS-C, ενώ η βαθμολόγηση στο SiC κινήθηκε σε παρόμοια κατεύθυνση. Συγχρόνως, βρέθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο κλίμακες, γεγονός που επιβεβαιώνει τη συγκλίνουσα εγκυρότητα του PSS-C και δείχνει ότι τα δύο ερωτηματολόγια αξιολογούν παρεμφερείς πτυχές της αντίληψης του stress. Παράλληλα, η διερεύνηση μεταξύ παιδιών με Ειδικές Μαθησιακές Διαταραχές και παιδιών τυπικής ανάπτυξης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα αντιλαμβανόμενου stress. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με μελέτες που δεν εντοπίζουν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα stress μεταξύ μαθητών με και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες (π.χ. Nelson & Harwood, 2011). Ωστόσο, παρατηρήθηκε τάση τα παιδιά με ΕΜΔ να εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερες μέσες τιμές, οι οποίες δείχνουν υψηλότερα ποσοστά άγχους, γεγονός που ενισχύει την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης.

Η παραγοντική ανάλυση (PCA) πρότεινε τρεις βασικούς παράγοντες: perceived distress, resilience και task overload, δηλώνοντας μια πιο σφαιρική κατανόηση του πώς εκδηλώνεται το stress, ενισχύοντας την εννοιολογική εγκυρότητα του εργαλείου. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η Αντιληπτή Δυσφορία (Perceived Distress) έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικών δυσκολιών σε μαθητές με δυσλεξία. Έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά αυτά συχνά βιώνουν έντονο άγχος, επαναλαμβανόμενες σχολικές αποτυχίες και αίσθημα έλλειψης αποδοχής ή κατανόησης από το περιβάλλον τους, παράγοντες που εντείνουν την υποκειμενική τους αντίληψη του stress (Akpunne et al., 2024). Η Ψυχική Ανθεκτικότητα (Resilience) λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας. Μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά με δυσλεξία που εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας παρουσιάζουν

μεγαλύτερη ικανότητα σχολικής προσαρμογής, μειωμένα συμπτώματα άγχους και βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Yu, Zuk, & Gaab, 2018). Ο Υπερβολικός Φόρτος Εργασίας (Task Overload) συνδέεται με την έννοια του γνωστικού φόρτου (cognitive load), δηλαδή την κατάσταση κατά την οποία οι απαιτήσεις της μάθησης υπερβαίνουν τις γνωστικές δυνατότητες ή τη χωρητικότητα της μνήμης εργασίας. Σε παιδιά με δυσλεξία, η υπερφόρτωση αυτή φαίνεται να αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα, οδηγώντας σε αυξημένη κόπωση, μειωμένη σχολική επίδοση και υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου stress (Dommett et al., 2024).

Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (CFA) επιβεβαίωσε την τριπαραγοντική δομή του ερωτηματολογίου με ικανοποιητικούς δείκτες προσαρμογής και ικανοποιητική εσωτερική συνοχή, γεγονός που επιβεβαιώνει την ασφαλή ανάδειξη και αξιολόγηση των τριών παραγόντων στην αξιολόγηση του stress.

Τα αποτελέσματα της παρούσας ανάλυσης συνάδουν με την αρχική στάθμιση του εργαλείου από τη White (2014), η οποία επίσης κατέγραψε ικανοποιητικούς δείκτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Οι τρεις παράγοντες που προέκυψαν στην ελληνική στάθμιση βρίσκονται σε συμφωνία με αντίστοιχες αναλύσεις σε διεθνή δείγματα (Compas et al., 2017), επιβεβαιώνοντας ότι η έννοια του παιδικού stress είναι πολυδιάστατη.

Στο σύνολό τους, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα παιδιά ηλικίας 8–12 ετών είναι σε θέση να αντιληφθούν και να αποτυπώσουν το stress που βιώνουν, και ότι το PSS-C μπορεί να το καταγράψει με αξιοπιστία. Το γεγονός ότι η διαφορά μεταξύ παιδιών με ΕΜΔ και τυπικής ανάπτυξης δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική πιθανώς οφείλεται στο μικρό μέγεθος του υποδείγματος ΕΜΔ (N=18), κάτι που μειώνει τη στατιστική ισχύ. Παρόλα αυτά, η τάση υψηλότερου stress στους μαθητές με δυσλεξία συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου καταγράφεται ότι οι μαθητές με ΕΜΔ βιώνουν περισσότερες ακαδημαϊκές και ψυχοκοινωνικές πιέσεις (Mugnaini et al., 2009; Nelson & Harwood, 2011).

Σε συμφωνία με τα παραπάνω ευρήματα, η πρόσφατη ανασκόπηση των Stein, Hoefft και Richter (2024) τονίζει ότι τα παιδιά με Ειδικές Μαθησιακές Διαταραχές βιώνουν αυξημένα επίπεδα stress και συναισθηματικών δυσκολιών, κυρίως λόγω κοινωνικών πιέσεων και στιγματισμού. Η μελέτη τους υπογραμμίζει τον καθοριστικό ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας και των υποστηρικτικών σχέσεων με συνομηλίκους και εκπαιδευτικούς ως προστατευτικών παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να ενισχύσουν την ευημερία και την ψυχική υγεία. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όπου η ανθεκτικότητα αναδείχθηκε ως σημαντικός παράγοντας στη διαχείριση του stress,

επιβεβαιώνοντας ότι η πολυδιάστατη αξιολόγηση του φαινομένου είναι απαραίτητη για την κατανόηση και την υποστήριξη των παιδιών με δυσλεξία.

Καταληκτικά, απαντώντας και στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση του αντιλαμβανόμενου stress, τα δεδομένα δείχνουν ότι η αντιληπτή δυσφορία και ο γνωστικός φόρτος αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες, ενώ η ψυχική ανθεκτικότητα λειτουργεί προστατευτικά. Η μελέτη των Panicker & Chelliah (2016) υποστηρίζει τα ευρήματά σχετικά με το ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας, της αντιληπτής δυσφορίας και του υπερβολικού φόρτου εργασίας ως παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση του αντιλαμβανόμενου stress σε παιδιά με ΕΜΔ. Συγκεκριμένα, διαπιστώνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας, γεγονός που επιδεινώνει την αντίδρασή τους σε προκλήσεις. Επίσης, τα υψηλά επίπεδα άγχους και stress που καταγράφονται στη μελέτη υποδεικνύουν ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και οι απαιτήσεις της μάθησης μπορούν να λειτουργούν ως επιβαρυντικοί παράγοντες, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχουν επαρκή εσωτερικά ή εξωτερικά υποστηρικτικά στοιχεία. Με άλλα λόγια, η έλλειψη ανθεκτικότητας φαίνεται να ενισχύει την επίδραση της αντιληπτής δυσφορίας και του φόρτου εργασίας, τονίζοντας τη σημασία της ενίσχυσης της ανθεκτικότητας ως στοιχείο παρέμβασης και πρόληψης.

Συμπεράσματα

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε με στόχο τη στάθμιση του ερωτηματολογίου PSS-C στα Ελληνικά δεδομένα, αλλά και την πραγματοποίηση σύγκρισης των επιπέδων του άγχους μεταξύ παιδιών τυπικής ανάπτυξης και παιδιών με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν πως το μέσο παιδί με

ΕΜΔ έχει υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με το μέσο παιδί τυπικής ανάπτυξης. Παράλληλα, με βάση τα δεδομένα που δόθηκαν και την περιγραφική ανάλυση τους σχηματίστηκε μια γενική εικόνα των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων μαθητών.

Οι περιορισμοί της συγκεκριμένης ερευνητικής προσπάθειας είναι ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων μαθητών με ΕΜΔ. Επιπλέον, η χρήση μόνο αυτοαναφορικών εργαλείων, τα οποία μπορεί να επηρεάζονται από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις, αποτελεί έναν ακόμα περιοριστικό παράγοντα.

Μελλοντικά, θα ήταν χρήσιμο να εξεταστούν τα ποσοστά άγχους σε παιδιά μικρότερης αλλά και μεγαλύτερης ηλικίας, δηλαδή σε ένα ευρύτερο δείγμα, καθώς και το πώς μεταβάλλεται το άγχος αυτό μεγαλώνοντας στη συνθήκη που πραγματοποιείται ή όχι παρέμβαση για αυτό.

Βιβλιογραφία

- Abdi, H., & Williams, L. J. (2010). Principal component analysis. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics*, 2(4), 433-459.
- Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 15, 1330720.
- Ackerman, P. T., & Dykman, R. A. (1993). Phonological processes, confrontational naming, and immediate memory in dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 26(9), 597-609.
- Adarsh Kohli, Savita Malhotra, Manju Mohanty, Nitasha Khehra, Manreet Kaur. (2005). Specific learning disabilities in children: deficits and neuropsychological profile. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(2), 165–169.
- Adler-Grinberg, Deborah., & Stark, L. (1978). Eye movements, scanpaths, and dyslexia. *Optometry and Vision Science*, 55(8), 557-570.
- Akpunne, B. C., Idowu, O., Kumuyi, D. O., & Akpunne, E. N. (2024). Assessing the relationship between dyslexia, psychological distress, and academic self-efficacy among Nigerian university undergraduates. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 315.
- Albus, J. S. (1971). A theory of cerebellar function. *Mathematical Biosciences*, 10(1-2), 25-61.
- Alexander, C. (1998). *The Endurance: Shackleton's legendary antarctic expedition*. New York: Alfred A. Knopf.
- Allen, G., Buxton, R. B., Wong, E. C., & Courchesne, E. (1997). Attentional activation of the cerebellum independent of motor involvement. *Science*, 275(5308), 1940-1943.
- Alpert-Gillis, L.J. (1990). Anxiety and depression in young children of divorce. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(1), 26–32.
- Al-Yateem, N., & Brenner, M. (2017). Validation of the short state trait anxiety inventory (Short STAI) completed by parents to explore anxiety levels in children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40(1), 29-38.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 66–74). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5η έκδ., αναθ. κείμενο; DSM–5–TR).
- Antshel, K. M., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2012a). ADHD and learning disabilities. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(2), 241–254. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.03.003>
- Apell, J., Paradi, R., Kokinsky, E., & Nilsson, S. (2011). Measurement of children's anxiety during examination or treatment in hospital--a study evaluating the short-STAI/Matning av barns oro vid undersökning 45 eller behandling på sjukhus--en studie som utvärderar short STAI. *Nursing Science & Research in the Nordic Countries*, 31(1), 45-48.
- Arend, R., Stein, M. T., & March, J. S. (2018). The interface between learning disabilities and emotional disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(6), 940–950. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0458-y>
- Badian, N. A. (1995). Predicting reading ability over the long term: The changing roles of letter naming, phonological awareness and orthographic processing. *Annals of Dyslexia*, 45(1), 79-96.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace* (pp. 363–388).
- Bar-On, R., & Parker, J. (1999). *Emotional quotient inventory: Youth version*. Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. & Parker, J. (2000). *Bar-On emotional quotient inventory: Youth version, Technical Manual*. Toronto, ON: MHS Inc.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.

- Benton, A. L. (1980). Dyslexia: Evolution of a concept. *Bulletin of the Orton Society*, 30, 10-26.
- Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S., & Blanco, C. (2012). The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological medicine*, 42(4), 875-887.
- Best, W., Hughes, L., & Shobbrook, K. (2005). Investigation of a new intervention for children with word-finding problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 40(3), 279–318.
<https://doi.org/10.1080/13682820410001734154>
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-577.
- Biscaldi, M., Fischer, B., & Hartnegg, K. (2000). Voluntary saccadic control in dyslexia. *Perception*, 29(5), 509-521.
- Bishop, D. V., & Adams, C. (1990). A prospective study of the relationship between specific language impairment, phonological disorders and reading retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(7), 1027–1050.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00844.x>
- Bowers, P. G., Steffy, R., & Tate, E. (1988). Comparison of the effects of IQ control methods on memory and naming speed predictors of reading disability. *Reading Research Quarterly*, 23(3), 304-319.
- Bowey, J. A. (2005). Predicting Individual Differences in Learning to Read. In M. J. Snowling & C. Hulme (Eds.), *The science of reading: A handbook* (pp. 155–172). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470757642.ch9>
- Bradley, L., & Bryant, P. E. (1978). Difficulties in auditory organisation as a possible cause of reading backwardness. *Nature*, 271(5647), 746-747.

- Brinkman, W. B., Sherman, S. N., Zmitrovich, A. R., Visscher, M. O., Crosby, L. E., Phelan, K. J., & Donovan, E. F. (2009). Parental angst making and revisiting decisions about treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 124(2), 580-589.
- British Psychological Society. (1999). *Dyslexia, literacy and psychological assessment: Report by the Working Party of the Division of Educational and Child Psychology of the British Psychological Society*.
- Britten, K. H., Shadlen, M. N., Newsome, W. T., & Movshon, J. A. (1992). The analysis of visual motion: a comparison of neuronal and psychophysical performance. *Journal of Neuroscience*, 12(12), 4745-4765.
- Bucci, M. P., Brémond-Gignac, D., & Kapoula, Z. (2008). Poor binocular coordination of saccades in dyslexic children. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 246(3), 417-428.
- Buchweitz, A., de Azeredo, L. A., Esper, N. B., Dalfovo, N. P., Picoli, F., da Cunha, F. S., ... & Grassi-Oliveira, R. (2023). Developmental Dyslexia and the Stress of Reading: A Social Stress Study of Neuroendocrine Response in Children. *Mind, Brain, and Education*, 17(4), 312-323.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Campbell-Sills, L., Forde, D. R., & Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1007–1012. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.013>
- Catts, H. W. (1989). Defining dyslexia as a developmental language disorder. *Annals of Dyslexia*, 39, 50-64.
- Chomsky, A.N. (1955). *Transformational Analysis*. University of Pennsylvania: Philadelphia, PA, USA.

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Colling, L. J., Noble, H. L., & Goswami, U. (2017). Neural entrainment and sensorimotor synchronization to the beat in children with developmental dyslexia: An EEG study. *Frontiers in Neuroscience*, 11, 360.
- Combs, M. A., Canu, W. H., Broman-Fulks, J. J., Rocheleau, C. A., & Nieman, D. C. (2015). Perceived stress and ADHD symptoms in adults. *Journal of Attention Disorders*, 19(5), 425-434.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cornelissen, P., Richardson, A., Mason, A., Fowler, S., & Stein, J. (1995). Contrast sensitivity and coherent motion detection measured at photopic luminance levels in dyslexics and controls. *Vision Research*, 35(10), 1483-1494.
- Davis, C. C., Claudius, M., Palinkas, L. A., Wong, J. B., & Leslie, L. K. (2012). Putting families in the center: family perspectives on decision making and ADHD and implications for ADHD care. *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 675-684.
- Davis, S. L., & Soistmann, H. C. (2022). Child's perceived stress: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, 15-26.
- De Schutter, E., & Maex, R. (1996). The cerebellum: cortical processing and theory. *Current Opinion in Neurobiology*, 6(6), 759-764.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314.
- Denckla, M. B., & Rudel, R. G. (1976). Rapid 'automatized' naming (RAN): Dyslexia differentiated from other learning disabilities. *Neuropsychologia*, 14(4), 471-479.
- Eden, G. F., Stein, J. F., Wood, H. M., & Wood, F. B. (1994). Differences in eye movements and reading problems in dyslexic and normal children. *Vision Research*, 34(10), 1345-1358.

- Elbeheri, G., & Siang, L. (Eds.). (2023). *The Routledge international handbook of dyslexia in education*. Routledge.
- Emmanouil, C., Bacopoulou, F., Vlachakis, D., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2020). Validation of the Stress in Children (SiC) Questionnaire in a Sample of Greek Pupils. *Journal of molecular biochemistry*, 9(1), 74–79.
- Epstein, J.N., Goldberg, N.A., Conners, C.K., & March, J.S. (1997). The effects of anxiety on continuous performance test functioning in an ADHD clinic sample. *Journal of Attention Disorders*, 2(1), 45-52.
- Evans, A. (2008). ET Craig: proto-socialist, phrenologist and public health engineer. *International Journal of Epidemiology*, 37(3), 490-505.
- Fawcett, A. J., & Nicolson, R. I. (1992). Automatisation deficits in balance for dyslexic children. *Perceptual and Motor Skills*, 75(2), 507-529.
- Fawcett, A. J., & Nicolson, R. I. (1998). *The dyslexia adult screening test*. London: The Psychological Corporation.
- Finch, A. J., Jr., Montgomery, L. E., & Deardorff, P. A. (1974). Reliability of State-Trait Anxiety with emotionally disturbed children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2(1), 67-69.
- Finch, A.J., Blount, R.L., Saylor, C.F., & Wolfe, V.V. (1988). Intelligence and emotional behavioral factors as correlates of achievement in child psychiatric inpatients. *Psychological Reports*, 63(1), 163–170.
- Fisher, B.L., Allen, R., & Kose, G. (1996). The relationship between anxiety and problem-solving skills in children with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 29(4), 439–446.
- Fowler, M. S., & JF, S. (1983). Consideration of ocular motor dominance as an actiological factor in some orthoptic problems. *British Orthoptic Journal*, 40, 43–45.
- Frank, J., & Levinson, H. (1973). Dysmetric dyslexia and dyspraxia. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 12, 690-701.

- Fulbright, R. K., Jenner, A. R., Mencl, W. E., Pugh, K. R., Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., ... & Marchione, K. E. (1999). The cerebellum's role in reading: a functional MR imaging study. *American Journal of Neuroradiology*, 20(10), 1925-1930.
- Gabrieli, J. D., & Norton, E. S. (2012). Reading abilities: importance of visual-spatial attention. *Current Biology*, 22(9), R298-R299.
- Gori, S., Seitz, A. R., Ronconi, L., Franceschini, S., & Facoetti, A. (2016). Multiple causal links between magnocellular–dorsal pathway deficit and developmental dyslexia. *Cerebral Cortex*, 26(11), 4356-4369.
- Harrar, V., Tammam, J., Pérez-Bellido, A., Pitt, A., Stein, J., & Spence, C. (2014). Multisensory integration and attention in developmental dyslexia. *Current Biology*, 24(5), 531-535.
- Harries, P., Hall, R., Ray, N., & Stein, J. (2015). Using coloured filters to reduce the symptoms of visual stress in children with reading delay. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(2), 153-160.
- Helland, T. (2022). Trends in dyslexia research during the period 1950 to 2020—Theories, definitions, and publications. *Brain Sciences*, 12(10), 1323.
- Hill, G. T., & Raymond, J. E. (2002). Deficits of motion transparency perception in adult developmental dyslexics with normal unidirectional motion sensitivity. *Vision Research*, 42(9), 1195-1203.
- Hirvikoski, T., Lindholm, T., Nordenström, A., Nordström, A. L., & Lajic, S. (2009). High self-perceived stress and many stressors, but normal diurnal cortisol rhythm, in adults with ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder). *Hormones and Behavior*, 55(3), 418-424.
- Hodges, K. (1990). Depression and anxiety in children: A comparison of Self-report Questionnaire to Clinical Interview. *Psychological Assessment*, 2(4), 376–381.
- Holmes, G. (1917). Functional localization in the cerebellum. *Brain*, 40, 531-535.
- Holmes, G. (1939). The cerebellum of man. *Brain*, 62(1), 1-30.

- Houston, B.K., Fox, J.E., & Forbes, L. (1984). Trait Anxiety and Children's State Anxiety, cognitive behaviors, and performance under stress. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 631–641.
- Humphreys, K. L., Watts, E. L., Dennis, E. L., King, L. S., Thompson, P. M., & Gotlib, I. H. (2019). Stressful life events, ADHD symptoms, and brain structure in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 421-432.
- Isaksson, J., Nilsson, K. W., & Lindblad, F. (2015). The Pressure–Activation–Stress scale in relation to ADHD and cortisol. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 153-161.
- Ito, M. (1986). Neural systems controlling movement. *Trends in Neurosciences*, 9, 515-518.
- Ito, M. (1993). Movement and thought: Identical control mechanisms by the cerebellum. *Trends in Neurosciences*, 16(11), 448–450.
[https://doi.org/10.1016/0166-2236\(93\)90073-U](https://doi.org/10.1016/0166-2236(93)90073-U)
- Jenkins, I. H., Brooks, D. J., Nixon, P. D., Frackowiak, R. S., & Passingham, R. E. (1994). Motor sequence learning: a study with positron emission tomography. *Journal of Neuroscience*, 14(6), 3775-3790.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Jolliffe, I. T., & Cadima, J. (2016). Principal component analysis: a review and recent developments. *Philosophical transactions of the royal society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 374(2065), 20150202.
- Kane, M.T., & Kendal, P.C. (1989). Anxiety disorders in children: A multiple-baseline evaluation of a cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 20(4), 499–508.
- Karairmak O. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 179(3), 350–356.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.012>

- Kasselimis, D., Margarity, M., & Vlachos, F. (2008). Cerebellar function, dyslexia and articulation speed. *Child Neuropsychology*, 14(4), 303-313.
- Katzir, T., Kim, Y. S., Wolf, M., Morris, R., & Lovett, M. W. (2008). The varieties of pathways to dysfluent reading: Comparing subtypes of children with dyslexia at letter, word, and connected text levels of reading. *Journal of Learning Disabilities*, 41(1), 47-66.
- Kobasa SC. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kraus, N., McGee, T. J., Carrell, T. D., Zecker, S. G., Nicol, T. G., & Koch, D. B. (1996). Auditory neurophysiologic responses and discrimination deficits in children with learning problems. *Science*, 273(5277), 971-973.
- Krupa, D. J., Thompson, J. K., & Thompson, R. F. (1993). Localization of a memory trace in the mammalian brain. *Science*, 260(5110), 989-991.
- Lackschewitz, H., Hüther, G., & Kröner-Herwig, B. (2008). Physiological and psychological stress responses in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychoneuroendocrinology*, 33(5), 612-624.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Le Cunff, A.-L., Dommett, E., & Giampietro, V. (2024). Neurophysiological measures and correlates of cognitive load in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), autism spectrum disorder (ASD) and dyslexia: A scoping review and research recommendations. *European Journal of Neuroscience*, 59(2), 481-499.
- Leiner, H. C., Leiner, A. L., & Dow, R. S. (1989). Reappraising the cerebellum: what does the hindbrain contribute to the forebrain? *Behavioral Neuroscience*, 103(5), 998.
- Leiner, H. C., Leiner, A. L., & Dow, R. S. (1993). Cognitive and language functions of the human cerebellum. *Trends in Neurosciences*, 16(11), 444-447.
- Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J. M., & Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1690091.

- Liberman, I.Y.; Shankweiler, D.; Liberman, A.M. (1989). The Alphabetic Principle and Learning to Read. In D. Shankweiler & I.Y. Liberman (Eds.), *Phonology and Reading Disability: Solving the Reading Puzzle*. University of Michigan Press: Ann Arbor, MI, USA; pp. 1–33.
- Liversedge, S. P., White, S. J., Findlay, J. M., & Rayner, K. (2006). Binocular coordination of eye movements during reading. *Vision Research*, 46(15), 2363-2374.
- Long, L., & McPolin, P. (2009). Psychological assessment and dyslexia: Parents' perspectives. *Irish Educational Studies*, 28(1), 115-126.
- Lovett, M. W. (1987). A Developmental Approach to Reading Disability: Accuracy and Speed Criteria of Normal and Deficient Reading Skill. *Child Development*, 58(1), 234–260.
- Lovett, M. W., Steinbach, K. A., & Frijters, J. C. (2000). Remediating the core deficits of developmental reading disability: a double-deficit perspective. *Journal of Learning Disabilities*, 33(4), 334–358.
- LS, D. A., Virginia, F., & Irene, U. (2003). Periventricular brain injury, visual motion processing, and reading and spelling abilities in children who were extremely low birthweight. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9(3), 440-449.
- Lu, S., Wei, F., & Li, G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5(6), 76.
- Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). A definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 53(1), 1-14.
- Lyons J. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4(1), 93–111.
- Marr, D. (1969). A theory of cerebellar cortex. *The Journal of physiology*, 202(2), 437-470.
- Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 301–306.
<http://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x>

- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sternberg, R. J. (2000). Models of emotional intelligence. *JD Mayer*.
- McAnally, K. & Stein, J. (1996b). Impaired auditory timing in developmental dyslexics. *Proceedings of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 263(1373), 961-965.
- Menell, P., McAnally, K. I., & Stein, J. F. (1999). Psychophysical sensitivity and physiological response to amplitude modulation in adult dyslexic listeners. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(4), 797-803.
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does parenting style matter? *Clinical Pediatrics*, 47(9), 865-872.
- Moen, Ø. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2011). Contending and adapting every day: Norwegian parents' lived experience of having a child with ADHD. *Journal of Family Nursing*, 17(4), 441-462.
- Mofokeng, M., & van der Wath, A. E. (2017). Challenges experienced by parents living with a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 29(2), 137-145.
- Mowforth, P., Mayhew, J. E., & Frisby, J. P. (1981). Vergence eye movements made in response to spatial-frequency-filtered random-dot stereograms. *Perception*, 10(3), 299-304.
- Nicolson, R. I., & Fawcett, A. J. (1990). Automaticity: A new framework for dyslexia research? *Cognition*, 35(2), 159-182.
- Nicolson, R. I., Fawcett, A. J., & Dean, P. (1995). Time estimation deficits in developmental dyslexia: evidence of cerebellar involvement. *Proceedings. Biological Sciences*, 259(1354), 43-47. <https://doi.org/10.1098/rspb.1995.0007>
- Nicolson, R. I., Fawcett, A. J., & Dean, P. (2001). Developmental dyslexia: the cerebellar deficit hypothesis. *Trends in Neurosciences*, 24(9), 508-511.

- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 692-708.
- Nilsson, S., Buchholz, M., & Thunberg, G. (2012). Assessing Children's Anxiety Using the Modified Short State-Trait Anxiety Inventory and Talking Mats: A Pilot Study. *Nursing Research and Practice*, 2012(1), 932570.
- Nilsson, S., Enskar, K., Hallqvist, C., & Kokinsky, E. (2013). Active and passive distraction in children undergoing wound dressings. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 158–166. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.06.003>
- Nunn, G.D. (1988). Concurrent validity between the Nowiski-Strickland Locus of Control Scale and the State-Trait Anxiety Inventory for children. *Educational and Psychological Measurement*, 48(2), 435–438.
- Nunn, G.D., Parish, T.S., & Worthing, R.J. (1983). Concurrent validity of the Personal Attribute Inventory for children with the State-Trait Anxiety Inventory for children and the Behavior Rating Profile-Student Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 43(2), 639–643.
- O'Connor, C. (2023). *Perspectives of educational psychologists and specialist teachers towards the assessment and support of students with dyslexia* (Doctoral dissertation, University of Birmingham).
- Öster, C., Ramklint, M., Meyer, J., & Isaksson, J. (2020). How do adolescents with ADHD perceive and experience stress? An interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(2), 123-130.
- Panicker, A. S., & Chelliah, A. (2016). Resilience and stress in children and adolescents with specific learning disability. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(1), 17.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356.

- Pennington, B. F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101(2), 385-413.
- Persike, M., & Seiffge-Krenke, I. (2016). Stress with parents and peers: How adolescents from 18 nations cope with relationship stress. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(1), 38-59.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.
- Prevatt, F., & Levrini, A. (2015). *ADHD coaching: A guide for mental health professionals*. American Psychological Association.
- Psychountaki, M., Zervas, Y., Karteroliotis, K., & Spielberger, C. (2003). Reliability and validity of the Greek version of the STAIC. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(2), 124.
- Rachmad, Y. E., Agnesiana, B., Sukmawati, E., Ramli, A., & Zebua, R. S. Y. (2023). The analysis of parenting patterns in instilling morals of early childhood. *Journal of Childhood Development*, 3(1), 13-21.
- Ramus, F. (2003). Developmental dyslexia: specific phonological deficit or general sensorimotor dysfunction? *Current Opinion in Neurobiology*, 13(2), 212–218.
- Ramus, F. (2004). Neurobiology of dyslexia: a reinterpretation of the data. *Trends in Neurosciences*, 27(12), 720-726.
- RAY, N. J., Fowler, S., & STEIN, J. F. (2005). Yellow filters can improve magnocellular function: motion sensitivity, convergence, accommodation, and reading. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1039(1), 283-293.
- Reynolds, C.R. (1980). Concurrent validity of what i think and feel: The revised children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(6), 774–775.
- Rose, S. J. (2009). *Identifying and teaching children and young people with dyslexia and literacy difficulties: An independent report from Sir Jim Rose to the Secretary of State*

- for Children, Schools and Families*. London, UK: Department for Children, Schools and Families.
- Ruffino, M., Gori, S., Boccardi, D., Molteni, M., & Facoetti, A. (2014). Spatial and temporal attention in developmental dyslexia. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 331.
- Rutter M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598–611.
- Salla, J., Galéra, C., Guichard, E., Tzourio, C., & Michel, G. (2019). ADHD symptomatology and perceived stress among French college students. *Journal of Attention Disorders*, 23(14), 1711-1718.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers: The acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping*. Holt paperbacks.
- Scarborough, H. S. (1998). Predicting the future achievement of second graders with reading disabilities: Contributions of phonemic awareness, verbal memory, rapid naming, and IQ. *Annals of Dyslexia*, 48(1), 115-136.
- Schmahmann, J. D. (1991). An emerging concept: the cerebellar contribution to higher function. *Archives of Neurology*, 48(11), 1178-1187.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 607-628.
- Shankweiler, D., Liberman, I. Y., Mark, L. S., Fowler, C. A., & Fischer, F. W. (1979). The speech code and learning to read. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 5(6), 531.
- Share, D. L. (2021). Common misconceptions about the phonological deficit theory of dyslexia. *Brain Sciences*, 11(11), 1510.
- Shuler, C. (2004). *An analysis of the Emotion Quotient Inventory: Youth Version as a measure of emotional intelligence in children and adolescents*. Doctoral Dissertation, Florida State University.

- Sices, L., Feudtner, C., McLaughlin, J., Drotar, D., & Williams, M. (2003). How do primary care physicians identify young children with developmental delays? A national survey. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 24*(6), 409-417.
- Silverman, W.K., Fleisig, W., Rabian, B., & Peterson, R.A. (1991). Child Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*(2), 162-168.
- Singleton, C., & Henderson, L. M. (2007). Computerized screening for visual stress in children with dyslexia. *Dyslexia, 13*(2), 130-151.
- Singleton, C., & Trotter, S. (2005). Visual stress in adults with and without dyslexia. *Journal of Research in Reading, 28*(3), 365-378.
- Skoyles, J., & Skottun, B. C. (2004). On the prevalence of magnocellular deficits in the visual system of non-dyslexic individuals. *Brain and Language, 88*(1), 79-82.
- Snowling, M. J. (2000). *Dyslexia* (2nd ed.). Blackwell Publishing.
- Snowling, M. J. (2013). Early identification and interventions for dyslexia: a contemporary view. *Journal of Research in Special Educational Needs, 13*(1), 7-14.
- Snowling, M. J., Goulandris, N., & Defty, N. (1996). A longitudinal study of reading development in dyslexic children. *Journal of Educational Psychology, 88*(4), 653.
- Snowling, M., & Hulme, C. (1994). The development of phonological skills. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: *Biological Sciences, 346*(1315), 21-27.
- Spielberger, C. (1973). *Preliminary test manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., & Edwards, C. D. (1973). *Preliminary Test Manual for the State-trait Anxiety Inventory for Children: ("How-I-feel Questionnaire")*. Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). *Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Stallings, P., & March, J. S. (1995). Assessment. In: J. March (Ed.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 125–147). Guilford Press.
- Stein, B., Hoefft, F., & Richter, C. G. (2024). Stress, resilience, and emotional well-being in children and adolescents with specific learning disabilities. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 58, 101410.
- Stein, J. (2001). The magnocellular theory of developmental dyslexia. *Dyslexia*, 7(1), 12–36.
- Stein, J. (2019). The current status of the magnocellular theory of developmental dyslexia. *Neuropsychologia*, 130, 66-77.
- Stein, J. (2023). Theories about developmental dyslexia. *Brain Sciences*, 13(2), 208.
- Stein, J. F. (2017). Does dyslexia exist?. *Language, Cognition and Neuroscience*, 33(3), 313–320. <https://doi.org/10.1080/23273798.2017.1325509>
- Stein, J., & Fowler, S. (1981). Visual dyslexia. *Trends in Neurosciences*, 4, 77-80.
- Stein, J., Walsh, V. (1997). To see but not to read; the magnocellular theory of dyslexia. *Trends in Neuroscience*, 20(4), 147–152. [http://dx.doi.org/10.1016/S0166-2236\(96\)01005-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0166-2236(96)01005-3).
- Stoodley, C. J., & Stein, J. F. (2011). The cerebellum and dyslexia. *Cortex*, 47(1), 101–116.
- Stoodley, C. J., & Stein, J. F. (2013). Cerebellar function in developmental dyslexia. *The Cerebellum*, 12(2), 267–276.
- Tan, S. Y., & Yip, A. (2018). Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Singapore Medical Journal*, 59(4), 170.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.
- Tsakiridou, M., & Drigas, A. (2022). A Review of Stress on Students With ADHD. The Role of ICTs & Mendal Interventions to Improve Productivity. *Technium Sustainability*, 2(5), 39-57.

- Tsigkaropoulou, E., Douzenis, A., Tsitas, N., Ferentinos, P., Liappas, I., & Michopoulos, I. (2018). Greek Version of the Connor-Davidson Resilience Scale: Psychometric Properties in a Sample of 546 Subjects. *In Vivo* (Athens, Greece), 32(6), 1629–1634.
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J. R. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152(2-3), 293–297. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.01.006>
- Velickovic, K., Rahm Hallberg, I., Axelsson, U., Borrebaeck, C. A. K., Rydén, L., Johnsson, P., & Månsson, J. (2020). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a non-clinical population in Sweden. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01383-3>
- Veenhof, C., Van den Ende, C. H., Dekker, J., Köke, A. J., Oostendorp, R. A., & Bijlsma, J. W. (2007). Which patients with osteoarthritis of hip and/or knee benefit most from behavioral graded activity? *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(2), 86-91.
- Vellutino, F. R., Fletcher, J. M., Snowling, M. J., & Scalon, D. M. (2004). Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 2–40.
- Vidyasagar, T.R., Pammer, K., (2010). Dyslexia: a deficit in visuo-spatial attention, not in phonological processing. *Trends in Cognitive Science*, 14(2), 57–63.
- Wagner, R. K., & Torgesen, J. K. (1987). The nature of phonological processing and its causal role in the acquisition of reading skills. *Psychological bulletin*, 101(2), 192.
- Wender, P.H. (1995). *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Oxford University Press.
- White, B. P. (2014). The perceived stress scale for children: A pilot study in a sample of 153 children. *International Journal of Pediatrics and Child Health*, 2(2), 45-52.
- Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

- Wimmer, H., Mayringer, H., & Landerl, K. (2000). The double-deficit hypothesis and difficulties in learning to read a regular orthography. *Journal of Educational Psychology*, 92(4), 668-680.
- Wolf, M., & Bowers, P. G. (1999). The double-deficit hypothesis for the developmental dyslexia. *Journal of Educational Psychology*, 91(3), 415-438.
- Wolf, M., & Bowers, P. G. (2000). Naming-Speed Processes and Developmental Reading Disabilities: An Introduction to the Special Issue on the Double-Deficit Hypothesis. *Journal of Learning Disabilities*, 33(4), 322-324.
- Wolf, M., Bowers, P.G. (1999). The double-deficit hypothesis for the developmental dyslexias. *Journal of Educational Psychology*, 91(3), 415-438.
- Wolf, M., O'rourke, A. G., Gidney, C., Lovett, M., Cirino, P., & Morris, R. (2002). The second deficit: An investigation of the independence of phonological and naming-speed deficits in developmental dyslexia. *Reading and Writing*, 15, 43-72.
- Yu, X. N., Lau, J. T., Mak, W. W., Zhang, J., Lui, W. W., & Zhang, J. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 218-224. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.05.010>
- Yu, X., Zuk, J., & Gaab, N. (2018). What Factors Facilitate Resilience in Developmental Dyslexia? Examining Protective and Compensatory Mechanisms Across the Neurodevelopmental Trajectory. *Child Development Perspectives*, 12(2), 115-121.
- Βλάχος, Φ. (2010). Δυσλεξία: Μια συνθετική προσέγγιση αιτιολογικών θεωριών. *Hellenic Journal of Psychology*, 7, 205-240.
- Μπεζεβέγκης, Η. Γ. (2021). *Αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία*. (Η. Γ. Μπεζεβέγκης, Χ. Παπαηλίου, Β. Ζηκίδη, & Μ. Κουλεντιανού, Επιμ.) Αθήνα: Gutenberg.

Παράρτημα

Έντυπο συμπλήρωσης ιστορικού συμμετέχοντα

Γενικά στοιχεία	
Κωδικός:	Τηλέφωνο επικοινωνίας:
Συμπλήρωση στοιχείων από: 1. Μητέρα ☐ 2. Πατέρα ☐	
Αρχίος ηλικία παιδιού: έτη μήνες	Ημερομηνία γέννησης:
Ηλικία μητέρας: ετών	
Ηλικία πατέρα: ετών	
Οικογενειακή κατάσταση γονέων:	
1. Άγαμη ☐	
2. Έγγαμος ☐	
3. Διαζευγμένοι - Σε διάσταση ☐	
4. Χήρος/α ☐	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας:	Επαγγελματική κατάσταση μητέρας:
1. Αποφοίτος δημοτικού ☐	1. Άνεργη ☐
2. Αποφοίτος γυμνασίου ☐	2. Αρθροσκη ☐
3. Αποφοίτος λυκείου ☐	3. Ελεύθερη επαγγελματίας ☐
4. Αποφοίτος ΑΠ / ΤΕΙ ☐	4. Ιδιωτική υπάλληλος ☐
5. Μεταπτυχιακό ☐	5. Δημόσιος υπάλληλος ☐
6. Διδάκτορας ☐	6. Συνταξιούχος ☐
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα:	Επαγγελματική κατάσταση πατέρα:
1. Αποφοίτος δημοτικού ☐	1. Άνεργος ☐
2. Αποφοίτος γυμνασίου ☐	2. Αρθροσκη ☐
3. Αποφοίτος λυκείου ☐	3. Ελεύθερος επαγγελματίας ☐
4. Αποφοίτος ΑΠ / ΤΕΙ ☐	4. Ιδιωτικός υπάλληλος ☐
5. Μεταπτυχιακό ☐	5. Δημόσιος υπάλληλος ☐
6. Διδάκτορας ☐	6. Συνταξιούχος ☐
Αδέρφη (φύλο και ηλικία): 1ο 1. Αγόρι ☐ 2. Κορίτσι ☐ ετών	
2ο 1. Αγόρι ☐ 2. Κορίτσι ☐ ετών	
3ο 1. Αγόρι ☐ 2. Κορίτσι ☐ ετών	
Χώρα γέννησης: 1. Ελλάδα ☐ 2. Άλλη χώρα ☐ Παρακαλώ, προσθερίστε:	
Πόσο καλά το παιδί γνωρίζει την ελληνική γλώσσα:	
1. Πολύ καλά, είναι η μητρική του γλώσσα ☐	
2. Γράφει και μιλάει πολύ καλά ελληνικά ☐	
3. Γράφει και μιλάει καλά ελληνικά, αλλά όχι όπως τα άλλα παιδιά της τάξης του ☐	

[3]

Το παιδί παρακολουθεί: 1. Κοινωνική τάξη ☐ 2. Τμήμα Ένταξης ☐ 3. Παράλληλη στήριξη ☐
Βαθμός επίδεσης την προηγούμενη σχολική χρονιά:
Πρόβλημα υγείας του παιδιού: 1. ΝΑΙ ☐ Παρακαλώ, προσθερίστε:
2. ΟΧΙ ☐
Πρόβλημα υγείας στα αδέλφια: 1. ΝΑΙ ☐ Παρακαλώ, προσθερίστε:
2. ΟΧΙ ☐
Το παιδί έχει νοσηλευτεί στο νοσοκομείο:
1) ΝΑΙ ☐
2) ΟΧΙ ☐
Χρονική Περίοδος: Διάρκεια Νοσηλείας:
Αιτία:
Το παιδί παίρνει κάποια φάρμακα:
1) ΝΑΙ ☐
2) ΟΧΙ ☐
Παρακαλώ, προσθερίστε:
Το παιδί αντιμετωπίζει προβλήματα συμπεριφοράς (π.χ. επιθετικότητα, άρνηση, φοβίες):
1) ΝΑΙ ☐
2) ΟΧΙ ☐ Αν ΝΑΙ, περιγράψτε:
Διάταση Προσοχής:
1) ΝΑΙ ☐
2) ΟΧΙ ☐
Υπερκινητικότητα:
1) ΝΑΙ ☐
2) ΟΧΙ ☐

[2]

Ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης PSS-C

Κλίμακα Αντιλαμβανόμενου Στρες για παιδιά (8-12 ετών)

Κωδικός: ... Σχολείο: Τάξη: 1. Τρίτη 2. Τετάρτη 3. Πέμπτη 4. Έκτη

Πόσο χρονών είσαι: Είσαι: 1. Αγόρι ☐ 2. Κορίτσι ☐

Οι παρακάτω ερωτήσεις έχουν ως θέμα τα συναισθήματα που ένιωσες και τις σκέψεις που έκανες τις τελευταίες πέντε ημέρες. Σε κάθε ερώτηση θα πρέπει να βάλεις ένα Χ στην εικόνα που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σου.

1. Σε ποια εικόνα (Δείξε μου που) υπάρχουν πολλές μπάλες:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

ΔΕΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΕΙΤΑΙ

2. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές αισθάνθηκες πιεσμένος ή να βιάζεσαι (να κάνεις κάτι):



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

3. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές είχες αρκετό χρόνο για να κάνεις αυτό που ήθελες:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

[3]

4. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές σκεψόμην με το φετιμμένο πρόγραμμά σου:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

5. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές σκεψόμην για τους βαθμούς ή το σχολείο:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

6. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές η μαμά ή / και ο μπαμπάς σε έκαναν να αισθανθείς καλύτερα:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

7. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές η μαμά ή / και ο μπαμπάς σε έκαναν να αισθανθείς ότι σε αγαπούν:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

8. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές αισθάνθηκες φοβημένος/η ή εκνευρισμένος/η:



[4]

ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

9. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές αισθάνθηκες θυμωμένος/η:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

10. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές αισθάνθηκες χαρούμενος/η:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

11. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές κοιμήθηκες αρκετά:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

12. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές τσακώθηκες με τους φίλους σου:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

14. Τις τελευταίες 5 ημέρες, πόσες φορές αισθάνθηκες ότι είχες αρκετούς φίλους:



ΚΑΜΙΑ	ΛΙΓΕΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ	ΠΟΛΛΕΣ
0	1	2	3

Τι σε θυμώνει:

Τι σε κάνει χαρούμενο/η:

Σε ευχαριστούμε !!



Ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης SiC

Στρες στα παιδιά

Ερωτηματολόγιο Stress in Children (SiC)

Παρακάτω υπάρχουν ορισμένες προτάσεις που περιγράφουν πως μπορεί να αισθάνεσαι τον τελευταίο καιρό. Βάλε σε κύκλο την απάντηση που σου ταιριάζει περισσότερο.

1. Θυμώνω

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

2. Με πονάει το κεφάλι μου

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

3. Μου αρέσει να πηγαίνω σχολείο

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

4. Νιώθω ήρεμος/-η και χαρούμενος/-η

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

5. Με πονάει η καρδιά μου

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

6. Νιώθω μοναχιά

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

7. Νιώθω λυπημένος/-η

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

8. Μου αρέσει να είμαι στο σχολείο

[7]

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

9. Τα άλλα παιδιά με περβάζουν

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

10. Το βράδυ με παίρνει εύκολα ο ύπνος

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

11. Νιώθω ήρεμος/-η

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

12. Τα πράγματα πηγαίνουν όπως τα έχω σχεδιάσει

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

13. Νιώθω χαρούμενος/-η

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

14. Όταν είμαι χαρούμενος/-η το δείχνω

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

15. Δεν φτάνω στο στόχο που έχω βάλει

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

16. Όταν περνάω δύσκολα, με βοηθάει να είμαι μαζί με φίλους – φίλες

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

17. Όταν είμαι λυπημένος/-η το δείχνω

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

18. Δεν τα καταφέρνω με τα πράγματα που πρέπει να κάνω

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

19. Όταν έχω κάποια δυσκολία υπάρχει ένας μεγάλος που μπορώ να του μιλήσω

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

20. Αν κάποιος -κάποια με πειράζει, θα διαμαρτυρηθώ

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

21. Μου είναι εύκολο να συγκεντρώνομαι κατά τη διάρκεια των μαθημάτων στο σχολείο

(1) Ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά