



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥΣ ΜΕ
ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ, ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΑ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ»**

Σπουδάστρια: Τίκα Ευαγγελία

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Σκεντέρης Νικόλαος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : Κοτρώτσιου Στυλιανή, Επίκουρη καθηγήτρια
Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας

ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : Τσάρας Κωνσταντίνος, Επίκουρος καθηγητής
Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ

Ιούνιος 2017



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



“Learning disabilities in Secondary Education: Investigation of their relation with prenatal, perinatal and postnatal problems”

Key words: Perinatal period, learning difficulties, mother, adolescent, child

Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ.....	8
1.1. Ο ορισμός των μαθησιακών δυσκολιών στην Ελλάδα.....	8
1.2. Η ταξινόμηση των μαθησιακών δυσκολιών.....	9
1.3. Χαρακτηριστικά των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες.....	11
1.4. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	11
1.5 Η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών και η αντιμετώπισή τους.....	12
1.5.1. Διαγνωστικά εργαλεία.....	14
1.5.2. Αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών.....	16
1.6. Αίτια των μαθησιακών δυσκολιών.....	17
1.7. Δομή και λειτουργία των ΚΕ.Δ.Δ.Υ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΡΟ- ΠΕΡΙ- ΚΑΙ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	21
2.1. Ορισμοί.....	21
2.2 Γυναικολογικές και μαιευτικές επιπλοκές: συσχέτιση με την ανάπτυξη του κυήματος...	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΕ ΤΙΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ.....	26
3.1 Προγεννητικοί παράγοντες.....	26
3.2 Περιγεννητικοί παράγοντες.....	27
3.3 Μεταγεννητικοί παράγοντες.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	30
4.1 Δείγμα και διαδικασία.....	30
4.2 Στατιστική ανάλυση.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	53

Ευχαριστίες

Με εκτίμηση και ευγνωμοσύνη θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση και ολοκλήρωση της εργασίας μου. Οι πληροφορίες που έλαβα κατά τη διάρκεια της συγγραφής πρόσθεσαν ουσιώδεις γνώσεις, θεωρητικές και εμπειρικές, συνδυάζοντας διεπιστημονικά την Ιατρική επιστήμη, που με ενδιαφέρον παρακολούθησα και μελέτησα στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού και την επιστήμη μου τη Φιλολογία. Στη σκέψη μου ήταν συχνά τα λόγια του Ιπποκράτη... «ανάμεσα στη Φιλοσοφία και την Ιατρική δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά», άλλοτε με διάθεση επιβεβαίωσης και άλλοτε αμφισβήτησης.

Ευχαριστώ τους καθηγητές του Τμήματος του Μεταπτυχιακού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για τις γνώσεις και τη βοήθεια που μου προσέφεραν τη διάρκεια της φοίτησής μου.

Ολόψυχα ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου, τον κ. Νικόλαο Σκεντέρη που πίστεψε, υποστήριξε και ενθάρρυνε με την εξαιρετική του διάθεση και την ηρεμία του χαρακτήρα του το θέμα της εργασίας μου και τη διεκπεραίωσή της.

Ευχαριστώ πολύ την υπηρεσία μου, το ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Λάρισας, για τη χορήγηση άδειας και συλλογής των απαραίτητων δεδομένων, με σκοπό την εκπόνηση της έρευνάς μου.

Τους γονείς μου, που πάντα ξεσήκωναν «τα ένδω» της ψυχής μου στο δρόμο της ανέλιξης και με ενθάρρυνση και αγάπη με στηρίζουν...τους ευχαριστώ.

Ευχαριστώ το σύζυγό μου που με υπομονή και κατανόηση υποστηρίζει τις θελήσεις μου σε δύσκολους χρόνους.

Με αγάπη και πολλά κινούμενα συναισθήματα ευχαριστώ τις κόρες μου, Μαρία και Λαμπρίνα, που στερήθηκαν αρκετές ώρες τη μαμά τους και έμαθαν να συλλαβίζουν, να προφέρουν, να ρωτούν, να κλαίνε, να κατανοούν, να συζητούν και ενίοτε να προσωποποιούν με το ταπεραμέντο τους, πριν τα τέσσερά τους χρόνια, τη λέξη: «πα-νε-πι-στή-μιο».

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ανάπτυξη της πρώιμης παιδικής ηλικίας συνδέεται άρρηκτα με την υγεία των γυναικών. Οι επιπλοκές που συμβαίνουν κατά την κύηση και τον τοκετό επηρεάζουν τη νευροανάπτυξη του εμβρύου και του βρέφους και συμβάλλουν στην ανάπτυξη μαθησιακών δυσκολιών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συχνότητα και το είδος των μαθησιακών δυσκολιών μεταξύ των μαθητών που φοιτούν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, όπως αυτές έχουν καταγραφεί στους φακέλους των μαθητών στο Κέντρο Διάγνωσης Διαφοροδιάγνωσης και Υποστήριξης (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.).

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη. Διερευνήθηκαν οι φάκελοι 250 μαθητών που προσήλθαν στο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Λάρισας για πρώτη φορά κατά τα έτη 2013-2016, με οποιοδήποτε αίτημα εκπαιδευτικού περιεχομένου. Η ομάδα των γνωστικών ελλειμμάτων χρησιμοποιήθηκε ως ομάδα ελέγχου.

Αποτελέσματα: Το 67,6% των μαθητών του δείγματος ήταν αγόρια και το 32,4% κορίτσια. Τα γνωστικά ελλείμματα αποτελούσαν το 28,4% των μαθησιακών δυσκολιών, ενώ οι ειδικές αντιστοιχούσαν στο 33,6% ,οι δευτερογενείς στο 21,6% και οι γενικευμένες στο 14,4%. στην περίπτωση επιπλοκών, το 82,8% των μαθητών (53/64) εμφάνιζε μαθησιακή δυσκολία, συγκριτικά με το 65,0% εκείνων χωρίς επιπλοκές ($p=0,004$). Το ποσοστό των επιπλοκών κατά την προγεννητική και την περιγεννητική περίοδο ήταν τριπλάσιο στην ομάδα των μαθησιακών δυσκολιών, έναντι εκείνων στην ομάδα ελέγχου (16,0% έναντι 5,2%), $p=0,024$.

Συμπεράσματα: Διαπιστώνεται ανάγκη για την καταγραφή και αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών. Το γεγονός ότι τα περισσότερα προβλήματα εντοπίζονται στην περιγεννητική περίοδο φανερώνει και τις αντίστοιχες δυνατότητες πρόληψης που υπάρχουν με τη σωστή παροχή περιγεννητικής φροντίδας και την ενίσχυση του ρόλου των μαιών και της συστηματικής παρακολούθησης της εγκύου σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Λέξεις - κλειδιά: Περιγεννητική περίοδος, μαθησιακές δυσκολίες, μητέρα, έφηβος, παιδί

Abstract

Introduction: The early childhood development is inextricably linked to the health of women. Complications occurring during pregnancy and childbirth affect neurodevelopment of the fetus and infant and contribute to the development of learning disabilities.

Aim: The purpose of this study was to investigate the frequency and type of learning disabilities among pupils attending secondary education as recorded in the pupil's file at KE.D.D.Y.

Material and method: This was a retrospective study. The files of 250 pupils who appealed to KEDDY of Larissa for the first time in their lives and regardless of their educational request in the years 2013-2016 were investigated. The cognitive deficits group was used as a control group.

Results: The 67.6% of pupils in the sample were boys and 32.4% were girls. Cognitive deficits accounted for 28.4% of learning difficulties, while special learning disabilities accounted for 33.6%, secondary for 21.6% and generalized were the 14.4%. In the case of complications, 82.8% of the students had a learning disability, compared with the 65.0% of those without complications ($p = 0.002$). Percentage of complications in the prenatal and perinatal period was tripled in the group of learning disabilities compared with those in the cognitive deficits group (16.0% vs. 5.2%), $p = 0.024$.

Conclusions: There is a need for recording and addressing learning difficulties. The fact that most of the problems are identified in the perinatal period also reveals the corresponding possibilities for prevention due to the proper provision of perinatal care, the enhancement of the role of midwives and the systematic follow-up of the pregnant woman at the level of primary health care.

Key words: Perinatal period, learning difficulties, mother, adolescent, child

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος «μαθησιακές δυσκολίες» (Learning Disabilities) έγινε αποδεκτός στις Η.Π.Α. το 1963, αναθεωρώντας αρχαιότερη σχετική ιατρική ορολογία όπως «συγγενής λεκτική τυφλότητα», «εγκεφαλική αναπηρία», «εγκεφαλική βλάβη». Γρήγορα η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα τον καθιέρωσε διεθνώς. Ο πιο γνωστός όμως είναι ο παιδαγωγικοκεντρικός ορισμός του Samuel Kirk, ο οποίος περιλήφθηκε στο νόμο 91/230 των ΗΠΑ (Children with Specific Learning Disabilities Act, 1969). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο ορισμό «Τα παιδιά με Μαθησιακές Δυσκολίες παρουσιάζουν κάποια διαταραχή σε μία ή περισσότερες από τις βασικές ψυχολογικές διεργασίες που αφορούν την κατανόηση ή τη χρήση του προφορικού ή γραπτού λόγου. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να εκδηλωθούν ως διαταραχές στην κατανόηση, στην αποκωδικοποίηση, στη σκέψη, στο λόγο, στην ανάγνωση, στη γραφή, στην ορθογραφία ή στην αριθμητική, μεμονωμένα ή συνδυαστικά. Εμπεριέχουν συνθήκες όπως αντιληπτικές ανεπάρκειες, εγκεφαλική βλάβη, ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, δυσλεξία, εξελικτική αφασία κλπ.». Η ετερογένεια, η πολυπλοκότητα των μαθησιακών δυσκολιών, καθώς και η ανάγκη διεπιστημονικής προσέγγισης συχνά δυσχεραίνουν τη διάγνωση, την κατηγοριοποίηση, τον ορισμό, την αιτιολογία, την αντιμετώπιση και την πρόληψη του προβλήματος.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγραφούν οι συχνότερες μαθησιακές δυσκολίες στους μαθητές του δείγματος και να συσχετιστούν με τις επιπλοκές της κύησης και των μαιευτικών συμβαμάτων της μητέρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

Οι μαθησιακές δυσκολίες απασχολούν επιστήμονες διαφορετικών κλάδων για περισσότερο από εκατό περίπου χρόνια. Από τον 19ο αιώνα ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων είχαν εντοπίσει δυσκολίες ανάγνωσης σε νοσηλευόμενους ή μη ασθενείς τους. Ο ορισμός «μαθησιακές δυσκολίες» διατυπώθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1960 από τον Kirk. Αποτέλεσε επίσημο ορισμό, ο οποίος και συμπεριλήφθηκε στο νόμο 91/230 των Η.Π.Α. σχετικά με την εκπαίδευση μαθητών με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Από τότε έχουν παρουσιαστεί αρκετοί ορισμοί, χωρίς να διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους. Στην ουσία έχουν δοθεί δυο ορισμοί, με τον έναν να ενσωματώνεται στον αντίστοιχο νόμο για την Ειδική Αγωγή των Η.Π.Α. (IDEA, Individuals with Disabilities Educational Act) και τον άλλον να έχει διατυπωθεί από το National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD) το 1988, μια επιτροπή στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι πολλών επαγγελματικών ενώσεων και επιστημονικών κλάδων, που σχετίζονταν με τις μαθησιακές δυσκολίες. Ωστόσο, κανένας από τους δύο δεν έχει διεθνή αποδοχή, καθώς δεν περιγράφουν επακριβώς το πρόβλημα, αλλά επιδέχονται κριτική για τη γενικόλογη διατύπωσή τους, σε βαθμό που εκφράζονται υπαινιγμοί ότι οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένα θεωρητικό-φανταστικό δημιούργημα.[1,2]

Ο ορισμός του IDEA (1977) αποτελεί την επίσημη θέση των Η.Π.Α. πάνω στο ζήτημα των μαθησιακών δυσκολιών μέχρι σήμερα και έχει καθιερωθεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Ο ορισμός αναφέρει: «Ο όρος Μαθησιακές Δυσκολίες σημαίνει διαταραχή σε μια ή περισσότερες από τις βασικές ψυχολογικές διεργασίες που υπεισέρχονται στη χρήση του λόγου προφορικού ή γραπτού. Η διαταραχή εκδηλώνεται ως ανεπαρκής ικανότητα στην πρόσληψη, στο συλλογισμό, στην ομιλία, στην ανάγνωση, στη γραφή, στην ορθογραφία ή στα μαθηματικά. Ο όρος περιλαμβάνει περιπτώσεις όπως αντιληπτικές δυσλειτουργίες, εγκεφαλική βλάβη, ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, δυσλεξία και αναπτυξιακή αφασία. Ο όρος περιλαμβάνει και δευτερογενή προβλήματα μάθησης που είναι αποτέλεσμα οπτικών, ακουστικών, ή κινητικών διαταραχών, νοητικής καθυστέρησης, συναισθηματικών διαταραχών ή περιβαλλοντικών, πολιτισμικών ή οικονομικών ανεπαρκών συνθηκών».[3-5]

1.1. Ο ορισμός των μαθησιακών δυσκολιών στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το ζήτημα των μαθησιακών δυσκολιών διερευνάται την τελευταία δεκαεπταετία και σχετίζεται με τη νομοθετική ρύθμιση αντικατάστασης μονομερώς ή ολικώς των γραπτών εξετάσεων από προφορικές, ιδιαίτερα στην περίπτωση της δυσλεξίας. Ο Ν. 3699/2008 αρθ. 3, όπως τροποποιήθηκε από τους νόμους 1143/85 και 2817/2000, θεωρεί ως ειδικές μαθησιακές δυσκολίες «... τη δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία και δυσορθογραφία». Ο ορισμός που έχει επικρατήσει στην ελληνική βιβλιογραφία είναι εκείνος που διατυπώθηκε στις

Η.Π.Α. από το National Joint Committee On Learning Disabilities. Αν και στο νόμο 1143/85 ο όρος μαθησιακές δυσκολίες χρησιμοποιείται όπως στους διεθνείς ορισμούς, στην πράξη κατέληξε να περιγράφει κάθε πρόβλημα σχολικής μάθησης ή καταχρηστικά να εντάσσει όλα τα πρωτογενή ή δευτερογενή προβλήματα στην περίπτωση των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών (φάσμα διαταραχών του γραπτού λόγου, ενίοτε και προφορικού), ιδιαίτερα στους μαθητές Λυκείου. Επιπλέον, με την ασάφεια που προαναφέρθηκε, η ελληνική νομοθεσία δε διατυπώνει έναν επίσημο ή λειτουργικό ορισμό, διακρίνοντας και ταξινομώντας αναλυτικά τα είδη των μαθησιακών δυσκολιών.[4,5]

1.2. Η ταξινόμηση των μαθησιακών δυσκολιών

Ο όρος «μαθησιακές δυσκολίες» χρησιμοποιείται γενικά ως ένας περιγραφικός χαρακτηρισμός, στον οποίο εμπεριέχονται μια σειρά από δυσλειτουργίες ή διαταραχές κατά τη λογική διεργασία της μάθησης. Οι μαθησιακές δυσκολίες διακρίνονται σε «ειδικές» και «γενικές», αναλόγως της ευρύτητας εκδήλωσής τους, καθώς και σε «πρωτογενείς» και «δευτερογενείς» με βάση το αίτιο που τις προκαλεί. Ως «ειδικές» ορίζονται οι «πρωτογενείς» μαθησιακές δυσκολίες, οι οποίες διαπιστώνονται από ελλείμματα δεξιοτήτων που εκδηλώνονται κυρίως στο μαθησιακό τομέα (π.χ. στο γραπτό λόγο, στην ανάγνωση). Αντιθέτως, «γενικές», ονομάζονται οι «πρωτογενείς» μαθησιακές δυσκολίες, που είναι περισσότερο διάχυτες και οι οποίες αν και εκδηλώνονται έντονα στη μάθηση δεν περιορίζονται μόνο σε αυτήν, καθώς σχετίζονται περισσότερο με το γενικό νοητικό δυναμικό. Επιπλέον, υπάρχουν και οι «δευτερογενείς» μαθησιακές δυσκολίες, οι οποίες δεν προκύπτουν από εν γένει γνωστικά ελλείμματα ή πιθανή μειωμένη νοητική ικανότητα (πρωτογενές ελλειμματικό μαθησιακό προφίλ) αλλά από ψυχοσυναισθηματικά, ψυχιατρικά, κοινωνικά, οικογενειακά παθογενείς καταστάσεις, εξαιτίας σωματικής ασθένειας - αναπηρίας ή ακόμη και λόγω περιβαλλοντικών, πολιτισμικών, οικονομικών παραγόντων (δευτερογενές ελλειμματικό μαθησιακό προφίλ). Αυτού του τύπου τις μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να εμφανίσει ένα παιδί που αναπτύσσεται σε στερητικό περιβάλλον, δίχως επαρκή φροντίδα και συναισθηματική στήριξη ή ένα παιδί με σημαντικά προβλήματα ανάπτυξης, όπως είναι οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Δ.Α.Δ.).[3,5] Συνεπώς, η γενικότερη αναφορά σε μαθησιακές δυσκολίες, παραπέμπει στις συνέπειες και τα αποτελέσματα των δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίζει ένας μαθητής και όχι στα αίτια, τα οποία υπάρχει περίπτωση να μη δυσχεραίνουν άμεσα, αλλά έμμεσα δηλαδή δευτερογενώς τη μαθησιακή διαδικασία.[5]

Όπως απεικονίζεται στο Σχήμα 1, παρά το σαφή εννοιολογικό διαχωρισμό μεταξύ των τριών κατηγοριών μαθησιακών δυσκολιών, είναι δυνατό να υφίστανται αρκετές αλληλοεπικαλύψεις. Στο πλαίσιο αυτό, σε παιδιά προερχόμενα από ιδιαίτερα προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον, τα οποία και εμφανίζουν «τυπικό προφίλ παιδιού με ειδική μαθησιακή δυσκολία στο γραπτό λόγο (φυσιολογική νοημοσύνη με αργή ανάγνωση και πολλά ορθογραφικά λάθη)», πιθανόν να μην μπορεί να διαπιστωθεί και να διακριθεί με ευχέρεια αν το ελλειμματικό μαθησιακό προφίλ είναι πρωτογενές

ή δευτερογενές ή σε ορισμένες περιπτώσεις συνδυασμός των ανωτέρω. Πιθανόν επίσης να υπάρχουν μαθητές με το προαναφερόμενο προφίλ στο γραπτό λόγο αλλά με οριακή νοημοσύνη ή παιδιά με σύνδρομο “Asperger”/αυτισμό που παρουσιάζουν διάχυτες μαθησιακές δυσκολίες, οι οποίες και συνδέονται με το σύνδρομο της αναπτυξιακής διαταραχής.[3]



Σχήμα 1. Η ταξινόμηση των μαθησιακών δυσκολιών

Αναφορικά με την επιμέρους διάκριση των μαθησιακών δυσκολιών, οι μαθησιακές δυσκολίες σύμφωνα με τα κριτήρια του διαγνωστικού εγχειριδίου της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV-TR)[6] κατανέμονται στις παρακάτω κατηγορίες (APA, 2000):

«Διαταραχή ανάγνωσης (δυσλεξία)- reading disorder

Διαταραχή μαθηματικών- mathematics disorder

Διαταραχή γραπτής έκφρασης –disorder of written expression

Μαθησιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς –learning disorder»

Ενώ σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10 (διαγνωστικό εγχειρίδιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας) «οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες εμπερικλείουν τις παρακάτω κατηγορίες (WHO, 2010)[7]:

«Ειδική διαταραχή ανάγνωσης (δυσλεξία) – specific reading disorder

Ειδική διαταραχή ορθογραφίας – specific spelling disorder

Ειδική διαταραχή αριθμητικών ικανοτήτων – specific disorder of arithmetical skills

Μικτή διαταραχή σχολικών ικανοτήτων – mixed disorder of scholastic skills»

1.3. Χαρακτηριστικά των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες

Ήδη από τη δεκαετία του 1960 είχε διαπιστωθεί μέσω στατιστικών ερευνών ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της έκπτωσης της σχολικής επίδοσης και της προβληματικής συμπεριφοράς του μαθητή γενικότερα. Είναι σύνηθες οι μαθητές με αντικοινωνικά χαρακτηριστικά να απουσιάζουν ή ακόμα και να διακόπτουν τη φοίτηση, ενώ παράλληλα το οικογενειακό τους περιβάλλον δε λειτουργεί υποστηρικτικά προς τις απαιτήσεις της εκπαίδευσής τους. Σύμφωνα και με επιστημονικές αναφορές, οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν σε αρκετές περιπτώσεις μη κόσμια συμπεριφορά. Επιπρόσθετα, η δυσχέρεια κατά τη διεργασία της μάθησης συσχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας.[8-10]

Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες χαρακτηρίζονται συχνά ως επιθετικοί, αρνητικοί και με παραβατική συμπεριφορά. Επειδή οι χαμηλές επιδόσεις επιβαρύνουν περαιτέρω το μαθησιακό προφίλ τους, εκείνοι αντιδρούν αμυντικά με άρνηση και φυγή. Αναζητούν την αναγνώριση με την επίθεση και την αποκάλυπτη διεκδίκηση ή για τον ίδιο λόγο αυτοπεριθωριοποιούνται.

Προς επίρρωση των παραπάνω, έρευνα του Εθνικού Κέντρου Δικαστηρίων στις Η.Π.Α. (National Center for State Courts) έχει αποφανθεί ότι το 36% των αρρένων φυλακισμένων παρουσίαζε μαθησιακές δυσκολίες, ενώ ένας στους τρεις περίπου διέκοπτε τη φοίτησή του στο σχολικό πλαίσιο της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ο ίδιος αριθμός οδηγούνταν στη φυλακή μέσα σε μια πενταετία από την αποφυλάκισή του. Το ίδιο αποθαρρυντικά είναι τα ευρήματα και για τις γυναίκες με μαθησιακές δυσκολίες. Είναι σύνηθες να εγκαταλείπουν τις υποχρεωτικές τους σπουδές και να μένουν έγκυοι με ή χωρίς τη θέλησή τους, ενώ συχνά φυλακίζονται και διαβιούν αποκομμένες από τα τέκνα τους.[11]

Ωστόσο, στην ελληνική πραγματικότητα δεν επαληθεύονται πάντοτε οι παραπάνω διαπιστώσεις. Οι Παπαθεοφίλου και συν, οι οποίοι μελέτησαν σε βάθος χρόνου (στην ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής του Πειραιά) 80 παιδιά 4 - 16 ετών με προβλήματα μάθησης, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μαθητές συνέχισαν την εκπαίδευσή τους, δεν περιθωριοποιήθηκαν και δεν απέκτησαν αντικοινωνική συμπεριφορά ή κάποιο είδος ψυχικής ή συναισθηματικής διαταραχής.[12]

1.4. Επιδημιολογικά στοιχεία

Η ετερογένεια των μαθησιακών δυσκολιών και οι δυσκολίες στον ορισμό και την ταξινόμησή τους δυσχεραίνουν την ακριβή εκτίμησή τους στο μαθητικό δυναμικό. Βιβλιογραφικά δεδομένα τοποθετούν τον αριθμό των μαθητών με «Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες» στο ποσοστό του 15 - 20% του συνολικού μαθητικού πληθυσμού. Η αναλογία αγοριών – κοριτσιών κυμαίνεται από 3:1 μέχρι 6:1.[13-15]

Στην Ελλάδα και με βάση τις καταγραφές του Υπουργείου Παιδείας, οι οποίες ακολουθούν τα «*διεθνή standards*», οι μαθητές με «*πραγματικές*» μαθησιακές δυσκολίες προσεγγίζουν το 5% του συνόλου των μαθητών (Εγκύκλιος Γ6/399/1.10.1984). Παράλληλη έρευνα του Υπουργείου ανέδειξε ότι το πλήθος των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες, που φοιτούν στο πλαίσιο της γενικής και όχι της ειδικής αγωγής, αγγίζει το ποσοστό του 10%. Στην κατάρτιση του Σχεδίου Νόμου, που αφορά την εκπαίδευση παιδιών με «*Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες*», επανεκτιμώνται από το ΥΠΕΠΘ τα προηγούμενα ποσοστά μεταξύ του 12 και 15%. Οι Μαρκοβίτης και συν. αυξάνουν τα προαναφερόμενα ποσοστά στο 10 - 20% του μαθητικού δυναμικού, αλλά θεωρούν τις περισσότερες περιπτώσεις σχετικά ήπιες, οι οποίες δύνανται να αντιμετωπιστούν από το δάσκαλο εντός του γενικού πλαισίου εκπαίδευσης ή με κατ' οίκον υποστήριξη του μαθητή.[14,15]

Στη Γερμανία, το ποσοστό των μαθητών που χρήζουν υποστήριξης από εξειδικευμένο εκπαιδευτικό προσωπικό, «*εξαιτίας μαθησιακών δυσκολιών και προβλημάτων συμπεριφοράς*», ανέρχεται στο 10% του συνολικού μαθητικού πληθυσμού. Στην Κύπρο τοποθετείται στο 11,2%, στη Δανία πλησιάζει το 13%, ενώ στην Βρετανία υπολογίζεται ότι για το 20% του μαθητικού πληθυσμού απαιτείται εκπαιδευτική ενίσχυση για περιορισμένο ή εκτενέστερο χρονικό διάστημα.[13-15]

1.5 Η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών και η αντιμετώπισή τους

Της αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών προηγείται εμπειριστατωμένη αξιολόγηση και διάγνωση, με σκοπό να διαγνωστούν οι μαθησιακές δυσκολίες, η έντασή τους, τυχόν συνυπάρχουσες διαταραχές και οικογενειακά και διαπροσωπικά προβλήματα. Με τη διαφοροδιάγνωση επιχειρείται η διάκριση των μαθησιακών δυσκολιών σε πρωτογενείς ή δευτερογενείς.[5,16,-18]

Η διαδικασία της αξιολόγησης είναι πολυεπίπεδη και πραγματοποιείται από διεπιστημονική ομάδα. Η διάγνωση στηρίζεται στα ακόλουθα:

A) Το ιστορικό. Χρειάζεται να ληφθεί ένα ολοκληρωμένο ιστορικό. Οι σχετικές πληροφορίες εστιάζουν στο γυναικολογικό - μαιευτικό ιστορικό, στις διαταραχές της συμπεριφοράς, στο οικογενειακό ιστορικό και στη διατροφή του παιδιού.

B) Τις ψυχολογικές εξετάσεις - δοκιμασίες. Αξιολογείται το νοητικό δυναμικό του παιδιού (νοομετρικός έλεγχος), σταθμίζονται οι γνωστικές του δεξιότητες (μνήμη, αφηρημένη σκέψη, λεκτικές και μη λεκτικές ικανότητες) και οι αντιληπτικές λειτουργίες (οπτικές, κινητικές, χωρικές και ακουστικές διεργασίες). Ανάμεσα στις δημοφιλέστερες ψυχομετρικές κλίμακες στην Ελλάδα είναι το τεστ του Raven και το τεστ WISC-III.

Γ) Την παιδοψυχιατρική – ιατρικές ευρύτερα εξετάσεις. Η ιατρική αξιολόγηση (ακουσολογική, οφθαλμολογική) χρειάζεται προκειμένου να εντοπιστούν βιολογικοί παράγοντες, που ίσως συσχετίζονται με τις μαθησιακές δυσκολίες. Κατά την παιδοψυχιατρική αξιολόγηση αντλούνται πληροφορίες για την προσωπικότητα του μαθητή, για το ιστορικό της ανάπτυξής του και για το

ψυχικό και συναισθηματικό προφίλ του. Εδώ σημειώνεται η συμβολή της οπτομετρικής αξιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα, η οπτομετρική παρέμβαση στοχεύει στην ενίσχυση των οπτικών δυσλειτουργιών, οι οποίες επιβαρύνουν τη σχολική απόδοση. Οι δυσλειτουργίες των οπτικών δεξιοτήτων εμποδίζουν τη διάρκεια συγκέντρωσης, την ταχύτητα επεξεργασίας, την ικανότητα πρόσληψης, συγκράτησης και ανάκλησης οπτικών δεδομένων και συνακόλουθα την αποτελεσματική απόδοση σε διαδικασίες όπως η ανάγνωση, η γραφή, η αντιγραφή ή η αρίθμηση. Μια τέτοια παρέμβαση κρίνεται απαραίτητη για κάθε παιδί που εμφανίζει οπτικές δυσλειτουργίες, ανεξάρτητα από τη διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών. Ωστόσο, ειδικά στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες η ενίσχυση των οπτικών δυνατοτήτων, μέσα από ένα πρόγραμμα οπτομετρικών ασκήσεων, παρέχει εργαλεία και δυνατότητες, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν καλύτερα τις καθημερινές προκλήσεις.[19]

Δ) *Την παιδαγωγική εξέταση.* Η εκπαιδευτική αξιολόγηση στοχεύει στον εντοπισμό και σαφή προσδιορισμό των μαθησιακών δυσκολιών (ανάγνωση, γραφή, ορθογράφηση, αρίθμηση, κατανόηση, αποκωδικοποίηση, πρόσληψη). Παράλληλα, εκτιμάται ο βαθμός υστέρησης σε σχέση με τους υπολοίπους μαθητές. Για τον εντοπισμό και χαρακτηρισμό του επιπέδου μάθησης και του είδους δυσκολιών των μαθητών διατίθεται μια πλειάδα εργαλείων, αναλόγως των παραμέτρων που πρόκειται να αξιολογηθούν.

Το νοητικό δυναμικό του μαθητή προσδιορίζεται με τα λεγόμενα τεστ νοημοσύνης, προκειμένου να γίνει δυνατός ο καθορισμός του βαθμού στον οποίο η νοητική ανάπτυξη του παιδιού συμβαδίζει και με τη χρονολογική του ηλικία, έτσι ώστε να υπάρχει ένα μέτρο σύγκρισης με τους συνομηλίκους του. Ειδικός παιδαγωγός αξιολογεί τη μαθησιακή πορεία με τη βοήθεια τυπικών και άτυπων κριτηρίων αξιολόγησης.[4] Μια ολοκληρωμένη διεπιστημονική αξιολόγηση επιτρέπει τον ασφαλέστερο σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου προγράμματος. Για το σκοπό αυτό αξιοποιούνται πληροφορίες από έντυπα δεδομένα του σχολείου (περιγραφική αξιολόγηση, εργασίες, κριτήρια αξιολόγησης) με παράλληλη παρατήρηση του μαθητή εντός τάξης.[4,20-22]

Οι τομείς που αξιολογούνται είναι:

- (α) «Προφορική έκφραση
- (β) Ακουστική κατανόηση
- (γ) Γραπτή έκφραση
- (δ) Βασικές ικανότητες στην ανάγνωση
- (ε) Αναγνωστική κατανόηση
- (στ) Μαθηματικοί υπολογισμοί
- (η) Μαθηματική σκέψη»

Ο μαθητής δεν έχει ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όταν η απόκλιση μεταξύ νοημοσύνης - επίδοσης είναι αποτέλεσμα:

- (α) «Οπτικής, ακουστικής ή κινητικής διαταραχής
- (β) Νοητικής υστέρησης
- (γ) Συναισθηματικής διαταραχής
- (δ) Πολιτισμικής ή κοινωνικοοικονομικής αποστέρησης»

1.5.1. Διαγνωστικά εργαλεία

Υφίσταται πληθώρα κριτηρίων, μεθόδων και εργαλείων αξιολόγησης που εφαρμόζονται για τη διεπιστημονική διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών. Στόχος της επιστημονικής κοινότητας που ερευνά θέματα ειδικής αγωγής στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, αποτελεί η καθιέρωση και τυποποίηση κοινά αποδεκτών κανόνων στις μεθόδους, στα μέσα και στη διαδικασία αξιολόγησης.[21] Η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών στοχεύει αφενός στον αποκλεισμό προβλημάτων (π.χ. νοητική υστέρηση), στη διαπίστωση του προβλήματος και στην περαιτέρω κατάταξή του (π.χ. δυσλεξία, δυσαριθμησία) και αφετέρου στη μετέπειτα υποστηρικτική παρέμβαση.

Προαπαιτούμενο δεδομένο της διάγνωσης των μαθησιακών δυσκολιών είναι η αξιολόγηση του νοητικού δυναμικού, με βάση το γενικό δείκτη νοημοσύνης, ο οποίος συνιστά ψυχομετρικό δείκτη και επιτρέπει την ταξινόμηση της νοητικής λειτουργίας του παιδιού σε κάποιο επίπεδο. Αποδίδεται μια γενική εκτίμηση του νοητικού επιπέδου του μαθητή και παρέχεται η δυνατότητα σύγκρισης της επίδοσής του με αυτή των συνομηλίκων του, σύμφωνα με την κλίμακα νοημοσύνης στην οποία κατατάχθηκε, μέσω καθορισμένου ψυχομετρικού εργαλείου (τεστ) ανίχνευσης. Το ελληνικό WISC-III επιτρέπει επίσης στον αξιολογητή να καταγράψει την εκατοστιαία τιμή που αντιστοιχεί στο γενικό δείκτη νοημοσύνης ενός συγκεκριμένου παιδιού. Επιπλέον, παρέχει στον αξιολογητή τη δυνατότητα να διατυπώσει την επίδοση του παιδιού σε υποκλίμακες, με όρους που παρουσιάζουν την αναπτυξιακή - νοητική του ηλικία, η οποία προβάλλει πληροφορίες για το επίπεδο ανάπτυξης που έχει κατακτήσει το παιδί σε κάθε δεδομένη ηλικία.[18]

Πίνακας 1. Ταξινόμηση του επιπέδου της νοητικής λειτουργίας του παιδιού βάσει της επίδοσής του στο WISC-III

Δείκτης γενικής νοημοσύνης	Επίπεδο νοητικής λειτουργίας
130 και άνω	Ανώτατο
120-129	Ανώτερο
110-119	Ανώτερο φυσιολογικό
90-109	Μέσο φυσιολογικό
80-89	Χαμηλό φυσιολογικό
70-79	Οριακό
69 και κάτω	Νοητική υστέρηση

Ένας κατάλογος των κυριότερων δοκιμασιών (εργαλείων) που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών παρατίθεται ευθύς αμέσως, ενώ αναλυτική παρουσίασή τους γίνεται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας.[4]:

- *Δοκιμασία προσληπτικού λεξιλογίου: The Peabody Picture Vocabulary Test – Revised*
- *The Peabody Picture Vocabulary Test-Revised (PPVT-R)*
- *PACS (Φωνολογική αξιολόγηση του παιδικού λόγου)*
- *Αθηνά Τεστ*
- *WISC-III*
- *Εργαλείο Ανίχνευσης της διερεύνησης διαταραχών της διαδικασίας της μάθησης και της κατηγοριοποίησης στο νηπιαγωγείο και στο δημοτικό (Ηλικίες 9-12 έτη).*
- *Τεστ Ανάγνωσης «Τεστ- Α»*
- *Εργαλείο Ανίχνευσης και Διερεύνησης των Αναγνωστικών Δυσκολιών στο Νηπιαγωγείο και Α΄ – Β΄ Δημοτικού*
- *Λογισμικό Ανίχνευσης Μαθησιακών Δεξιοτήτων και αδυναμιών «ΛΑΜΔΑ»*
- *Τεστ & Μέθοδος Παυλίδη*
- *Τεστ αναγνωστικής ικανότητας*
- *Εργαλείο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής παιδιών Προσχολικής και Σχολικής Ηλικίας*
- *Αξιολόγηση της μαθησιακής ετοιμότητας στη Συναισθηματική Οργάνωση με τη Λίστα Ελέγχου Βασικών Δεξιοτήτων «ΛΕΒΔ»*

1.5.2. Αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες προσεγγίσεις, που εξυπηρετούν την αντιμετώπιση του προβλήματος μέσα και έξω από το σχολείο:

A) Συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις. Εδώ έχει θέση το μοντέλο της «προγραμματισμένης διδασκαλίας μέσα από αναλυτικά επεξεργασμένους στόχους», το οποίο βασίζεται στην «άμεση διδασκαλία» και στις «επανορθωτικές στρατηγικές». Με κύριο γνώμονα το πόρισμα της αξιολόγησης σχεδιάζονται οι εκπαιδευτικοί στόχοι και οι μέθοδοι διδασκαλίας. Τακτικά προσαρμόζεται και η πορεία του προγράμματος, με την ημερησία καταγραφή του εντός και εκτός του σχολικού πλαισίου (ανάλογα με το είδος της υποστήριξης που λαμβάνει ο μαθητής).

B) Κοινωνικογνωστικές προσεγγίσεις. Στοχεύουν στο να καλλιεργηθούν και να αναπτυχθούν οι γνωστικές λειτουργίες και δυναμικές του μαθητή, ο οποίος είναι ενεργός μέτοχος στην πορεία μάθησης. Εδώ ανήκουν οι γενικές στρατηγικές μάθησης : «εσωτερικός διάλογος και λεκτική καθοδήγηση, επανάληψη και ανασκόπηση, γνωστική διαμόρφωση της συμπεριφοράς, οργάνωση και συσχέτιση της ύλης, μνημονικές τεχνικές, προβλέψεις και έλεγχος» [23], καθώς και οι ειδικές στρατηγικές παρέμβασης: «άσκηση στρατηγικών αναζήτησης, αυτοπαρατήρηση και αυτοκαθοδήγηση, χρήση αυτοερωτήσεων» [23], αλλά και οι ψυχοπαιδαγωγικές αρχές ανάπτυξης και καλλιέργειας του αυτοσυναίσθηματος: «επικοινωνία, συνεργασία, δομή-οργάνωση-τάξη, ειλικρίνεια, επιτυχία, ενδιαφέροντα-κίνητρα».[23]

Στις σχολικές μονάδες και ευρύτερα στην εκπαιδευτική κοινότητα σύμφωνα με την αρχή της ενσωμάτωσης και της συνένταξης, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες γίνονται αποδέκτες διδασκαλίας και ειδικής παρέμβασης στη γενική, «κανονική» τάξη. Αναλόγως της λειτουργικής και οργανωτικής ρύθμισης του εκπαιδευτικού συστήματος, καθώς και του αναλυτικού προγράμματος, επιλέγονται διάφορες λύσεις, όπως [23,24]:

- Φοίτηση με υποστήριξη: καθορισμένες ώρες διδασκαλίας εβδομαδιαίως από τον εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής στην ειδική τάξη / Τμήμα Ένταξης. Ο εκπαιδευτικός της γενικής τάξης λειτουργεί συνεργατικά με τον εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής.

- Ο σύμβουλος ειδικής κυρίως αγωγής συχνά επιδίδεται σε παρατήρηση των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες στο σχολείο και συνεργάζεται είτε συμβουλευτικά είτε καθορίζοντας εξατομικευμένα προγράμματα. Ο εκπαιδευτικός της κανονικής τάξης εφαρμόζει στοχευμένα στο μαθητή με μαθησιακές δυσκολίες τη διαφοροποιημένη μεθοδολογία, διδακτική και το σχεδιασμό του εξατομικευμένου προγράμματος, πλαισιώνοντάς το ταυτόχρονα με το αναλυτικό πρόγραμμα της γενικής αγωγής.

- Συνεργατική μάθηση (Co-teaching). Παράλληλη συνεργασία ειδικών εκπαιδευτικών (που φέρουν την ιδιότητα των συμβούλων, αξιολογητών μαθησιακών δυσκολιών) και εκπαιδευτικών γενικής αγωγής στο πλαίσιο της γενικής τάξης (ο μαθητής διδάσκεται μόνο από τον καθηγητή της

τάξης, ο οποίος συνεργάζεται με ειδικούς, όπως και προαναφέρθηκε). Η συνεργατική μάθηση, όπου δύναται λειτουργεί και διεπιστημονικά, υποστηριζόμενη από αντίστοιχους φορείς του Υπουργείου Παιδείας (π.χ. Κέντρο Διάγνωσης Διαφοροδιάγνωσης και Υποστήριξης - ΚΕ.Δ.Δ.Υ.), του υπουργείου Υγείας (π.χ. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κ.Ψ.Υ).

- Παράλληλη στήριξη. Ο μαθητής, στο πλαίσιο της γενικής τάξης, υποστηρίζεται εκπαιδευτικά και μαθησιακά και από τον ειδικό παιδαγωγό και από το δάσκαλό της τάξης. Αρμοδιότητες και καθήκοντα διασαφηνίζονται και επεξηγούνται στο Ν.3699/2008 περί ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης.

- Κατ' οίκον ή κατ' ιδίαν διδασκαλία. Προτείνονται και αδειοδοτούνται - χορηγούνται από δημόσιο νοσοκομείο ή άλλους επίσημους φορείς του Υπουργείου Υγείας (Υγειονομική Υπηρεσία) σε περιπτώσεις σοβαρών προβλημάτων υγείας, πιστοποιημένων ποσοστών αναπηρίας ή ψυχικών, ψυχιατρικών διαταραχών.

1.6. Αίτια των μαθησιακών δυσκολιών

Οι μαθησιακές δυσκολίες έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία και αποδίδονται στα κάτωθι:

α) Γενετικές και εγκεφαλικές διαταραχές

Εδώ αναφέρονται η εγκεφαλική δυσλειτουργία και οι χρωμοσωμικές διαταραχές. Ειδικά δε για τη δυσλεξία θεωρείται ότι προέρχεται *«από μια ανικανότητα να αισθανθεί κανείς τις γρήγορες αλλαγές στο περιβάλλον του»*. Η αιτιολογία αποδίδεται *«σε μορφολογικές αλλοιώσεις στο νευρικό σύστημα των δυσλεκτικών ατόμων»*.

β) Προγεννητικούς, περιγεννητικούς και μεταγεννητικούς παράγοντες

Η ελλιπής ή κακής ποιότητας σίτιση της εγκύου (υποσιτισμός), η έκθεσή της σε ιοντίζουσα ακτινοβολία ή τοξικές ουσίες, ο αλκοολισμός κ.ά. συνιστούν προγεννητικά αίτια. Στα περιγεννητικά κατατάσσονται ο πρόωρος τοκετός, η κρανιακή πίεση στη διάρκεια του τοκετού κ.ά. Στα μεταγεννητικά λοιμώξεις όπως η μηνιγγίτιδα αλλά και άλλα νοσήματα, όπως οι αλλεργίες ή το άσθμα, η δίαιτα υψηλή σε ζάχαρη κ.ά.[25-27]

γ) Περιβαλλοντικούς παράγοντες

Οι παράγοντες αποδιδόμενοι στο περιβάλλον διακρίνονται σε οικογενειακούς και εκπαιδευτικούς. Η εμφάνιση δυσκολιών στη μάθηση συναρτάται με την έκπτωση του οικογενειακού θεσμού και τα ελλείμματα του εκπαιδευτικού πλαισίου (οργανωτική λειτουργία του εκπαιδευτικού συστήματος, του αναλυτικού προγράμματος σπουδών, του εποπτικού υλικού, της ανεπαρκούς επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών, της απουσίας ειδικών δομών). Ταυτόχρονα δρα αρνητικά η ελλιπής οργάνωση και στελέχωση των ιατροπαιδαγωγικών δομών με τη μη συστηματική χρήση κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων, καθώς και η έλλειψη πρώιμης ή ύστερης εμπειριστατωμένης επιστημονικής παρέμβασης.[28-30]

1.7. Δομή και λειτουργία των ΚΕ.Δ.Δ.Υ.

Το ακρωνύμιο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. αναφέρεται στο Κέντρο Διάγνωσης Διαφοροδιάγνωσης και Υποστήριξης μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μαθησιακού ή άλλου τύπου. Βασίζεται στον κανονισμό λειτουργίας των Κ.Δ.Α.Υ. (Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης) του Ν.2817/2000 και του Ν.3699/2008. Τα Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης (Κ.Ε.Δ.Δ.Υ.), παλαιότερα ονομαζόμενα Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.), λειτουργούν στις έδρες των νομών και νομαρχιών, ως αποκεντρωμένες δημόσιες υπηρεσίες, τα οποία υπάγονται απευθείας στο Υπουργείο Παιδείας. Σκοπός των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. είναι η προσφορά υπηρεσιών διάγνωσης, αξιολόγησης και υποστήριξης των μαθητών και κυρίως εκείνων που έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς και υποστήριξης, πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών, των γονέων και της κοινωνίας.[31,32]

Στη Λάρισα ιδρύθηκε το 2001 και είναι από τα αρτιότερα της χώρας. Συνιστά αποκεντρωμένη δημόσια υπηρεσία εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας και υπάγεται στην Περιφερειακή Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Θεσσαλίας. Βρίσκεται στην πόλη της Λάρισας στη διεύθυνση Καστοριάς 2^Α. Στεγάζεται στον πρώτο όροφο ενός διώροφου κτηρίου. Καταλαμβάνει περίπου 400 τ.μ. και αποτελείται από 13 μικρές αίθουσες αξιολόγησης. Ο βασικός εξοπλισμός για τη διεκπεραίωση των περιστατικών είναι οι υπολογιστές.

Το ΚΕ.Δ.Δ.Υ. αξιολογεί παιδιά που φέρουν τη μαθητική ιδιότητα και δεν έχουν συμπληρώσει το 22ο έτος της ηλικίας τους. Οι αρμοδιότητές του σύμφωνα με το Άρθρο 4, παρ.1, Ν.3699/2008 είναι οι εξής:

- Ανίχνευση και διαπίστωση του είδους και του βαθμού των δυσκολιών των μαθητών της προσχολικής και σχολικής ηλικίας.
- Κατάρτιση εξατομικευμένων ή ομαδικών προγραμμάτων διδακτικής υποστήριξης.
- Καθορισμός εκπαιδευτικού υλικού και τεχνικών οργάνων που διευκολύνουν τη μαθησιακή διαδικασία και την προσβασιμότητα στους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μέσα στο σχολείο, στην έδρα του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. ή στο σπίτι του μαθητή (κατ' οίκον ή κατ' ιδίαν διδασκαλία).
- Εισήγηση της κατάταξης, εγγραφής και φοίτησης στην κατάλληλη σχολική μονάδα ή σχολικό πλαίσιο. Παράλληλη παρακολούθηση και αξιολόγηση της εκπαιδευτικής πορείας των μαθητών σε συνεργασία με τους σχολικούς συμβούλους ειδικής και γενικής αγωγής και τους διευθυντές και εκπαιδευτικούς των σχολικών μονάδων.
- Εισήγηση για την «αντικατάσταση των γραπτών δοκιμασιών των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες με προφορικές ή άλλης μορφής δοκιμασίες στις προαγωγικές και απολυτήριες εξετάσεις των σχολείων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας

εκπαίδευσης, καθώς και στις εισαγωγικές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Οι εισηγήσεις αφορούν εκτός των μαθητών που φοιτούν σε σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής (ΣΜΕΑΕ) και μαθητές που φοιτούν σε σχολεία της γενικής εκπαίδευσης»[32]. Οι εισηγήσεις για τους εναλλακτικούς τρόπους αξιολόγησης, μεθόδους διδασκαλίας και ελέγχου γνώσεων εναρμονίζονται με το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών και απευθύνονται σε μαθητές με ειδικές, γενικευμένες και δευτερογενείς μαθησιακές δυσκολίες.

- Προτάσεις για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόωμης παρέμβασης.
- Την εισήγηση στις αρμόδιες υπηρεσίες για τον τρόπο λειτουργίας και πορείας των ΣΜΕΑΕ και των Τμημάτων Ένταξης.
- Τη σύνταξη εκθέσεων και προτάσεων για τις ενδεχόμενες κτηριακές ή υλικοτεχνικές παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν στις ΣΜΕΑΕ και στα σχολεία γενικής εκπαίδευσης της περιοχής αρμοδιότητας του κάθε ΚΕ.Δ.Δ.Υ.
- Τη σύνταξη ετήσιας έκθεσης πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στους αντίστοιχους φορείς του Υπουργείου Παιδείας.
- Στο πλαίσιο της υποστήριξης το ΚΕ.Δ.Δ.Υ. αναλαμβάνει ομιλίες και συμβουλευτική μαθητών, γονέων και εκπαιδευτικών, αναφορικά με οποιαδήποτε αιτία δημιουργίας μαθησιακών δυσκολιών.

Η αξιολόγηση των μαθητών πραγματοποιείται από πενταμελή διεπιστημονική επιτροπή και το πόρισμα της γνωμάτευσης εκδίδεται μετά το πέρας της αξιολόγησης και την έλευση της περιγραφικής αξιολόγησης των εκπαιδευτικών του σχολείου που φοιτά ο μαθητής / τρια, με σκοπό τα δεδομένα του περιστατικού να είναι πλήρη. Παράλληλα, ζητούνται να κατατεθούν από τους κηδεμόνες αντίγραφα εγγράφων ιατροπαιδαγωγικού περιεχομένου, καθώς και στοιχεία από το βιβλιάριο υγείας των μαθητών.

Η διεπιστημονική επιτροπή του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. αποτελείται από εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης της προσχολικής (νηπιαγωγό), πρωτοβάθμιας (δάσκαλο) ή δευτεροβάθμιας αγωγής (φιλόλογο και μαθηματικό), ανάλογα με τη βαθμίδα φοίτησης του μαθητή, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, λογοπεδικούς και ένα φυσικοθεραπευτή. Το ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Λάρισας υποστηρίζεται και από παιδοψυχίατρο. Δύναται να συμμετέχει και εργοθεραπευτής. Τα μέλη του είναι είτε μόνιμο προσωπικό είτε από απόσπαση είτε αναπληρωτές. Η διεπιστημονική ομάδα εκδίδει γνωμάτευση με τον ορισμό και την περιγραφή των δυσκολιών που έχει ο μαθητής / τρια και συγκεκριμένες προτάσεις για την υποστήριξή του. Η γνωμάτευση παρέχεται στους γονείς και στο σχολείο. Για την παραπομπή του μαθητή στην υπηρεσία πρέπει ο γονέας προσωπικά να υποβάλλει αίτημα. Στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση επιβάλλεται να ενημερωθεί και να συνηγορήσει και ο σχολικός σύμβουλος, ενώ για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ο γονέας και μόνο αποφασίζει για την παραπομπή. Οι αξιολογήσεις πραγματοποιούνται σύμφωνα με τη σειρά πρωτοκόλλησης του αιτήματος. Εξαιρούνται περιστατικά

που χρήζουν άμεσης αξιολόγησης. Η γνωμάτευση καθορίζεται με μόνιμη ισχύ ή με ημερομηνία επαναξιολόγησης.[31,32]

Τα πεδία αξιολόγησης, όπως παρουσιάζονται στη γνωμάτευση του μαθητή και αξιολογούνται από τη διεπιστημονική ομάδα, με τα συνοδά έγγραφα δημόσιων φορέων υγείας, είναι τα ακόλουθα:

- Νοητική ανωριμότητα
- Ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα όρασης (τυφλός, αμβλύωπας)
- Ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα ακοής (κωφός, βαρήκοος)
- Σοβαρά ορθοπεδικά ή νευρολογικά προβλήματα
- Σοβαρά προβλήματα υγείας
- Προβλήματα λόγου-ομιλίας
- Ειδικές δυσκολίες στη μάθηση (Δυσλεξία, Δυσορθογραφία, Δυσαναγνωσία,

Δυσγραφία, Δυσαριθμησία)

- Σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες
- Αυτισμός και άλλες διαταραχές ανάπτυξης
- Πολλαπλές αναπηρίες
- Άλλες δυσκολίες (χαμηλές επιδόσεις, γνωστικά ελλείμματα, εκπαιδευτικά ελλείμματα, γενικευμένες μαθησιακές δυσκολίες, δευτερογενείς μαθησιακές δυσκολίες)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΡΟ- ΠΕΡΙ- ΚΑΙ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

2.1. Ορισμοί

Η προγεννητική περίοδος εκτείνεται από τη σύλληψη έως και τον τοκετό. Ωστόσο, συμβατικά, ως καθαυτό προγεννητική περίοδος ορίζεται το διάστημα μέχρι την 28^η εβδομάδα της κύησης, ενώ ως περιγεννητική περίοδος ορίζεται το χρονικό διάστημα από την 28^η εβδομάδα κύησης μέχρι και την 7η μέρα μετά τη γέννηση. Η περίοδος μετά τον τοκετό έχει ονομαστεί το «τέταρτο στάδιο του τοκετού» και εμφανίζει τρεις διακριτές αλλά συνεχείς φάσεις (μεταγεννητική περίοδος). Η αρχική (οξεία) φάση περιλαμβάνει τις πρώτες 6-12 ώρες μετά τον τοκετό. Πρόκειται για μια περίοδο ταχείας αλλαγής με εν δυνάμει επείγοντα συμβάματα, όπως η αιμορραγία μετά τον τοκετό, η εκτροφή της μήτρας, η εμβολή του αμνιακού υγρού και η εκλαμψία. Η δεύτερη φάση είναι η υποξεία περίοδος μετά τον τοκετό, η οποία διαρκεί 2-6 εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, το σώμα υφίσταται σημαντικές αλλαγές, όσον αφορά την αιμοδυναμική και τη γεννητική ανάκαμψη, το μεταβολισμό και τη συναισθηματική κατάσταση. Παρόλα αυτά, οι αλλαγές είναι λιγότερο γρήγορες από ό,τι στην οξεία φάση μετά τον τοκετό και η γυναίκα είναι γενικά σε θέση να εντοπίζει προβλήματα διάθεσης, αλλά και οργανικές δυσλειτουργίες (περιγεννητική καρδιομυοπάθεια, επιλόχειος κατάθλιψη). Η τρίτη φάση είναι η όψιμη περίοδος μετά τον τοκετό, η οποία μπορεί να διαρκέσει έως 6 μήνες. Οι αλλαγές κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης είναι εξαιρετικά σταδιακές και η παθολογία είναι σπάνια.[33]

2.2 Γυναικολογικές και μαιευτικές επιπλοκές: συσχέτιση με την ανάπτυξη του κυήματος

Στη λαϊκή παράδοση πολλών κοινωνιών υπάρχει η δοξασία ότι οι εμπειρίες της εγκύου ασκούν σημαντική επιρροή στη μεταγεννητική ανάπτυξη του παιδιού: οι επιθυμίες της, οι φόβοι της «περνάνε» στο παιδί της, το οποίο θα επιθυμεί, θα φοβάται ή θα θαυμάζει ό,τι και η μητέρα του. Πράγματι, υπάρχουν ενδείξεις ότι το έμβryo επηρεάζεται από ορισμένα γεγονότα που λαμβάνουν χώρα και έξω από το σώμα της μητέρας. Σε αυτό συνηγορεί το πείραμα της Lee Salk (1973). Στο νοσοκομείο που εργαζόταν οι μητέρες διέμεναν συνήθως χωριστά από τα νεογέννητα βρέφη τους. Αποφάσισε να σχηματίσει τρεις ομάδες βρεφών, οι οποίες θα βίωναν τρεις διαφορετικές πειραματικές συνθήκες. Η μία ομάδα εκτέθηκε σε φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό 80 παλμών ανά λεπτό, δηλαδή το ρυθμό που θα αντιλαμβάνονταν ακουστικά όταν ήταν ακόμα μέσα στη μήτρα. Η δεύτερη ομάδα άκουγε αυξημένους καρδιακούς παλμούς 120 παλμών ανά λεπτό και η τρίτη ομάδα δεν άκουγε κανένα ιδιαίτερο ήχο. Τα βρέφη της ομάδας των αυξημένων παλμών «αναστατώθηκαν» τόσο πολύ που η Salk αναγκάστηκε να αποσύρει την ομάδα αυτή από το πείραμα. Τα βρέφη που άκουγαν το

φυσιολογικό παλμό, σε σύγκριση με τα βρέφη που δεν άκουγαν τίποτα συγκεκριμένο, κέρδισαν περισσότερο βάρος και έκλαιγαν λιγότερο στις τέσσερις μέρες που διήρκεσε το πείραμα. Η συγκεκριμένη επίδραση του ήχου του φυσιολογικού παλμού υποδηλώνει ότι η εμπειρία των βρεφών μέσα στη μήτρα κατέστησε τον ήχο αυτόν οικείο και επομένως καθησυχαστικό. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση εμβρύου και ενδομήτριου και εξωτερικού περιβάλλοντος είναι γεγονός. Στο πλαίσιο αυτό είναι πιθανό ότι τα αισθήματα ευημερίας της μητέρας και η στάση της απέναντι στην εγκυμοσύνη της επηρεάζουν την ποιότητα της ανάπτυξης του εμβρύου. Ένας συμπονετικός σύντροφος και η υποστήριξη από τα άλλα μέλη της οικογένειας, η επαρκής στέγαση και η σταθερή απασχόληση είναι παράγοντες που παρέχουν στη γυναίκα μια βασική αίσθηση ασφάλειας και τελικά προάγουν την προοπτική ενός υγιούς βρέφους και αργότερα παιδιού.[34,35]

Μια εκτενής μελέτη στην Τσεχοσλοβακία τις δεκαετίες του 1960 και 1970 μαρτυρά ότι οι αρνητικές στάσεις της μητέρας μπορεί να έχουν δυσμενή επίδραση στην έκβαση του κυήματος, επηρεάζοντας ουσιαστικά την προγεννητική ανάπτυξη. Ο Henry David (1981) μελέτησε τη ζωή 220 παιδιών, των οποίων οι μητέρες παρουσίαζαν όχι θετικές στάσεις προς την εγκυμοσύνη, ζητώντας δύο φορές τη διακοπή της. Σε περίπτωση άρνησης της άμβλωσης οι γιατροί διαμόρφωναν την πεποίθηση ότι οι γυναίκες αυτές ήταν ικανές να γεννήσουν και να μεγαλώσουν ένα παιδί. Τα ανεπιθύμητα παιδιά είχαν μικρότερο βάρος γέννησης και χρειάστηκαν περισσότερη ιατρική φροντίδα από τα παιδιά της ομάδας ελέγχου, παρόλο που και οι μητέρες αυτών των παιδιών είχαν άμεση πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα και η υγεία τους ήταν καλή. Επίσης, μικρότερο ήταν το ποσοστό των ανεπιθύμητων παιδιών που είχαν θηλάσει, ενώ είχαν και περισσότερες δυσκολίες στο σχολείο και παραπέμπονταν πιο συχνά για ψυχιατρική υποστήριξη στην εφηβεία.[26]

Η ορμονική αναστάτωση που προκαλεί στη μητέρα το stress (έκκριση κορτιζόλης και αδρεναλίνης) έχει μετρήσιμες επιδράσεις στην κινητικότητα του εμβρύου. Όταν μια γυναίκα βιώνει έντονα αγχογόνες καταστάσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσει σοβαρές επιπλοκές, όπως αποβολή, μακρύ, επώδυνο και πρόωρο τοκετό. Παράλληλα, επιδέχεται να γεννήσει ένα παιδί ευερέθιστο και υπερκινητικό, με προβλήματα διατροφής, ύπνου και πέψης.[35]

Ακραίος υποσιτισμός

Η ανεπαρκής θρέψη της μητέρας έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου, όπως δείχνουν μελέτες σε περιόδους αιφνίδιας ή παρατεταμένης έλλειψης τροφίμων. Το φθινόπωρο και το χειμώνα του 1944 - 45 για παράδειγμα η σιτοδεία έπληξε τις μεγαλύτερες πόλεις της δυτικής Ολλανδίας. Κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά το λιμό, παρατηρήθηκε μια έντονη αύξηση στις αποβολές, στις διαμαρτίες και στους θανάτους κατά τον τοκετό. Τα βρέφη εκείνα που γεννήθηκαν ζωντανά είχαν πολύ μικρότερο βάρος από το φυσιολογικό. Ακόμα και ο μέτριος υποσιτισμός αυξάνει τον κίνδυνο για το έμβryo. Ωστόσο, οι επιδράσεις της κακής θρέψης δεν είναι εύκολο να

αξιολογηθούν, γιατί οι υποσιτιζόμενες μητέρες συχνά ζουν σε αποστερημένο περιβάλλον, με τη στέγαση, την υγιεινή, την παιδεία και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη να είναι επίσης ανεπαρκείς.[35]

Φάρμακα με συνταγή και φάρμακα χωρίς συνταγή

Από την εποχή της θαλιδομίδης έχει βρεθεί ότι πολλά φάρμακα προκαλούν ανωμαλίες στον αναπτυσσόμενο οργανισμό, συμπεριλαμβανομένων των αντιβιοτικών στρεπτομυκίνης και τετρακυκλίνης, των αντιπηκτικών, των αντισπασμωδικών και των περισσότερων συνθετικών ορμονών. Σε μεγάλες δόσεις ακόμη και η ασπιρίνη ενδέχεται να προκαλέσει ανωμαλίες. Όλα τα φάρμακα μπορούν να εισέλθουν στο κυκλοφορικό σύστημα και λίγα έχουν μελετηθεί αρκετά, ώστε να μπορούν να χαρακτηριστούν ως «ασφαλής» για την έγκυο. Επομένως, είναι κρίσιμη η ιατρική ενημέρωση πριν τη χρήση – λήψη οποιουδήποτε φαρμάκου. Στους γιατρούς συνιστάται να δίνουν στις εγκύους μόνο τα φάρμακα που είναι απολύτως απαραίτητα και χωρίς επικινδυνότητα επιπλοκών κύησης.[35]

Λοιμώξεις και άλλες παθήσεις

Πολλοί μικροοργανισμοί που προκαλούν λοιμώξεις μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο το έμβρυο και το νεογέννητο. Αρκετοί λοιμογόνοι παράγοντες μεταφέρονται από τη μητέρα στο έμβρυο μέσω του πλακούντα (κάθετη μετάδοση). Συμβαίνει όμως το έμβρυο να κινδυνεύει να μολυνθεί κατά την έξοδό του από τη μήτρα την ώρα του τοκετού. Παραδείγματα νόσων με εν δυνάμει δραματικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου συνιστούν η ερυθρά και το AIDS.[35]

Ερυθρά

Η ερυθρά προκαλεί αναπτυξιακές ανωμαλίες σε ποσοστό άνω του 50% στα βρέφη των οποίων η μητέρα προσβάλλεται από ερυθρά στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Η μόλυνση στους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης οδηγεί συχνά σε ένα σύνδρομο συγγενούς καρδιοπάθειας, καταρράκτη, κώφωσης και νοητικής στέρησης. Η δημιουργία του εμβολίου για την ερυθρά το 1969, μείωσε αρκετά τον επιπολασμό της νόσου, χωρίς όμως να την εξαφανίσει. Στις γυναίκες συνιστάται να αποφύγουν την εγκυμοσύνη, εάν δεν έχουν περάσει έξι μήνες από τότε που έκαναν το εμβόλιο.[36,37]

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS)

Στις Η.Π.Α. 6.000 εγκυμοσύνες το χρόνο παρουσιάζουν επιπλοκές, λόγω AIDS. Μεταδίδεται κάθετα στο 50% των βρεφών των οροθετικών μητέρων. Ο ιός μπορεί να μεταδίδεται από τη μητέρα στο έμβρυο είτε διαπλακουντιακά ή λόγω της έκθεσης του νεογνού στο μολυσμένο αίμα της μητέρας την ώρα της γέννησης. Συνιστάται χημειοπροφύλαξη στο βρέφος αμέσως μετά τη γέννηση, ενώ οι

έγκυοι τίθενται σε αντιρετροϊκή αγωγή, ανεξαρτήτως αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων και σταδίου της νόσου.[35,38]

Πίνακας 1. Ορισμένες νόσοι της μητέρας που μπορεί να επηρεάσουν την προγενετική ανάπτυξη.

Νόσοι κατά τον τοκετό	
Χλαμύδια	Κίνδυνος επιμόλυνσης των οφθαλμών του νεογνού. Συνιστάται η χορήγηση σταγόνων αργυρούχου νιτρικού άλατος αμέσως μετά τη γέννηση, προς αποφυγή της τύφλωσης.
Απλός έρπητας (των γεννητικών οργάνων)	Η μόλυνση λαμβάνει χώρα συνήθως κατά τη γέννηση και ενώ το νεογνό έρχεται σε επαφή με τις εκθύσεις του έρπητα στα γεννητικά όργανα της μητέρας. Σημειώνεται ωστόσο ότι ο ιός μπορεί να περάσει τον πλακουντιακό φραγμό και να μολύνει το έμβρυο. Σοβαρή εγκεφαλική βλάβη και τύφλωση είναι οι πιθανές συνέπειες. Καθώς δεν υπάρχει θεραπεία, συνιστάται καισαρική τομή.
Σύφιλη	Η σύφιλη μπορεί να έχει βαρύτερες συνέπειες στο έμβρυο. Περίπου 25% των προσβεβλημένων εμβρύων εκτιμάται ότι θα γεννηθούν νεκρά. Όσα επιζήσουν είναι πιθανό να εμφανίσουν κώφωση, νοητική υστέρηση ή διάφορες παραμορφώσεις. Εξέταση αίματος για τη διάγνωση της νόσου και έγκαιρη χορήγηση της ενδεδειγμένης θεραπείας είναι η συνιστώμενη τακτική, καθώς η ωχρά σπειροχαίτη δεν περνά το φραγμό του πλακούντα πριν από την 21 εβδομάδα της κύησης.
Νόσοι ενδομητρίως	
Ανεμοβλογιά	Η ανεμοβλογιά ευθύνεται για αποβολές και πρόωρους τοκετούς.
Κυτταρομεγαλοϊός	Διαδεδομένη αιτία προγεννητικών μολύνσεων. Αν και ο ιός δεν εμφανίζει συμπτώματα στους ενήλικους, μπορεί να αποβεί μοιραίος για το έμβρυο: εγκεφαλική παράλυση, κώφωση, τύφλωση είναι οι κύριες επιπτώσεις.
Διαβήτης	Ο κίνδυνος γέννησης νεκρού παιδιού και πρόωρου βρεφικού θανάτου στις διαβητικές μητέρες είναι αυξημένος. Συχνά υπάρχει μακροσωμία των νεογνών.

Ηπατίτιδα Β, C	Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος κάθετης μετάδοσης.
Υπέρταση	Αυξημένη η πιθανότητα αποβολής ή βρεφικού θανάτου.
Γρίπη	Οι πιο μολυσματικές μορφές της γρίπης μπορεί να ευθύνονται για αποβολή ή ανωμαλίες στο αρχικό στάδιο της κύησης.
Παρωτίτιδα	Μπορεί να ευθύνεται για αποβολή κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.
Τοξιναιμία	Η προσβολή αφορά στο τρίτο τρίμηνο της κύησης και συχνότερα κατά την πρώτη κύηση. Εκδηλώνεται με κατακράτηση υγρών, υψηλή πίεση, γρήγορη απόκτηση βάρους και πρωτεϊνουρία. Η μη έγκαιρη αντιμετώπιση μπορεί να οδηγήσει σε σπασμούς, κώμα ακόμη και στο θάνατο της μητέρας αλλά και του εμβρύου.
Τοξοπλάσμωση	Πρόκειται για ήπια νόσο με αιτία παράσιτο που βρίσκεται στο ωμό κρέας και στα περιττώματα της γάτας. Στην κύηση όμως μπορεί να προκαλέσει αποβολή, οφθαλμική και εγκεφαλική βλάβη.
ΠΗΓΗ: Cole & Cole, 1996 (τροποποιημένο)	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΕ ΤΙΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

3.1 Προγεννητικοί παράγοντες

Η ανάπτυξη της πρώιμης παιδικής ηλικίας συνδέεται άρρηκτα με την υγεία των γυναικών. Η κακή υγεία της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης οδηγεί συχνά σε θάνατο, νόσηση και αναπηρία των νεογέννητων παιδιών. Η διατροφή της μητέρας κατά την κύηση αλλά και η διατροφή του βρέφους και του νηπίου μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην κατάσταση της υγείας του παιδιού αργότερα, καθώς και στη λειτουργικότητά του να μαθαίνει, να αναπτύσσει αναλυτική σκέψη, να κοινωνικοποιείται και να προσαρμόζεται στις αλλαγές. Η καλή διατροφή είναι επίσης ζωτικής σημασίας για την αποφυγή νόσησης και την επιβίωση. Σε καταστάσεις ανεπαρκούς διατροφής, ο οργανισμός προτάσσει αυθόρμητα την επιβίωση, ενώ έπεται η γνωστική ανάπτυξη (ειδικά του εγκεφάλου), χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η επιβίωση, η ανάπτυξη και η εγκεφαλική λειτουργία εκδηλώνονται διαδοχικά. Αντίθετα, τα παραπάνω συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά η βαρύτητα δίνεται στην επιβίωση και ακολουθούν οι υπόλοιπες συνιστώσες της ανάπτυξης.[33]

Όσον αφορά στους προγεννητικούς παράγοντες, ενδομήτριες βακτηριακές και ιογενείς λοιμώξεις δημιουργούν ένα αντίξοο περιβάλλον που ευνοεί τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Δεν έχει ακόμα ενοχοποιηθεί κάποια συγκεκριμένη λοίμωξη, ωστόσο η σοβαρότητα της λοίμωξης και η ανάγκη νοσηλείας συνδυάζονται με υψηλότερη συχνότητα διαταραχών στο φάσμα του αυτισμού. Ανάμεσα στους προγεννητικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές, η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου κατά τη σύλληψη του παιδιού έχει συσχετιστεί με σημαντική αύξηση της συχνότητας των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος. Άλλωστε το κάπνισμα έχει συσχετιστεί με πρόωρο τοκετό, αυτόματες αποβολές και μειωμένο βάρος γέννησης, καταστάσεις που μπορεί να επιφέρουν μαθησιακές δυσκολίες.[28-30,39]

Παράλληλα, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο διαβήτης κύησης συσχετίζεται κυρίως με μειονεκτική ανάπτυξη του εμβρύου και αυξημένη συχνότητα μιας σειράς επιπλοκών της κύησης. Επηρεάζει την αδρή και λεπτή κινητικότητα του παιδιού και συσχετίζεται με αυξημένη επίπτωση μαθησιακών δυσκολιών και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (Δ.Ε.Π.Υ). Οι αρνητικές επιδράσεις του διαβήτη της μητέρας στον εγκέφαλο του εμβρύου μπορεί να σχετίζονται με το ενδομήτριο οξειδωτικό «stress», καθώς και με επιγενετικές αλλαγές σε αρκετά γονίδια. Επιπλοκές όπως η υπέρταση και η επαπειλούμενη αποβολή συσχετίζονται με υποξία του εμβρύου, που συνακόλουθα έχει ως επίπτωση ποικίλου βαθμού εγκεφαλική βλάβη.[27]

Τα άρρενα τέκνα των γυναικών με Σ.Ε.Λ. (Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος) είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν μαθησιακές δυσκολίες συγκριτικά με τα θήλεα τέκνα των γυναικών με Σ.Ε.Λ. ή τα παιδιά και των δύο φύλων στην ομάδα ελέγχου. Η παρουσία των αντι-Ro / La αντισωμάτων και η ενεργότητα της νόσου στις μητέρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζονταν σημαντικά με υψηλότερη επικράτηση των μαθησιακών διαταραχών στους άρρενες απογόνους.[40]

Έχει βρεθεί επίσης ότι οι μητέρες των μισών σχεδόν παιδιών με Δ.Α.Δ. και αισθητηριακά ελλείμματα είχαν κάποια νόσο ή σοβαρή καταπόνηση κατά τη διάρκεια της κύησης. Παρόλο που δεν υπάρχουν συγκριτικά στοιχεία από ομάδες ελέγχου, το γεγονός αυτό από μόνο του χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.[28]

3.2 Περιγεννητικοί παράγοντες

Στην πραγματικότητα, οι επιπλοκές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του τοκετού επηρεάζουν τη νευροανάπτυξη του εμβρύου και αργότερα του βρέφους και μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτισμού. Περιγεννητικοί παράγοντες, υπό τη μορφή παρατεταμένου τοκετού ή και προωρότητας μπορεί να οδηγήσουν σε υποξία του εμβρύου και ανάπτυξη εγκεφαλικής βλάβης.

Οι Kawi και Pasamanick [41] αναφέρουν αυξημένη επίπτωση προγεννητικών και περιγεννητικών δυσκολιών στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες συγκριτικά με τα παιδιά που προήλθαν από φυσιολογική εγκυμοσύνη και τοκετό. Οι Nichols & Chen [42], οι Shaywitz et al [43] και οι Lindgren et al [44], ενοχοποίησαν μεταξύ άλλων το χαμηλό βάρος γέννησης, την προωρότητα, τον αλκοολισμό και το βαρύ κάπνισμα της μητέρας. Αυτοάνοσα νοσήματα της μητέρας έχουν επίσης ενοχοποιηθεί. Τα παιδιά με περιγεννητικό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αναπτυξιακές, γνωστικές, κινητικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς σε σύγκριση με το γενικό παιδιατρικό πληθυσμό.[45]

Οι περιγεννητικοί παράγοντες οι οποίοι σταθερά συσχετίζονται με νοητική υστέρηση και συνακόλουθα με γενικευμένες μαθησιακές διαταραχές περιλαμβάνουν το χαμηλό βάρος γέννησης, τις επιπλοκές κατά τον τοκετό και τις νεογνικές λοιμώξεις. Επιπλέον, υπάρχουν σποραδικές αναφορές για συσχέτιση του χαμηλού νοητικού δυναμικού με χαμηλό Apgar score και νεογνά μικρά για την ηλικία κύησης, γεγονός που υποδεικνύει μια περισσότερο σύνθετη σχέση ανάμεσα στο νοητικό δυναμικό και τις γενικευμένες μαθησιακές δυσκολίες. Ένα νεογνό μικρό για την ηλικία γέννησης μαρτυρά αντίξοο ενδομήτριο περιβάλλον, ενώ ένα χαμηλό Apgar score δηλώνει μειωμένη εμβρυική ζωτικότητα αμέσως μετά τον τοκετό.[46]

Ως νεογνά υψηλού κινδύνου για νευρολογικά κατάλοιπα ορίζονται κυρίως «...αυτά τα οποία είναι πρόωρα κάτω των 32 εβδομάδων, τα τελειόμηνα με περιγεννητική ασφυξία και τα νεογνήματα μικρού βάρους γέννησης για την ηλικία κύησης. Τα νεογνά αυτά στη μετέπειτα ζωή τους τείνουν να

εμφανίζουν σε υψηλή συχνότητα νευροαναπτυξιακές διαταραχές, οι οποίες είναι το αποτέλεσμα βλάβης ή δυσλειτουργίας του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου».[46] Συνιστούν καταστάσεις που επιφέρουν αναπηρίες στην κινητικότητα, στην επικοινωνία, στη μάθηση και στη συμπεριφορά. Ως μείζονα νευρολογικά κατάλοιπα θεωρούνται «η εγκεφαλική παράλυση, η νοητική υστέρηση, η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή και η δύσκολα ελεγχόμενη ή φαρμακοανθεκτική επιληψία». Στα ελάσσονα νευρολογικά κατάλοιπα περιλαμβάνονται «οι μαθησιακές διαταραχές, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, καθώς και η αδεξιότητα, η επιληψία που ελέγχεται φαρμακευτικά και δε δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα στο παιδί και οι ήπιες διαταραχές συμπεριφοράς». Τα τελειόμηνα νεογνά με χαμηλό βάρος για την ηλικία κύησης (SGA) συχνά εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες. Πιθανολογείται ότι η μη επαρκής παροχή θρεπτικών ουσιών κατά την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος έχει αρνητικές επιδράσεις στη μικροδομή του εγκεφάλου και την κυτταρική διαφοροποίηση, με αποτέλεσμα μόνιμες επιδράσεις στη μνήμη και στη μάθηση. Έχει βρεθεί ότι οι σχολικές επιδόσεις λιποβαρών τελειόμηνων βρεφών υπολείπονται εκείνων των μαρτύρων στα 12 και 18 χρόνια.[46,47]

Στην περίπτωση βάρους γέννησης κάτω των 800gr και IQ<85 εκτιμάται ότι το 65% των παιδιών είχαν μαθησιακές δυσκολίες, έναντι του 13% των μαρτύρων, με τη μεγαλύτερη δυσκολία να αφορά κατά φθίνουσα σειρά στη γραπτή έκφραση, στην αριθμητική και στην ανάγνωση. Οι δυσκολίες συνδέονται, κυρίως, με οπτικοχωρικές και οπτικοκινητικές δεξιότητες και λιγότερο με λεκτικές λειτουργίες. Υπολογίζεται επίσης ότι από τα μεγαλύτερα πρόωρα (32-35 εβδομάδων) νεογνά, περίπου το 1/3 θα εμφανίσει σχολικό πρόβλημα στην ηλικία των 7 ετών, ενώ το 25% θα χρειαστεί ενισχυτική διδασκαλία, με την κύρια δυσκολία στη γραφή και τα μαθηματικά. Όλα τα παραπάνω είναι δυνατό να συμβαίνουν και επί απουσίας νευροαπεικονιστικών ευρημάτων.[46]

3.3 Μεταγεννητικοί παράγοντες

Αναφορικά με τους μεταγεννητικούς παράγοντες, έχει βρεθεί ότι οι ουρολοιμώξεις και οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος του νεογνού συσχετίζονται με αυτιστικές διαταραχές του παιδιού, αλλά και με αισθητηριακά ελλείμματα. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην απελευθέρωση κυτταροκινών, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των νευρικών κυττάρων, οδηγώντας σε εγκεφαλική δυσλειτουργία και αισθητηριακά ελλείμματα. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι διαταραχές της ακοής στον αυτισμό είναι 4-10 φορές συχνότερες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.[47]

Πολλά επίσης παιδιά έχουν παρουσιάσει σημεία και συμπτώματα μαθησιακών δυσκολιών, χωρίς προγεννητικό ιστορικό, αλλά εξαιτίας μεταγεννητικών κακώσεων του εγκεφάλου. Οι περισσότερες κακώσεις διαπιστώνονται σε πτώσεις, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και κακοποιήσεις. Τα συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με την περιοχή του εγκεφάλου που έχει υποστεί την κάκωση, την

έκτασή της, καθώς και την ηλικία του παιδιού. Οι κακώσεις του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου είναι συνδεδεμένες με τις γλωσσικές δυσλειτουργίες, ενώ οι κακώσεις του δεξιού ημισφαιρίου με δυσκολίες στην αντίληψη του χώρου και στη δημιουργικότητα. Οι κακώσεις του εγκεφάλου έχουν συσχετιστεί με δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής, καθώς και με δυσκολίες στον προφορικό και γραπτό λόγο.[48,49]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συχνότητα και το είδος των μαθησιακών διαταραχών μεταξύ των μαθητών που φοιτούν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, όπως αυτές έχουν καταγραφεί στο φάκελο του μαθητή στο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Λάρισας. Επιχειρήθηκε να συσχετιστούν οι μαθησιακές δυσκολίες (είτε γενικευμένες είτε δευτερογενείς είτε ειδικές) με προγεννητικά, περιγεννητικά, μεταγεννητικά προβλήματα – επιπλοκές τόσο του παιδιού όσο και της εγκύου, όπως αυτές καταγράφονται στο φάκελό του.

Συγκεκριμένα τέθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι συχνότερες μαθησιακές δυσκολίες στους μαθητές του δείγματος;
2. Διαπιστώνεται στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αυξημένη συχνότητα επιπλοκών της κύησης και μαιευτικών συμβαμάτων της μητέρας;
3. Διαπιστώνεται στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αυξημένη συχνότητα επιπλοκών κατά την προγεννητική, περιγεννητική και μεταγεννητική περίοδο;
4. Υπάρχει συγκεκριμένο είδος μαθησιακής δυσκολίας που σχετίζεται με προ- περί- ή μεταγεννητικές επιπλοκές;

4.1 Δείγμα και διαδικασία

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη. Διερευνήθηκαν οι φάκελοι των μαθητών που φοιτούν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ηλικίες: από 12 έως και 18 χρονών /Α΄ Γυμνασίου έως και Γ΄ Λυκείου). Το δείγμα προήλθε από τους φακέλους των μαθητών που προσήλθαν στο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. τα έτη 2013-2016, με οποιοδήποτε αίτημα εκπαιδευτικού περιεχομένου. Μελετήθηκαν αξιολογήσεις μαθητών που πραγματοποιήθηκαν για πρώτη φορά και όχι επαναξιολογήσεις.

Τα στοιχεία που καταχωρήθηκαν στη βάση δεδομένων περιέχονται στο πόρισμα της τελικής γνωμάτευσης και στο κοινωνικό ιστορικό. Το πόρισμα βρίσκεται στο φάκελο και είναι κοινοποιήσιμο στο γονέα, που μπορεί να λάβει αντίγραφο και στο σχολείο του παιδιού, ενώ το αντίστοιχο κοινωνικό ιστορικό είναι εμπιστευτικό και δεν κοινοποιείται. Για την υλοποίηση της έρευνας ελήφθησαν οι αντίστοιχες και προβλεπόμενες από το νόμο άδειες.

Συνολικά στην έρευνα εντάχθηκαν δεδομένα από 250 μαθητές. Το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε μετά από ανάλυση ισχύος, για $\alpha=0,05$ και ισχύ 0,95 και για διαφορές 30% έναντι 10% μεταξύ των δύο ομάδων. Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν στη βάση δεδομένων SPSS 22.0 και ακολούθησε η στατιστική τους επεξεργασία.

4.2 Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος χ^2 (με τη διόρθωση συνεχείας για τους τετράπτυχους πίνακες) για τη σύγκριση των ποιοτικών μεταβλητών. Στην περίπτωση που ο αριθμός των περιστατικών ανά κελί ήταν μικρότερος του 5 αξιολογήθηκε ο λόγος πιθανοφάνειας (likelihood ratio). Η ομάδα των μαθητών με **γνωστικά ελλείμματα** μαζί με την ομάδα **χωρίς καμία μαθησιακή δυσκολία**, θεωρήθηκε συμβατικά ως **ομάδα ελέγχου**, ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή μη επιπλοκών (προ- περί- μετα-γεννητικά προβλήματα). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0.05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 67,6% των μαθητών του δείγματος ήταν αγόρια και το 32,4% κορίτσια. Αναλογία περίπου 2:1.

Πίνακας 1. Κατανομή του φύλου των μαθητών του δείγματος

Φύλο	N	%
Αγόρι	169	67,6
Κορίτσι	81	32,4
Σύνολο	250	100,0

Το 60% των μητέρων εργάζονταν, ενώ οικιακά δήλωσε το 30% και άνεργες το 8,4%.

Πίνακας 2. Επάγγελμα μητέρας

Επάγγελμα μητέρας	N	%
Εργαζόμενη	150	60,0
Άνεργη	21	8,4
Συνταξιούχος	4	1,6
Άεργος/οικιακά/ άλλο	75	30,0
Σύνολο	250	100,0

Το 75% των μητέρων ήταν μέσης και ανώτερης / ανώτατης εκπαίδευσης, ενώ απόφοιτες στοιχειώδους εκπαίδευσης ήταν το 23,6%.

Πίνακας 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	N	%
Στοιχειώδης ή καθόλου	59	23,6
Μέση	103	41,2
Ανώτερη / ανώτατη	84	33,6
Μεταπτυχιακό	4	1,6
Σύνολο	250	100,0

Αναφορικά με το επάγγελμα του πατέρα, το 83,2% ήταν εργαζόμενοι και άνεργοι το 9,2%.
Συνταξιούχοι ήταν το 4%.

Πίνακας 4. Επάγγελμα πατέρα

Επάγγελμα πατέρα	N	%
Εργαζόμενος	208	83,2
Άνεργος	23	9,2
Συνταξιούχος	10	4,0
Άεργος / οικιακά / άλλο	9	3,6
Σύνολο	250	100,0

Το 67% των πατέρων ήταν μέσης και ανώτερης / ανώτατης εκπαίδευσης, ενώ απόφοιτοι στοιχειώδους εκπαίδευσης ήταν το 32,4%.

Πίνακας 5. Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	N	%
Στοιχειώδης ή καθόλου	81	32,4
Μέση	103	41,2
Ανώτερη/ ανώτατη	64	25,6
Μεταπτυχιακό	2	,8
Σύνολο	250	100,0

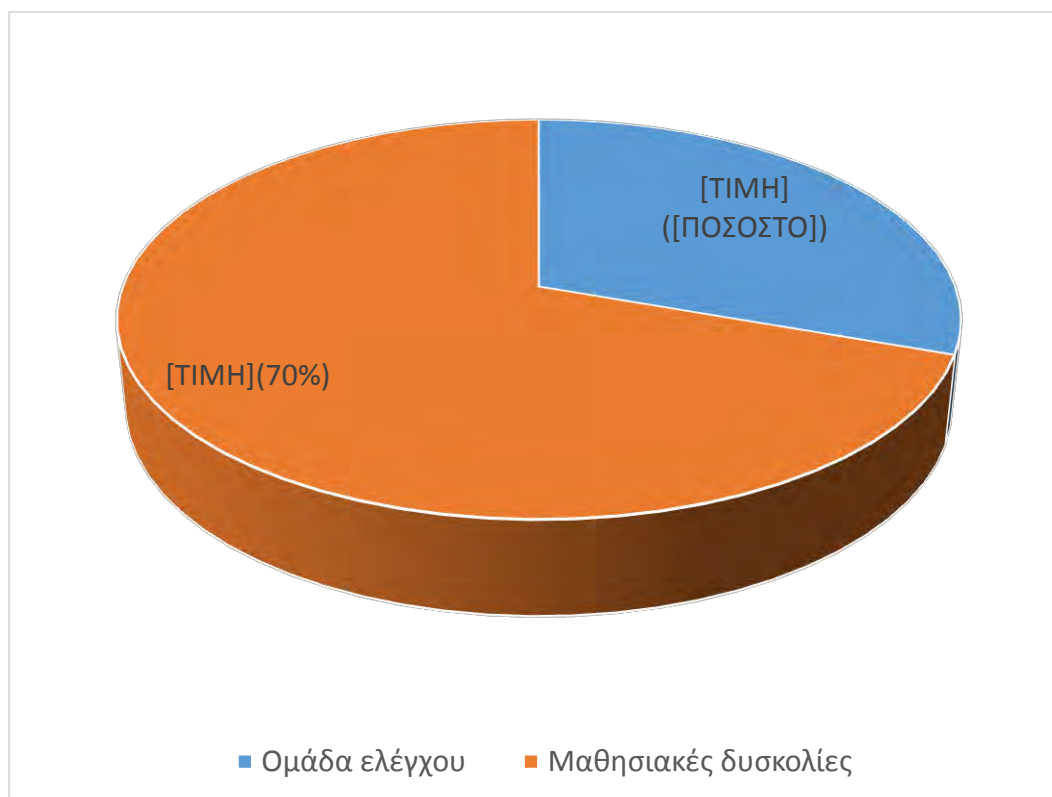
Τα γνωστικά ελλείμματα αποτελούσαν το 28,4% των μαθησιακών δυσκολιών, ενώ οι ειδικές αντιστοιχούσαν στο 33,6%, οι δευτερογενείς στο 21,6% και οι γενικευμένες στο 14,4%. Συνολικά διαπιστώθηκαν 174 παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες (ποσοστό $174/250=69,6\approx 70\%$).

Πίνακας 6. Είδη μαθησιακών δυσκολιών

Είδος μαθησιακής δυσκολίας	N	%
Καμία	5	2,0
Γνωστικά ελλείμματα	71	28,4
Ειδική	84	33,6
Δευτερογενής	54	21,6
Γενικευμένη	36	14,4
Σύνολο	250	100,0

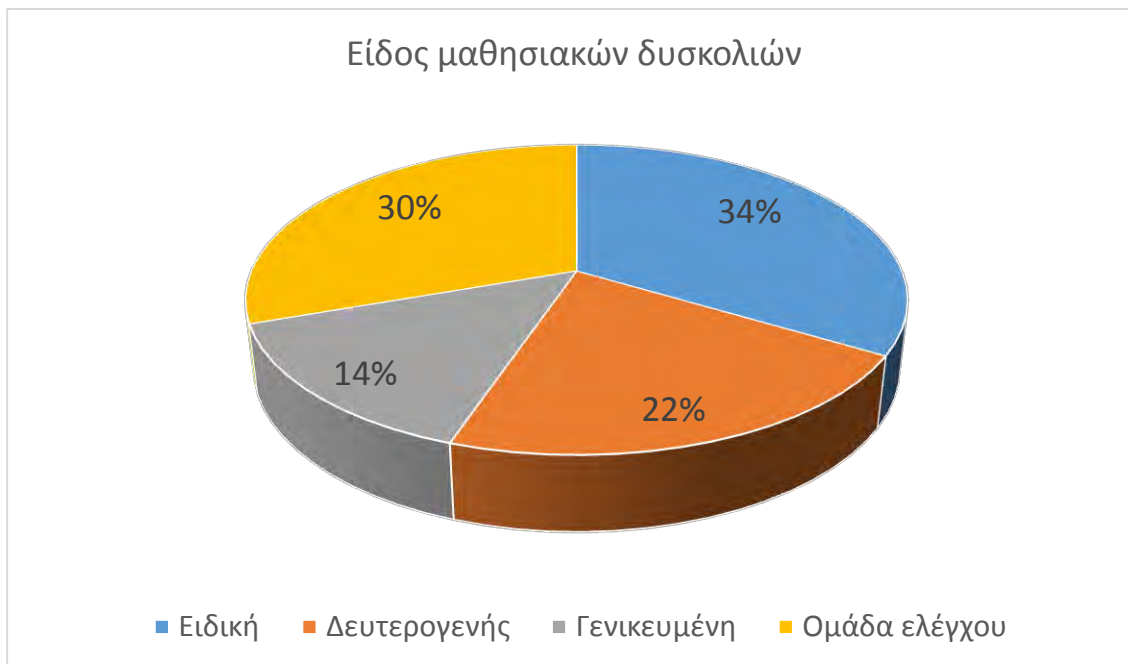
*Η ομάδα «καμία δυσκολία» και «γνωστικά ελλείμματα», σύνολο $(71+5)=76$ άτομα, αποτελεί και την ομάδα ελέγχου της μελέτης

Γράφημα 1. Κατανομή της ομάδας ελέγχου και της ομάδας με μαθησιακές δυσκολίες στο σύνολο του δείγματος



Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες αντιστοιχούσαν* στο 34% του συνολικού δείγματος, οι γενικευμένες στο 14% και οι δευτερογενείς στο 22%.

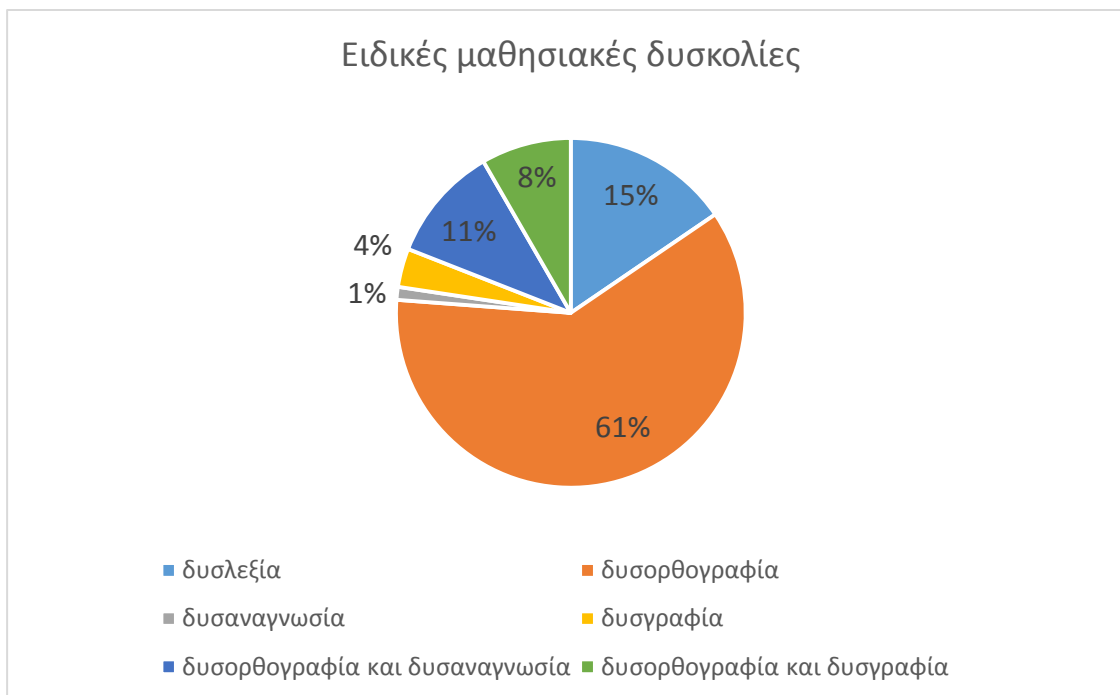
Γράφημα 2. Οι κατηγορίες των μαθησιακών δυσκολιών



* (με προσέγγιση ακεραίου)

Η συχνότερη μαθησιακή δυσκολία μεταξύ των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών ήταν η δυσορθογραφία (61%), ενώ η δυσαναγνωσία ήταν η σπανιότερη (1%). Η συχνότητα της δυσλεξίας στο σύνολο των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών ήταν 15%.

Γράφημα 3. Η επιμέρους ποσοστιαία αναλογία των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών



Η δυσορθογραφία ήταν η κυριότερη ειδική μαθησιακή δυσκολία (20,8% του δείγματος), ενώ ακολουθούσε με διαφορά η δυσλεξία (5,8% του δείγματος).

Πίνακας 7. Κατηγορίες ειδικών μαθησιακών δυσκολιών

Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες	N	%
Καμία Ειδική Μ.Δ.	166	66,0
Δυσλεξία	13	5,2
Δυσορθογραφία	51	20,8
Δυσαναγνωσία	1	0,4
Δυσγραφία	3	1,2
Δυσορθογραφία / δυσαναγνωσία	9	3,6
Δυσορθογραφία / δυσγραφία	7	2,8
Σύνολο	250	100,0

Συχνότερες (9,6%) ήταν οι μαθησιακές δυσκολίες που οφείλονταν σε ψυχική νόσο και ακολουθούσαν εκείνες που οφείλονταν σε σωματική νόσο (5,2%), ενώ ο αυτισμός ήταν η υποκείμενη διαταραχή στο 1,2%.

Πίνακας 8. Κατηγορίες δευτερογενών μαθησιακών δυσκολιών

	N	%
Καμία Δευτερογενής Μ.Δ.	196	78,4
Τύφλωση κώφωση (αισθητηριακές)	4	1,6
Λόγος/ομιλία	6	2,4
Σε έδαφος σωματικής νόσου	13	5,2
Ψυχική πλην αυτισμού	24	9,6
Αυτισμός (ΔΑΔ)	3	1,2
Συνδυασμός ψυχικής με αισθητηριακές & λόγου	4	1,6
Σύνολο	250	100,0

Οι δευτερογενείς δυσκολίες σε έδαφος ψυχικής νόσου αποτελούσαν το 45% των δευτερογενών μαθησιακών δυσκολιών, ενώ ακολουθούσαν εκείνες σε έδαφος σωματικής νόσου με 24%.

Γράφημα 4. Η επιμέρους ποσοστιαία αναλογία των δευτερογενών μαθησιακών δυσκολιών.



Ιστορικό θετικό για επιπλοκές σε προγεννητική-περιγεννητική και μεταγεννητική περίοδο είχε το 20,8 % των παιδιών.

Πίνακας 9. Ευρήματα από το μαιευτικό – νεογνικό ιστορικό

Ευρήματα ιστορικού	N	%
Επιπλοκή*	64	25,6
Χωρίς επιπλοκές	186	74,4
Σύνολο	250	100,0
<i>*Περιλαμβάνονται και 12 μαθητές με αναφερόμενες επιπλοκές σε έδαφος εξωσωματικής, καισαρικής, υιοθεσίας και σπερματέγχυσης</i>		

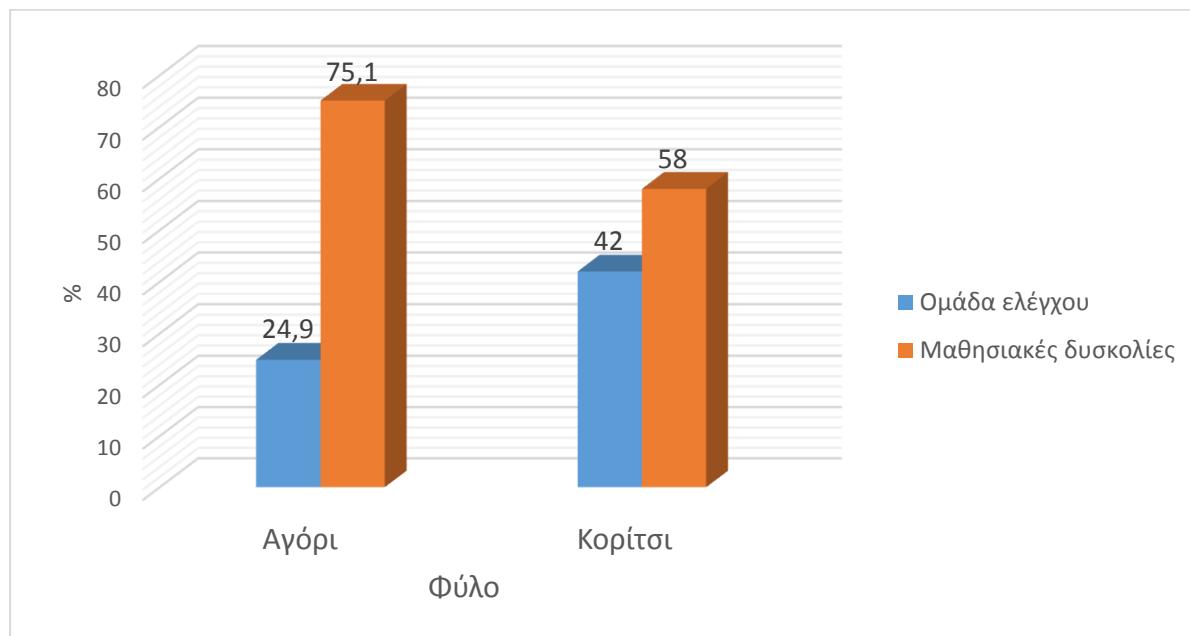
Ιστορικό χωρίς καμία μαιευτική επιπλοκή καταγράφηκε στο 74,4% των περιπτώσεων, ενώ στο 12,8% του δείγματος οι επιπλοκές αφορούσαν στην προ-και περιγεννητική περίοδο και στο 3,2% οι επιπλοκές αφορούσαν τόσο στην περιγεννητική όσο και στη μεταγεννητική περίοδο. Καθώς 4 μόνο περιπτώσεις αφορούσαν στην προγεννητική περίοδο, οι περιγεννητικές επιπλοκές ήταν οι συχνότερες, καθώς αθροιστικά εμφανίζονταν στο 14,4% των περιπτώσεων $[(28+8)/250]$.

Πίνακας 10. Είδος ευρημάτων (επιπλοκών) ανά χρονική περίοδο κύησης – λοχείας

Χρονική περίοδος εμφάνισης των επιπλοκών		N	%
	Καμία επιπλοκή	186	74,4
Προγεννητική	Επιπλοκές ανά περίοδο	4	1,6
Περιγεννητική		28	11,2
Μεταγεννητική		24	9,6
Περί- μετα- γεννητική		8	3,2
Σύνολο		250	100,0

Από τα αγόρια του δείγματος, μαθησιακές δυσκολίες εμφάνισε το 75,1%, ενώ από τα κορίτσια το 58%, διαφορά στατιστικά σημαντική, $p=0,009$

Γράφημα 5. Φύλο και μαθησιακές δυσκολίες

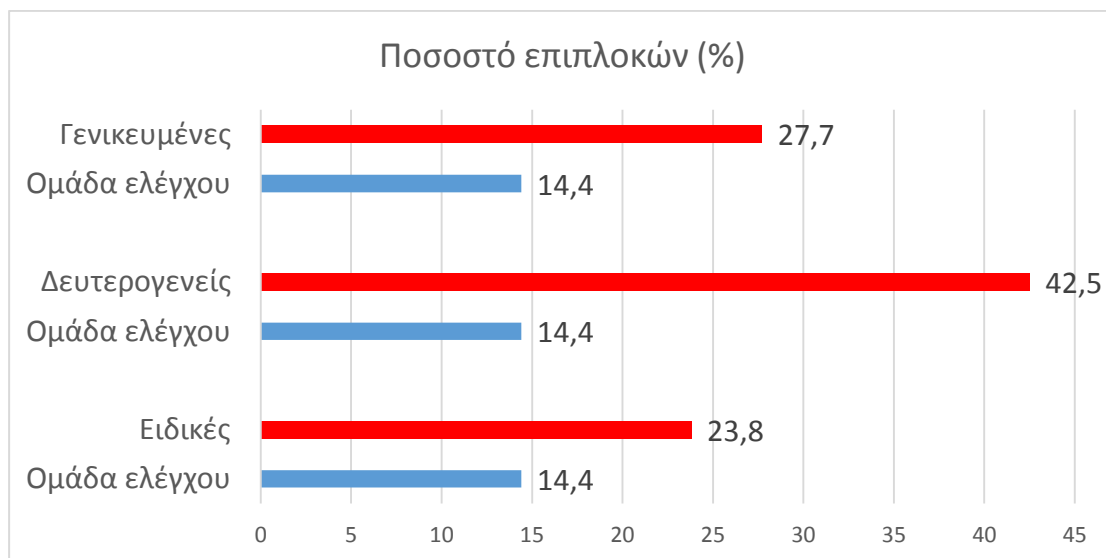


Τα άτομα με δευτερογενείς μαθησιακές δυσκολίες εμφάνισαν επιπλοκές σε ποσοστό 42,5%, σχεδόν τριπλάσιο εκείνου της ομάδας ελέγχου και κατά 75% περίπου υψηλότερο εκείνου των δύο άλλων ομάδων ($p=0,004$). Η post-hoc ανάλυση έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά ήταν εκείνη μεταξύ της ομάδας των δευτερογενών μαθησιακών δυσκολιών και της ομάδας ελέγχου ($Xc^2=11,509$, $p=0,001$). Οι υπόλοιπες συγκρίσεις δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($Xc^2=1,669$, $p=0,196$ για τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και $Xc^2=2,032$, $p=0,154$, για τις γενικευμένες). Ουσιαστικά, μόνο η ομάδα των δευτερογενών δυσκολιών είχε στατιστικά σημαντικότερες επιπλοκές στο ιστορικό της σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Συνολικά, στην περίπτωση επιπλοκών, το 82,8% των μαθητών (53/64) εμφάνιζε μαθησιακή δυσκολία, συγκριτικά με το 65,0% εκείνων χωρίς επιπλοκές ($p=0,004$).

Πίνακας 11. Συσχέτιση μαθησιακών δυσκολιών και ευρημάτων ιστορικού (επιπλοκών)

Μαθησιακές δυσκολίες	Ευρήματα ιστορικού (επιπλοκές)		Σύνολο
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ειδικές (20/84, 23,8%)	20	64	84
Δευτερογενείς (23/54, 42,5%)	23	31	54
Γενικευμένες (10/36, 27,7%)	10	26	36
Ομάδα ελέγχου (11/76, 14,4%)	11	65	76
Σύνολο	64	186	250
$\chi^2=13,357, p=0,004$			

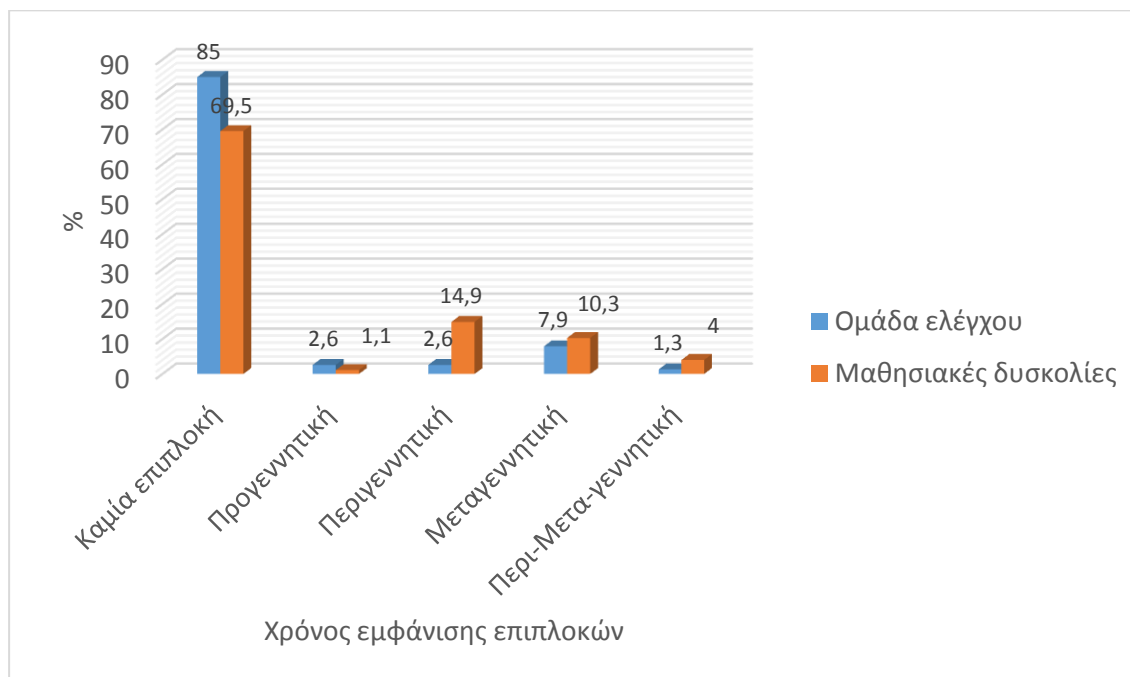
Γράφημα 6. Το ποσοστό επιπλοκών στις επιμέρους κατηγορίες μαθησιακών δυσκολιών σε σχέση με την ομάδα ελέγχου



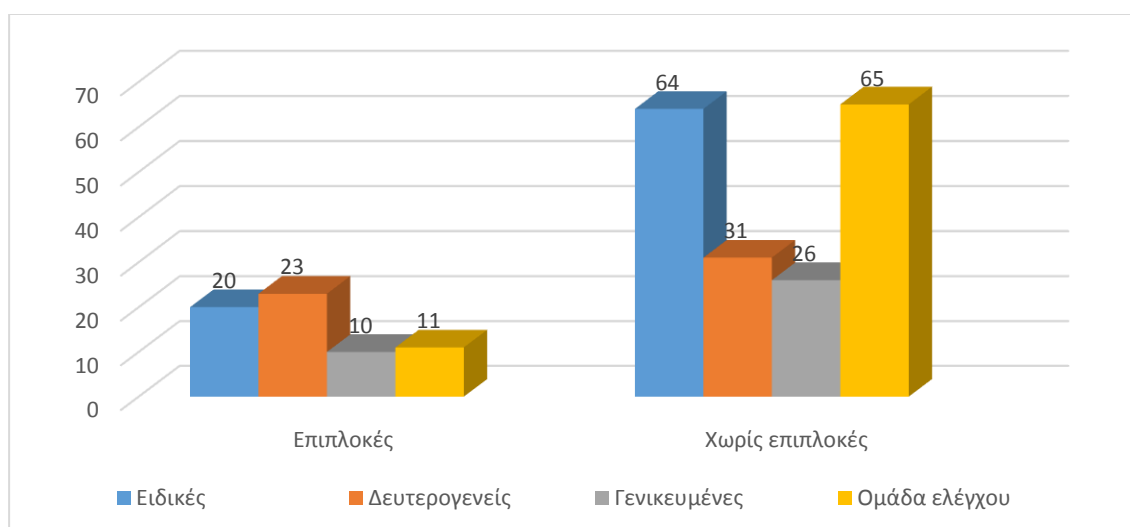
Η ομάδα των μαθησιακών δυσκολιών εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό περι- και μετα-γεννητικών επιπλοκών (14,9% έναντι 2,6% και 1,3% έναντι 7,9%, αντίστοιχα) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, καθώς και υψηλότερο ποσοστό συνδυασμού περι- και μετα-γεννητικών δυσκολιών (4,0% έναντι 1,3% σε σχέση με την ομάδα ελέγχου). Σε ποσοστό 69,5%, τα παιδιά με μαθησιακές διαφορά δεν είχαν καμία επιπλοκή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα ελέγχου ήταν 85%. Το ποσοστό των επιπλοκών κατά την προγεννητική και την περιγεννητική περίοδο ήταν περίπου τριπλάσιο στην

ομάδα των μαθησιακών δυσκολιών, έναντι εκείνων στην ομάδα ελέγχου (16,0% έναντι 5,2%). Οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0,024$) (Γραφήματα 7-9).

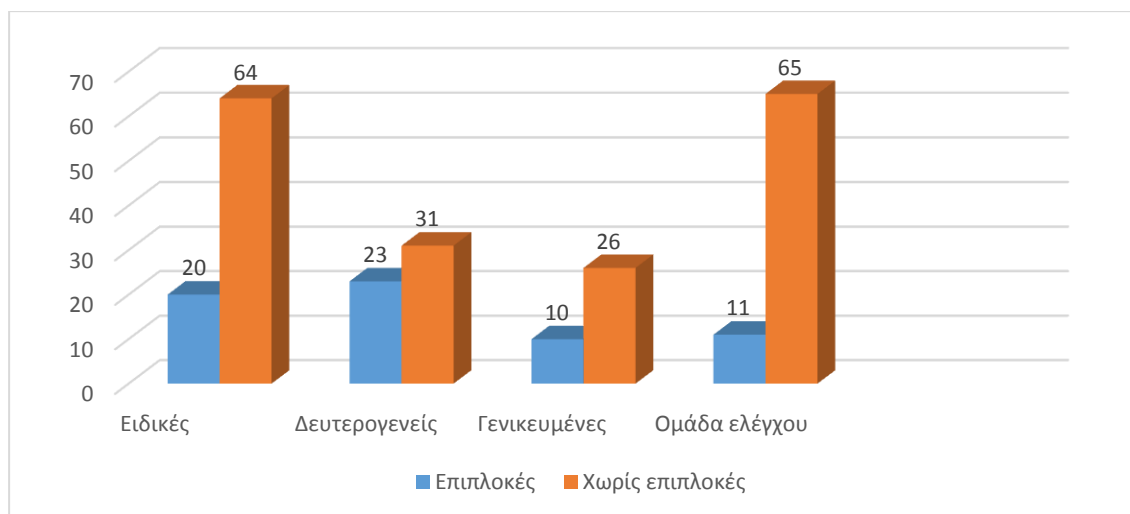
Γράφημα 7. Οι μαθησιακές δυσκολίες ανάλογα με την ύπαρξη επιπλοκών και την κατανομή τους στο χρόνο



Γράφημα 8. Η κατανομή των μαθησιακών δυσκολιών, ανάλογα με την ύπαρξη ή μη επιπλοκών

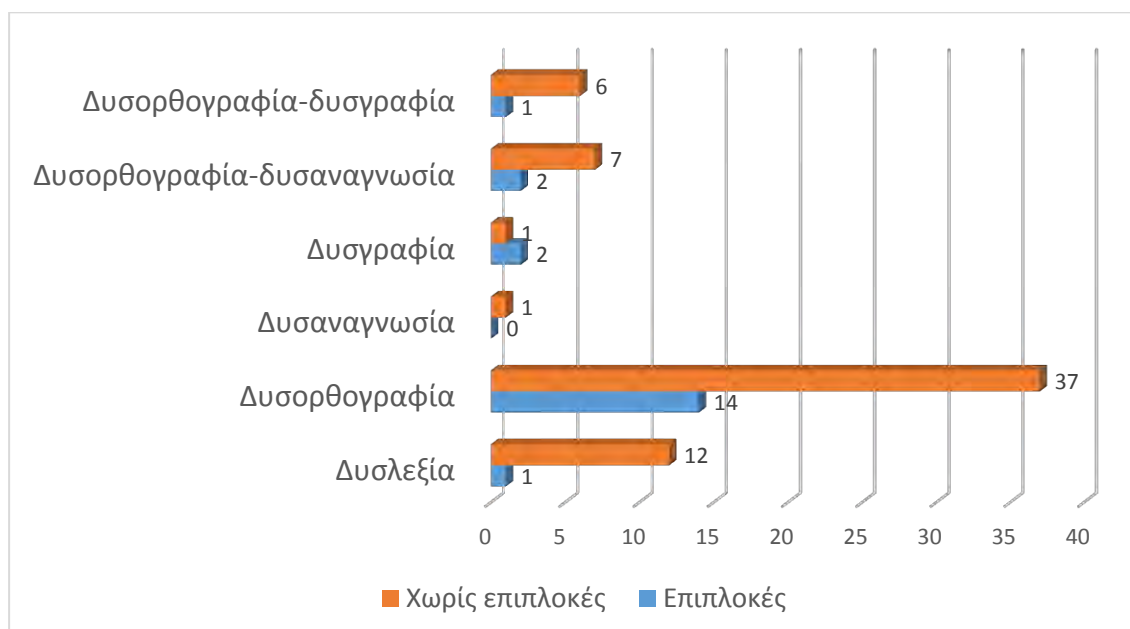


Γράφημα 9. Η κατανομή των επιπλοκών, ανάλογα με το είδος των μαθησιακών δυσκολιών



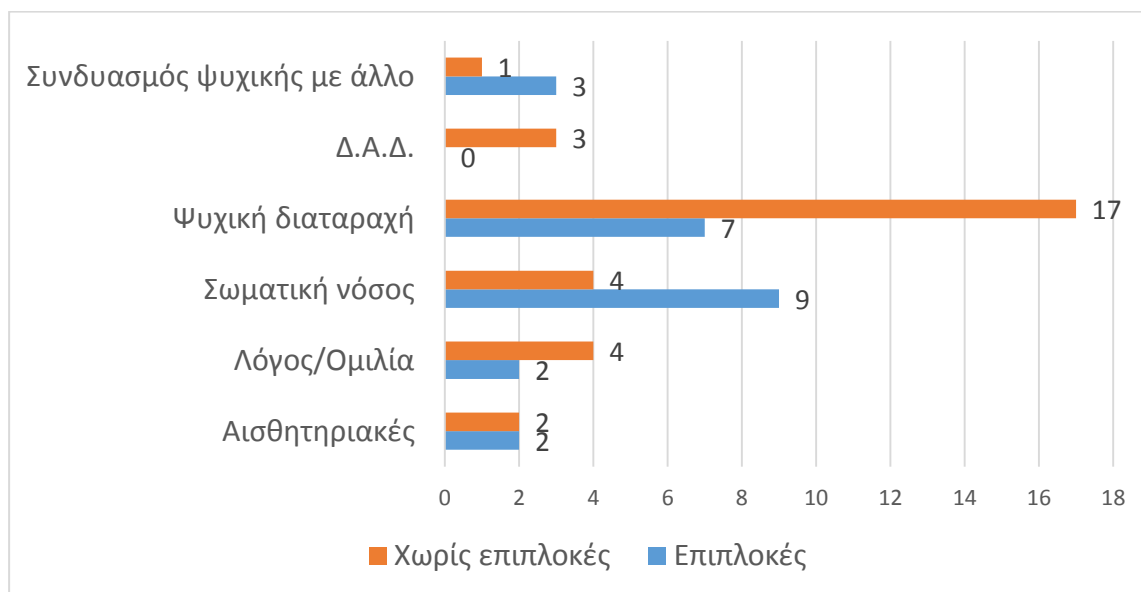
Αναφορικά με τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την ύπαρξη ή μη επιπλοκών από το ιστορικό ($\chi^2=5,947$, $p=0,311$).

Γράφημα 10. Επιπλοκές ανά είδος ειδικής μαθησιακής δυσκολίας



Αναφορικά με τις δευτερογενείς μαθησιακές δυσκολίες, καμία περίπτωση Δ.Α.Δ δε συνοδεύονταν με επιπλοκές, ενώ στην περίπτωση της σωματικής νόσου, στην πλειονότητα των περιπτώσεων (9/13=69,2%) παρατηρήθηκαν επιπλοκές. Οι διαφορές ήταν οριακά στατιστικά σημαντικές ($X^2=10,965, p=0,055$).

Γράφημα 11. Επιπλοκές ανά είδος δευτερογενούς μαθησιακής δυσκολίας



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες ήταν οι συχνότερες και αφορούσαν στο ένα τρίτο των περιπτώσεων. Οι δευτερογενείς μαθησιακές δυσκολίες σε έδαφος ψυχικής νόσου αντιστοιχούσαν σχεδόν στο ήμισυ των περιπτώσεων των δευτερογενών, ενώ η συχνότερη μαθησιακή δυσκολία μεταξύ των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών ήταν η δυσορθογραφία. Η ύπαρξη επιπλοκών κατά την κύηση και τη λοχεία συνοδεύταν από σημαντικά αυξημένη συχνότητα μαθησιακών δυσκολιών. Η ύπαρξη επιπλοκών από το ιστορικό χαρακτήριζε κυρίως τις δευτερογενείς μαθησιακές δυσκολίες, με την πλειονότητα να συσχετίζεται με την περιγεννητική περίοδο, ενώ τα αγόρια υπερτερούσαν των κοριτσιών σε αναλογία 2:1.

Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με εκείνα της διεθνούς βιβλιογραφίας αλλά και της περιορισμένης ελληνικής.[12,15,17] Οι περισσότερες δυσκολίες αφορούν στα γλωσσικά μαθήματα σε ποσοστό που φτάνει μέχρι και 80% επί του συνόλου των παιδιών που έχουν μαθησιακές δυσκολίες. Τα αγόρια υπερτερούν των κοριτσιών έως και 4 φορές στα μαθησιακά προβλήματα. Έχει βρεθεί πως το 60% έως το 80% των παιδιών, στα οποία γίνεται η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών είναι αγόρια, γεγονός που έχει αποδοθεί μεταξύ άλλων σε γενετικούς παράγοντες, καθώς και σε μια γενικότερη εξελικτική ανωριμότητα με συνοδό χαμηλή επίδοση στα γλωσσικά μαθήματα. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό και με μια «προβληματική» εντός του σχολείου συμπεριφορά, οδηγούν και σε συχνότερες αξιολογήσεις τα αγόρια.[4,5,50]

Σε έρευνα που πραγματοποίησε το Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου την περίοδο 2003-2004 σε όλες τις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (Σ.Μ.Ε.Α.) και που είχε ως στόχο τη χαρτογράφηση της Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι το 56,2% των μαθητών στις Σ.Μ.Ε.Α. κατατάσσεται στην κατηγορία των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες.[25] Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα αγόρια εμφανίζουν πιο συχνά μαθησιακές δυσκολίες σε σχέση με τα κορίτσια, γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Ως προς τη συχνότητα εμφάνισης των μαθησιακών δυσκολιών, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν με την άποψη ότι ποσοστό 30% περίπου του μαθητικού πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα μάθησης (συμπεριλαμβανομένων αιτιών ψυχοσυναισθηματικού, πολιτισμικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα).[25]

Οι επιπλοκές κατά την κύηση και τη λοχεία έχουν συσχετιστεί με την ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών και ειδικά εκείνων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, αν και οι σχετικές μελέτες είναι μάλλον λίγες και αποσπασματικές και στη χώρα μας πρακτικά ανύπαρκτες. Πράγματι, σε παιδιά με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, έχει αναφερθεί σημαντική επίπτωση χαμηλού βάρους γέννησης, χαμηλές βαθμολογίες Apgar, αιμολυτική νόσος, ίκτερος και αναπνευστική δυσχέρεια, ενώ ο νεογνικός ίκτερος εμφανίζεται συχνότερα από άλλους πιθανούς επιβαρυντικούς παράγοντες.

Αναφέρονται επίσης σημαντικά περισσότερα περιστατικά πρόωρου τοκετού, ενώ παρουσιάζεται σημαντικά υψηλότερη συχνότητα αιμορραγίας της μήτρας και υπερχολερυθριναιμίας στα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με αυτισμό σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.[25]

Ως περιγεννητική ασφυξία περιγράφεται η ιατρική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη οξυγόνου σε ένα νεογνό. Διαρκεί ικανό χρονικό διάστημα κατά τη διαδικασία του τοκετού, προκαλώντας βλάβη στα όργανα του νεογνού και ιδίως στον εγκέφαλο. Η υποξική βλάβη μπορεί να παρουσιαστεί στα περισσότερα από τα όργανα του βρέφους, όπως η καρδιά, οι πνεύμονες, το ήπαρ, το έντερο ή τα νεφρά. Ο εγκέφαλος είναι το πλέον επιρρεπές όργανο στην εγκεφαλική βλάβη. Σε σοβαρές περιπτώσεις, η επιβίωση του βρέφους είναι δυνατή, με πιθανότητα η βλάβη στον εγκέφαλο να εκδηλωθεί είτε ως ψυχική (αναπτυξιακή υστέρηση ή διανοητική ανωριμότητα) είτε ως φυσική ανικανότητα. Ακόμα και αν η προσβολή δεν οδηγήσει σε θανατηφόρο έκβαση, η περιγεννητική ασφυξία συνιστά μια επικίνδυνη κατάσταση για το μεταβολισμό του νεογνού.[51,52]

Οι Metejeck και Dytrych στην ανασκόπησή τους υπογραμμίζουν ως «...ενοχοποιητικούς παράγοντες για την ανάπτυξη μαθησιακών διαταραχών την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τον αλκοολισμό του πατέρα, την εκτός γάμου τεκνοποίηση και το διαζύγιο», συνηγορώντας υπέρ της άποψης ότι η ψυχολογική παραμέληση αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα κινδύνου για τις μαθησιακές δυσκολίες. Ωστόσο, η αιτιολογία των μαθησιακών δυσκολιών παραμένει μάλλον ασαφής ακόμα. Ο ρόλος ωστόσο του περιβάλλοντος και στη μεταγεννητική περίοδο δεν αμφισβητείται, «...καθώς η εκδήλωση των μαθησιακών δυσκολιών συνδέεται με τις ελλείψεις του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος (οργάνωση και δομή του εκπαιδευτικού συστήματος, οργάνωση και λειτουργία της σχολικής μονάδας, αναλυτικό πρόγραμμα και βιβλία, έλλειψη επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών), με τις ανεπάρκειες στην οργάνωση και στη στελέχωση των ιατροπαιδαγωγικών υπηρεσιών, καθώς και με την έλλειψη κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων και παρέμβασης».[53] Όπως έχει διατυπωθεί και παλαιότερα, «το κοινωνικά μειονεκτικό παιδί είναι προϊόν ενός πολιτιστικά στερημένου περιβάλλοντος...», με την ευθύνη να αποδίδεται στη δομή, οργάνωση και λειτουργία του εκπαιδευτικού συστήματος, στο οικογενειακό περιβάλλον και σε «αιτίες που ανάγονται στο ευρύτερο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον» αλλά και σε «άλλου είδους αιτίες», όπως βιολογικές και ψυχολογικές.[9]

Οι δυσμενείς συνθήκες του περιβάλλοντος (υποσιτισμός, στερητικό σε ερεθίσματα περιβάλλον), μέσα στο οποίο αναπτύσσεται το παιδί είναι πιθανόν να επηρεάσουν δυσμενώς την ανατομία και τη φυσιολογία του εγκεφάλου, ιδιαίτερα όταν οι αρνητικές επιπτώσεις συμβούν κατά την περίοδο της νευρογένεσης. Τα παραπάνω αποκτούν ιδιαίτερη σημασία μέσα σε ένα περιβάλλον οικονομικής δυσπραγίας, όπως άλλωστε φαίνεται και από το γεγονός ότι «...ενώ μέχρι το 2006 η περιγεννητική θνησιμότητα (θάνατοι εμβρύων μετά την 28η εβδομάδα κύησης και νεογνών ηλικίας μέχρι 7 ημερών ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων) παρουσίαζε μείωση, τα επόμενα χρόνια φαίνεται να υπάρχουν διακυμάνσεις, σε αντίθεση με την Ευρωπαϊκή Ένωση όπου υπάρχει, κατά κύριο λόγο,

μείωση. Εντυπωσιακή μείωση παρατηρήθηκε στην Ελλάδα το 2008, όπου η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν στο 4,4 ανά 1.000 γεννήσεις».[54]

Δυστυχώς, στη χώρα μας, η ακριβής επιδημιολογική εκτίμηση των μαθησιακών δυσκολιών παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα που γίνονται εντονότερα με τη χρήση μη σταθμισμένων εργαλείων αξιολόγησης και διάγνωσης. Συχνά η διδασκαλία εκμάθησης της ανάγνωσης και της γραφής δεν πραγματοποιείται με στοχευμένο, ενιαίο και αποδοτικό τρόπο και συνεπώς δε γίνεται εύκολα αντιληπτή η αναγνωστική ετοιμότητα των μαθητών, αλλά και τα δυνητικά τους ελλείμματα (στο λεξιλόγιο, στη φωνολογική επίγνωση), τα οποία δεν εμπίπτουν στα χαρακτηριστικά των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες, αλλά σε εκπαιδευτική ευθύνη. Επίσης, πολλοί από τους μαθητές οι οποίοι χαρακτηρίζονται μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες ανήκουν είτε στην ομάδα των αλλοδαπών είτε στην ομάδα εκείνων που δεν έχουν την ελληνική γλώσσα ως μητρική (θέματα διγλωσσίας).

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνεται το γεγονός ότι τα δεδομένα προέρχονται από ένα μόνο κέντρο αναφοράς, ενώ δεν είναι διαθέσιμη η ακριβής καταγραφή των επιπλοκών της κύησης και της λοχείας και συνεπώς δεν μπορεί να υπάρξει ακριβής συσχέτιση συγκεκριμένων ευρημάτων από το ιστορικό με τις μαθησιακές δυσκολίες του παιδιού. Επίσης, στον όρο «δυσλεξία» περιλαμβάνεται το σύνολο των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών, όπως δυσαριθμησία, δυσορθογραφία, δυσαναγνωσία, δυσγραφία, που για το λόγο αυτό η ακριβής συχνότητά τους δεν ήταν δυνατόν να ελεγχθεί και να καταγραφεί. Οι μαθητές του δείγματος αξιολογήθηκαν για πρώτη φορά στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, περίοδο που οι δυσκολίες στη σχολική επίδοση είναι πιο εμφανείς σε σχέση με τα προγενέστερα έτη, οπότε ερμηνεύεται και η αυξημένη αντιπροσώπευση των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών, αφού η διάγνωσή τους είναι ευχερέστερη και ταχύτερη. Καθώς πρόκειται για αξιολογήσεις μαθητών που πραγματοποιήθηκαν για πρώτη φορά και όχι για επαναξιολογήσεις, είναι αναμενόμενη και η παρουσία μαθητών χωρίς καμιά μαθησιακή δυσκολία, όπως και συνέβη με μικρό αριθμό μαθητών στο δείγμα της παρούσας μελέτης.

Παράλληλα, ο μικρός αριθμός των διαγνώσεων αυτισμού και προβλημάτων λόγου - ομιλίας, οφείλεται πιθανώς στην πρώιμη παρέμβαση και την έγκαιρη διάγνωση σε μικρότερες ηλικίες (προσχολική). Άλλωστε, τα περιστατικά των προαναφερόμενων κατηγοριών, τα οποία συνήθως εξετάζονται στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του ΚΕ.Δ.Δ.Υ., αποτελούν στην πλειονότητά τους περιπτώσεις επαναξιολογήσεων. Συνεπώς, το χαμηλό ποσοστό διαγνώσεων Δ.Α.Δ και προβλημάτων λόγου - ομιλίας που προκύπτει είναι αναμενόμενο, καθότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών διαγιγνώσκεται νωρίτερα. Τέλος, η ομάδα ελέγχου αποτελείται (καταχρηστικά) και από μαθητές με γνωστικά ελλείμματα, καθώς στο κέντρο παραπέμπονται παιδιά, τα οποία αναμένεται να διαγνωσθούν με κάποια δυσκολία. Τα γνωστικά ελλείμματα δε συνιστούν μαθησιακή δυσκολία, με τον αυστηρό ορισμό των μαθησιακών δυσκολιών, αλλά οφείλονται σε άλλου είδους αιτιολογία.

Ωστόσο, παρά τα δεδομένα των περιορισμών της παρούσας μελέτης, αξίζει να τονιστεί ότι θετικά των πορισμάτων εστιάζονται στο γεγονός ότι το ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Λάρισας είναι περιφερειακό και συγκριτικά με άλλα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. σε όλη την Ελλάδα άρτια στελεχωμένο. Συνεπώς, η έρευνα ανέδειξε σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με την κατηγορία των δευτερογενών μαθησιακών δυσκολιών, με τη ακριβή διάγνωση και συμβολή κυρίως της ειδικότητας του παιδοψυχιάτρου, σε συνεργασία με όλη τη διεπιστημονική ομάδα. Τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. άλλων νομών, που δε διαθέτουν παιδοψυχίατρο, δε δύνανται να επιδοθούν σε διάγνωση που αφορά αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία παιδιού και εφήβου (π.χ Δ.Α.Δ., ψυχαναγκαστική διαταραχή, ψυχώσεις, αγχώδης διαταραχή). Παραπέμπουν περιστατικά μαθητών (με αίτημα παιδοψυχιατρικού περιεχομένου) σε άλλους φορείς του Υπουργείου Υγείας (π.χ Κέντρο Ψυχικής Υγείας) ή συνεργάζονται παραπέμποντας το μαθητή στο περιφερειακό ΚΕ.Δ.Δ.Υ. (π.χ το ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Καρδίτσας συνεργάζεται με τον παιδοψυχίατρο του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Λάρισας, το οποίο διαθέτει τη συγκεκριμένη ειδικότητα).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης τονίζουν την ανάγκη ανάληψης πρωτοβουλιών για την καταγραφή και αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών. Η απουσία Τμημάτων Ένταξης κυρίως στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση όσο και προβλήματα στην ύπαρξη των κατάλληλων υποδομών (πχ στέγασης), έχουν ως αποτέλεσμα την υπολειτουργία ή και την πλημμελή λειτουργία των τμημάτων. Επιπρόσθετα, λαμβάνοντας υπόψη τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο μαθητής στο μαθησιακό τομέα και τις αρνητικές προβλέψεις για τη σχολική του επίδοση, γίνεται αντιληπτό ότι η έλλειψη των ειδικών δομών στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την αποκατάσταση των δυσκολιών του μαθητή.

Η Πολιτεία με το Νόμο 3699/2008 παράγραφος 1 και 2 (εδάφιο στ') και της Εγκυκλίου με Α.Π. 28722/γ2/12-3-2010 Άρθρο 1 δίνει τη δυνατότητα στους μαθητές της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με «ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» (εντάσσονται στον ορισμό και οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες) να συμμετέχουν στις προαγωγικές και απολυτήριες εξετάσεις τους μέσω προφορικής διαδικασίας. Ειδικότερα, οι μαθητές με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, Δ.Α.Δ., προβλήματα όρασης, κινητικά προβλήματα με ποσοστό αναπηρίας οριζόμενο από δευτεροβάθμια υγειονομική επιτροπή και προσωρινά κατάγματα: δηλαδή μαθητές με ειδικές και κάποιες από τις κατηγορίες των δευτερογενών μαθησιακών δυσκολιών εντάσσονται στο Νόμο για προφορική αξιολόγηση. Η πρόνοια αυτή της Πολιτείας είναι μεν σημαντική, δεν αναιρεί όμως την ανάγκη για πρόληψη και δραστηκότερη αποκατάσταση του προβλήματος. Άλλωστε, αυτό το μέτρο έχει οδηγήσει όχι μόνο στην κατάχρηση αλλά και στο ότι δίνεται έμφαση μόνο στην αξιολόγηση, δηλαδή την προφορική εξέταση, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η κατάλληλη προετοιμασία και αποκατάσταση στο εφικτό των μαθητών αυτών. Επιπλέον, το γεγονός ότι τα περισσότερα προβλήματα εντοπίζονται στην περιγεννητική περίοδο φανερώνει και τις αντίστοιχες δυνατότητες πρόληψης που υπάρχουν με τη

σωστή παροχή περιγεννητικής φροντίδας, την ενίσχυση του ρόλου των μαιών και της συστηματικής παρακολούθησης της εγκύου σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Αναμένεται εξέλιξη και περαιτέρω ευαισθητοποίηση σε θέματα ειδικής αγωγής, εκπαίδευσης και υγείας των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες. Η διαρκής βελτίωση της γνώσης σε ειδικά θέματα διαχείρισης, η επιμόρφωση των εμπλεκόμενων, η αξιολόγηση των στόχων, των μεθόδων και του υλικού εξοπλισμού των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που προάγουν την εκπαίδευση, τη συνένταξη - συνεκπαίδευση και την ευρύτερη υγεία παιδιού-μητέρας, ο συστηματικός έλεγχος της αποτελεσματικότητάς τους, η επιβεβλημένη επανάληψή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα και η σταθερή διατήρησή τους αποτελούν θέματα διαρκούς ερευνητικού σχεδιασμού και διερεύνησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Kirk SA, McCarthy JJ. The Illinois Test of Psycholinguistic Abilities, Experimental Edition, Urbana: The University of Illinois Press, 1961
- 2.Bannatyne A. Diagnosing learning disabilities and writing remedial prescriptions. Journal of Learning Disabilities, 1968; 1: 242–249.
- 3.<http://www.ldonline.org/features/idea2004>
- 4.ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ. ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ. Βιβλίο Εκπαιδευτικού Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης. Δραστηριότητες μαθησιακής ετοιμότητας. ΟΕΔΒ 2009, Αθήνα.
- 5.Σκαλούμπακας Χ, Πρωτόπαπας Α. Λογισμικό Ανίχνευσης Μαθησιακών Δεξιοτήτων και Αδυναμιών-ΛΑΜΔΑ. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ. ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ-ΕΠΕΑΕΚ.
- 6.Γκοτζαμάνης, Κ. (Μετάφραση-Επιμέλεια). Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 51-52
- 7.Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ., Μαυρέας, Β. (Απόδοση στα Ελληνικά και Επιμέλεια). Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, 292-309, 19936
- 8.Χρηστάκης ΚΓ. Οι δυσκολίες μάθησης και το εκπαιδευτικό μας σύστημα, Σχολείο και Ζωή. 1990, 12:412-419.
- 9.Κορομηλάς Σ, Μαυροειδής Γ, Σκόπας Ν. Έκθεση: Δοκιμαστική Εφαρμογή Προγραμμάτων Φροντιστηριακής Διδασκαλίας στα Δημοτικά Σχολεία, Αθήνα. Στο: Βεργίδης ΔΚ, Υποεκπαίδευση. Ύψιλον, Αθήνα, 1985, 195-198.
- 10.Μαρκοβίτης Μ, Μπιτζαράκης Π, Τζουριάδου Μ. Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες επίκεντρο του κυβερνητικού ενδιαφέροντος στην ειδική αγωγή. Δυνατότητες εξέλιξης αλλά και κίνδυνοι περιθωριοποίησης. Επειδή η ΔΙΑΦΟΡΑ είναι δικαίωμα. 1985, 8-9, 51-56
- 11.Magowan S. Η Σχέση Μεταξύ των Μαθησιακών Δυσκολιών και της Προβληματικής Συμπεριφοράς. Στο Στασινός, Δ. Π. (Επιμελητής έκδοσης). Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Ευρώπης (σελ. 93-98). Αθήνα: Gutenberg, 1993
- 12.Παπαθεοφίλου Ρ, Χαριτάκη Μ, Κοζαδίνος Μ, Θεολόγου Α. Εξέλιξη παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Ψυχολογικά Θέματα. 1992, 5:261.
- 13.Κάκουρος Ε, Μανιαδάκη Κ. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000, 148.
- 14.Μαρκοβίτης Μ, Τζουριάδου Μ. Μαθησιακές δυσκολίες. Θεωρία και Πράξη. Εκδόσεις Προμηθεύς, Θεσσαλονίκη, 1991, 62-63.

- 15.Κάκουρος Ε. Η προβληματική της διάγνωσης και αντιμετώπισης των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού. 1996, 37:36-37.
- 16.Νασιάκου Μ. Ψυχολογική εκτίμηση της νοητικής λειτουργίας και της προσωπικότητας του παιδιού. Στο Τσιάντης Γ, Μανωλόπουλος Σ. (Επιμελητές έκδοσης). Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Πρώτος τόμος, Δεύτερο μέρος. Καστανιώτης, Αθήνα, 1987, 161-190.
- 17.Παντελιάδου Σ, Μπότσας, Γ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά. Θεσσαλονίκη: Γράφημα, 2007
- 18.Στεφανίδη-Μόττη Φ. Αξιολόγηση της Νοημοσύνης παιδιών Σχολικής ηλικίας και εφήβων. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1999.
- 19.Quaid P Simpson T.Association between reading speed, cycloplegic refractive error, and oculomotor function in reading disabled children versus controls. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2013;251(1):169-87.
- 20.Κάτσιου-Ζαφρανά, Μ. (1993). Σχέση Μαθησιακών Δυσκολιών και Εγκεφάλου, Αναπτυσσόμενου μέσα σ' ένα Στερεωμένο και Αρνητικό Περιβάλλον. Στο Στασινός, Δ.Π. (Επιμελητής έκδοσης). *Μαθησιακές δυσκολίες του παιδιού και του εφήβου. Η εμπειρία της Ευρώπης* (σελ. 39). Αθήνα: Gutenberg.
- 21.Πόρποδας ΚΔ. Εισαγωγή στις μαθησιακές δυσκολίες. Ερευνητική και διαγνωστική μονάδα δυσλεξίας, ανάγνωσης και γραφής Πανεπιστημίου Πατρών. Πάτρα, 1998, 25-53.
- 22.Παπαθεοφίλου Ρ, Σώκου-Μπάδα Κ, Μιχελουγιάννης Ι, Παντελάκης Σ. (1989). Σχολική επίδοση: κοινωνικοί, ψυχικοί και σωματικοί παράγοντες: ψυχική διαταραχή και σχολική επίδοση. *Ψυχολογικά Θέματα*. 1989, 1:211-229.
- 23.Καλαντζή-Αζίζι Α. Μαθησιακά Προβλήματα του Παιδιού στο Σχολείο και η Αντιμετώπισή τους με τη Μέθοδο της Τροποποίησης της Συμπεριφοράς. Στο Στασινός, Δ. Π. (Επιμελητής έκδοσης). *Μαθησιακές δυσκολίες του παιδιού και του εφήβου*. Gutenberg, Αθήνα, 1993, 239-248.
- 24.Σακελλαρίου Γ. Λογοπαιδική παρέμβαση σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες στα πλαίσια των δραστηριοτήτων της παιδοψυχιατρικής ομάδας. Διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Ιατρικής. Αλεξανδρούπολη, 1993.
- 25.Μπομπάι Α. Διερεύνηση των ψυχολογικών δυσκολιών μητέρων παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Τμήμα εκπαιδευτικής και κοινωνικής πολιτικής. Διπλωματική εργασία, Θεσσαλονίκη, 2012.
- 26.David HP. Zdenek M. Children Born to Women Denied Abortion: An Update. *Family Planning Perspectives* 1981;13 (January-February): 32-34
- 27.Hadjkacem I, Ayadi H, Turki M, Yaich S, Khemekhem K, Walha A, et al. Prenatal, perinatal and postnatal factors associated with autism spectrum disorder. *J Pediatr (Rio J)*. 2016 ;92(6):595-601.
- 28.May-Benson TA, Kumar JA, Teasdale A.Incidence of pre-, peri-, and post-natal birth and developmental problems of children with sensory processing disorder and children with autism spectrum disorder. *Front Integr Neurosci*. 2009;3:31.

29. Γιώρη Π. Τα Κ.Δ.Α.Υ. – Εικόνες και αντιλήψεις των εκπαιδευτικών προσχολικής αγωγής και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του Νομού Αχαΐας. Τμήμα επιστημών της εκπαίδευσης και της αγωγής στην προσχολική ηλικία. Μεταπτυχιακή διατριβή, Πάτρα, 2008
30. Herbert M. Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας. Α. Καλαντζή-Αζίζι Επιμέλεια. (4^η έκδοση). Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1996, 215-220.
31. Νόμος 3699/2008, άρθρο 4.
32. <http://blogs.sch.gr/kdaylar/>
33. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/
34. Salk L. The role of the heartbeat in relations between mother and infant. *Sci Am* 1973; 228: 24-29
35. Cole M, Cole S. The Development of Children, W.H. Freeman & Co Ltd, 1996
36. O'Neil, Erica, "Congenital Rubella Syndrome (CRS)". *Embryo Project Encyclopedia* (2014-01-10). ISSN: 1940-5030 <http://embryo.asu.edu/handle/10776/7356>.
37. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "Achievements in Public Health: Elimination of Rubella and Congenital Rubella Syndrome—United States, 1969-2004." *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 54 (2005): 279–82. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5411a5.htm>
38. Poda A, Hema A, Konaté A, Kaboré F, Zoungrana J, Kamboulé E, et al. Pregnancy rate and birth outcomes among women receiving antiretroviral therapy in Burkina Faso: a retrospective cohort study. *Pan Afr Med J.*;23:105.
39. Bilder DA, Pinborough-Zimmerman J, Bakian AV, Miller JS, Dorius JT, Nangle B, McMahon WM. Prenatal and perinatal factors associated with intellectual disability. *Am J Intellect Dev Disabil.* 201;118(2):156-76.
40. Brucato A, Cimaz R, Caporali R, Ramoni V, Buyon J. Pregnancy outcomes in patients with autoimmune diseases and anti-Ro/SSA antibodies. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2011;40(1):27-41
41. Kawi AA, Pasamanick BP. Association of factors of pregnancy with reading disorders in childhood. *JAMA* 1958, 166:1420–1428
42. Nichols PL, Chen TC. Minimal Brain Dysfunction: A prospective study. Hillsdale, NJ, Ealbaum, 1981
43. Shaywitz SE, Cohen DJ, Shaywitz BA. Behavior and learning difficulties in children of normal intelligence born from alcoholic mothers. *J Pediatr* 1980; 96:978–982
44. Lindgren S, Harper DC, Blackman JA. Environmental influences and perinatal risk factors in high-risk children. *J Pediatr Psychol* 1986;11:531–547

45. Ross G, Sammaritano L, Nass R, Lockshin M. Effects of mothers' autoimmune disease during pregnancy on learning disabilities and hand preference in their children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157(4):397-402.
46. Συρίγου-Παπαβασιλείου Α., Κοντοπούλου Φ. Νευρολογικά κατάλοιπα σε νεογνά υψηλού κινδύνου. *Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών* 55, 2008
47. Doyle LW, Anderson PJ, Battin M, Bowen JR, Brown N, Callanan C, Campbell C, Chandler S, Cheong J, Darlow B, Davis PG, DePaoli T, French N, McPhee A, Morris S, O'Callaghan M, Rieger I, Roberts G, Spittle AJ, Wolke D, Woodward LJ. Long term follow up of high risk children: who, why and how? *BMC Pediatr*. 2014;14:279
48. Rodrigues Sd, Ciasca SM, Guimarães IE, da Freiria Elias KM, Oliveira CC, de Moura-Ribeiro MV. Does stroke impair learning in children? *Stroke Res Treat*. 2011;2011:369836.
49. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *Journal of Prenatal Medicine*. 2010;4(2):22-25.
50. Committee to Evaluate the Supplemental Security Income Disability Program for Children with Mental Disorders; Board on the Health of Select Populations; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Boat TF, Wu JT, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Oct 28.
51. Cortiella, Candace and Horowitz, Sheldon H. *The State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues*. New York: National Center for Learning Disabilities, 2014.
52. Herrera-Marschitz M, Neira T, Rojas-Mancilla E, Espina-Marchant P, Esmar D, Perez R, et al. Perinatal asphyxia: CNS development and deficits with delayed onset. *Front Neurosci*. 2014; 8: 47.
53. Matejcek Z, Dytrych Z. Specific learning disabilities and the concept of psychological subdeprivation: The Czechoslovak experience. Special Issue: Risk and resilience in individuals with learning disabilities: An international focus on intervention approaches and research. *Learn Disabil Pract* 1993, 8:44–51
54. Δρόσου-Αγακίδου Β. Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2005, 22(5):459–466

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Δείγματα γραφής σε διαφορετικά είδη μαθησιακών δυσκολιών

α. Ειδική μαθησιακή δυσκολία

Μια φορά ήταν ο κώστας και κίμων πήγε σε ένα βουνό και
απολούθησε ένα κοινό πιάτο που τον έβγαλε σε ένα ξέφαντο και ήρεμο
ζα δουλεύει της φωνής είδε δύο κελιά σαν κόλνα της
δούς τότε πιάσενα άλλαξαν ταχύτητα σε πρόβ και βόξ
για να τον προηδοποιήσουν και ο ήλιος έδωσε και εμένας
υποσέθη με να ξανάρθει την εσπέρας μέρω.

β. Ειδική μαθησιακή δυσκολία

Επιθυμώ να βρω μια σωστή βολύ. Ακόμα και τα
παιδιά που βάζει στην ξύρα. Ακόμα και τα
χρήμα και κηγάτα γενικά σε διαφορετικά επίπεδα
τακτικού για την ημερίδα των εικοσών ετών.

γ. Ειδική μαθησιακή δυσκολία

Οι προσηγορίες είναι

Οι προβληματισμοί είναι ποδο. παραδίστα οι γονείς που σφύριζαν να πιά να διαβάσει στη μέση του παικιδίου και δεν ~~θελουν~~ θελουν. ότι τα ηδέστρακι είναι ποδο αβριβα, ~~το~~ το χειρότερο όταν κολλάει το ίντερνετ και βαρύνει, όταν οι γίγισον ~~δεν~~ δεν θέλουν να γράψουν.

ΜΗΡΕ ΣΟ ΜΟΝΟ ΠΑΙΔΗ ΠΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΕΣ ΕΝΑ ΞΕΦΟΣΟ.
ΦΤΑΝΟΥΣ ΕΣΟ ΞΕΦΟΣΟ ΑΝΟΙΞΕ Η ΣΗ ΔΙΠΛΑΤΟΥ ΚΑΙ
ΜΕΡΙΚΑ ΧΕΛΙΔΟΤΑΚΑ ΓΥΡΟΥΣΙ ΓΑΝ ΔΙΠΛΑΤΟΥ ΚΑΙ
ΜΗ ΓΑΝ ΓΑ ΚΑΘΙ ΓΟΥΝ ΕΣΗΝ ΚΑΘΥΑ ΤΗΣ ΔΕΑ
ΤΕ ΤΕ ΤΟΣΕ ΤΑ ΧΕΛΙΑ ΤΟΥ ΚΑΘΥΑ ΕΙΠΑΝΕ,
ΑΝΟΙΞΗ ΚΑΙ ΜΕΡΙΚΑ ΜΑΒ ΚΑΙ ΡΟΣ ΕΟΝΝΕΦΑ ΤΟΥ
ΠΡΟΙΔΟΜΗΘΑΝ ΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΡΙΓΕΙ Ο ΚΑΙΟΣ
ΕΔΙΘΕ ΚΑΙ Ο ΚΑΘΥΑΣ ΕΙΠΕ ΠΟΣ ΘΑ ΞΑΝΑ ΕΡΘΕΙ
ΑΥΡΙΟ

ε. Ειδική μαθησιακή δυσκολία

Το κάπνισμα είναι βλαβερό για την υγεία. Οι περισσότεροι άνθρωποι το ξέρουν αυτό, αλλά λίγοι γνωρίζουν πως το κάπνισμα επηρεάζει την εικόνα τους και τη στάση που άλλοι άνθρωποι κρατάνε απέναντί τους. Το κάπνισμα προκαλεί δύσσομη αναπνοή και κιτρινωμένα δόντια. Συχνά κάνει τους άλλους ανθρώπους να μη θέλουν να βρίσκονται κοντά τους. Ακόμη και αν δεν καπνίζετε, πιθανόν να έχετε παρατηρήσει ότι τα, ρούχα μυρίζουν τσιγαρίλα, αν βρεθήκατε κοντά σε καπνιστές.

Σύμφωνα με μια έρευνα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, το 78% των αγοριών ηλικίας 12-17 ετών δήλωσε ότι δεν επιθυμεί να βγει με κάποια που καπνίζει. Τα κορίτσια σε ποσοστό 69% είπαν ότι θα προτιμούσαν να βγουν με κάποιον που δεν καπνίζει.

Οι προπονητές απαιτούν από τους αθλητές να μην καπνίζουν. Το κάπνισμα μειώνει την ποσότητα οξυγόνου που μπορεί να μεταφέρει το αίμα στο σώμα. Το αποτέλεσμα είναι ότι ο αθλητής που καπνίζει πιθανόν να μην μπορεί να κολυπήσει ή να τρέξει και τόσο καλά, όσο οι μη καπνιστές αθλητές. Τα πνευμόνια του καπνιστή δε μεταφέρουν οξυγόνο τόσο αποτελεσματικά, όσο τα πνευμόνια των περισσότερων μη καπνιστών.

2. Να γράψεις την περιληψη του κειμένου.

Το κάπνισμα είναι πολύ βλαβερό για την υγεία και επιβαρύνει πολύ τον πνεύμονα να πάρει αρκετά οξυγόνο. Κιτρινίζουν τα δόντια και κίτριζουν τα ρούχα. Αν ένας αθλητής καπνίζει κάνει δύσκολο κακό στον οργανισμό του γιατί επιβαρύνει τον πνεύμονα.
Ελληνής η γραφή απόδοση του κειμένου

στ. Ειδική μαθησιακή δυσκολία

αρθρογραφία

Το ταξίδι του κατήγη στην Ισπανία πραγματοποιήθηκε τη δεκαετία του 17, η μεγάλη ανάπτυξη το συμφέρον, φησίζε να δυσκολεύει σημαντικά τον ταξιδιολογή μακρυνεί προγραμμή για τον Ελίνα και Ερωτικό ταξιδιό ασκεία χροιά εξαπλά της παράδοσης.

Σημειώσεις

- διευκόλυνση
- επισημολο
- ύψος
- κατάσταση
- ξίσκασις
- ακμή
- πρόβλεψη
- ημβαλκωτική
- ζωοδειό
- παρρη
- εργασίες έφρασης
- αλευρό
- βιτσί

Κιμείο ακρόασης
Ο κινώτας ηγή σε ένα βουό στον ακούσε τα κείδη
μερσε την ανώξη ο πώς εδίε και στο φηρονα εφέραϊ
Με και ασήρα συνερα οηάσθρεσ στον κενητοί μια υποαρεφί
ΑΠΤ θα ζαναίρητοαν άρτιο

ζ. Γενικευμένη μαθησιακή δυσκολία

Παραγωγή Γραπτού Κειμένου

Επέλεξε ένα από τα ακόλουθα θέματα και ανέπτυξε το.

- 1) Να περιγράψεις ένα ατύχημα που συνέβη στο δρόμο και στο οποίο υπήρξε αυτόπτης μάρτυρας.
- 2) Να περιγράψεις ένα ταξίδι που έχεις ήδη πραγματοποιήσει ή που θα ήθελες να κάνεις (με την οικογένεια σου, τους φίλους σου ή στο πλαίσιο του σχολείου).
- 3) Στην περίπτωση ενασχόλησης σου με ένα σπορ θα επέλεγες ένα ομαδικό ή ένα ατομικό σπορ και για ποιους λόγους.

4) Τα όνειρά μου για το μέλλον.

Εξω θα ήθελα να ταξιδέψω.

Ήθελα να έρθω στην Ευρωπαϊκή

και μερικές φορές στην Αμερική

ή να πάω να θάψω να στο σπίτι

ή να πάω να είμαι η αγαπημένη μου ομάδα

ή να πάω να γίνω στο σπίτι μου. Ήθελα να πάω να πάρω σε όλα μερικά γιατί

η. Γενικευμένη μαθησιακή δυσκολία

ο κωστας φηχαιμια βοηθα σε ενα
μουνο πατι κατ ο το μονο πατη ~~ειχαι~~ εικαι
Που να που κελαιδωσαν και
ειδι που αρεσε η α αναλιγενε αββιο
αποθεμα ++

θ. Ειδική μαθησιακή δυσκολία

ο κωστας ηθελε να παει στο βουο πια δε ξυγ
ζεφο το κηθωδ εικαι τηχη ποση των επιερδω στη φυτη
του ~~ειχαι~~ ηρωι η ανωις εικαι εικαι εικαι ηρωι του ουιριτικι
ροτ και μνβ σουσεγγ. οη αος εφδς.

ι. Ειδική μαθησιακή δυσκολία

Περιληψη-νοήτα

Η Ιαπωνία είναι έντιμος λαός, τα κείμενά της οι βροχές είναι
καθαρά, τα κείμενά της είναι καθαρά, οι κείμενά της είναι
το ίδιο είναι Πολυεταθική χώρα. Ο κείμενος είναι καθαρός σε
εξυπηρέτηση, καθαρότητα και ηρότητα.

Αντιγραφή αναφέρεται στην απόδοση του κειμένου
όπως ενδείκνυται για τον ανακωστήτη τον 1988, έτσι κείμενος
του κείμενου καθαρά Δρόμοι της στήλης και της αόρασης.

Καίριο αλφάβητο: ο κείμενος των κείμενων ήταν στην κείμενη
κείμενη τα κείμενα του να σταθεροί την κείμενη. Ρόλο κείμενου
κείμενα κείμενα στην κείμενη και τον κείμενο να
κείμενο. Υποδοχόμετο στον κείμενο να κείμενο.

Ο κείμενος: υποδοχόμετο ότι ο κείμενος κείμενος
κείμενος να κείμενος. Σας κείμενο να κείμενος και
να κείμενος και τον κείμενο με το κείμενο. Κείμενος
κείμενος να κείμενος της κείμενος της κείμενος
και τους κείμενος κείμενος. Κείμενος κείμενος
κείμενος και κείμενος κείμενος κείμενος.

Σπορτικο, κείμενος, κείμενος, κείμενος, κείμενος, κείμενος,
κείμενος, κείμενος, κείμενος, κείμενος, κείμενος,
κείμενος, κείμενος, κείμενος, κείμενος, κείμενος,
κείμενος, κείμενος, κείμενος, κείμενος, κείμενος

ια. Δευτερογενής μαθησιακή δυσκολία

ΦΥΛΛΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Είναι λάθος τα σχετικά και αρσενικοί το φύλο
στην ηλικία ~~αυτής~~ έχει άμεση επίδραση
στο αμυντικό σύστημα του ανθρώπου είναι
μία επεξεργασία οξυγόνου θερμοκρασία, υποβασίωση της
κλιματική διατήρηση ορμονών και συστατικών, υδατ
είναι το βασικό δέντρο, μοιράζει και βέβαια
αυτήν και γερνάει το σωμα.

Το κριτικό είναι τα σχετικά εφόσον του
γέλιου στον άνθρωπο από αλλαγή τις κινήσεις
των αλφάδων νεύρων αλλά και τη διατήρηση
του σώματος του.

Η αιτία για το γερνός σύστημα
στην ανατομία πρέπει να αξιολογηθεί
η θερμοκρασία με ένα χαρακτηριστικό
σημείο είναι
συνταξιογράφηση
Απόσπασμα
Ποιότητα
Κριτική

ιβ. Δευτερογενής μαθησιακή δυσκολία

Κείμενο αναγνώστis

ΚΑΡΣΙΝΗ ΛΥΜΠΗΡΟΥ

1

Κάπνισμα: Προσωρινή απόλαυση, μόνιμη ζημιά

[Το κάπνισμα είναι βλαβερό για την υγεία. Οι περισσότεροι άνθρωποι το ξέρουν αυτό, αλλά λίγοι γνωρίζουν πως το κάπνισμα επηρεάζει την εικόνα τους και τη στάση που άλλοι άνθρωποι κρατάνε απέναντί τους. Το κάπνισμα προκαλεί δύσοσμη αναπνοή και κιτρινωμένα δόντια. Συχνά κάνει τους άλλους ανθρώπους να μη θέλουν να βρίσκονται κοντά τους. Ακόμη και αν δεν καπνίζετε, πιθανόν να έχετε παρατηρήσει ότι τα ρούχα μυρίζουν τσιγαρίλα, αν βρεθήκατε κοντά σε καπνιστές.

Σύμφωνα με μια έρευνα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, το 78% των αγοριών ηλικίας 12-17 ετών δήλωσε ότι δεν επιθυμεί να βγει με κάποιον που καπνίζει. Τα κορίτσια σε ποσοστό 69% είπαν ότι θα προτιμούσαν να βγουν με κάποιον που δεν καπνίζει.]

Οι προπονητές απαιτούν από τους αθλητές να μην καπνίζουν. Το κάπνισμα μειώνει την ποσότητα οξυγόνου που μπορεί να μεταφέρει το αίμα στο σώμα. Το αποτέλεσμα είναι ότι ο αθλητής που καπνίζει πιθανόν να μην μπορεί να κολυπήσει ή να τρέξει και τόσο καλά, όσο οι μη καπνιστές αθλητές. Τα πνευμόνια του καπνιστή δε μεταφέρουν οξυγόνο τόσο αποτελεσματικά, όσο τα πνευμόνια των περισσότερων μη καπνιστών.

(Περ. «Ε-Ιατρικά», εφημ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 2002)

Το κάπνισμα προκαλεί ότι τα πνευμόνια σου καταρρέουν
πολύ γρήγορα αν αρχίσεις να καπνίζεις. Γι' αυτό είναι σημαντικό να
καταλάβεις ότι καπνίζοντας μειώνεις τη διάρκεια ζωής σου και
αυξάνεις το κόστος της υγείας σου. Τα πνευμόνια σου έχουν
κάποια ελαστικότητα και όταν καπνίζεις, αυτή χάνεται και
το αίμα σου δεν μπορεί να μεταφέρει τόσο καλά το οξυγόνο
στο σώμα σου. Τα πνευμόνια σου είναι σαν μια μπαταρία και
το κάπνισμα τα εκφορτίζει πολύ γρήγορα. Γι' αυτό είναι
σημαντικό να αποφύγεις το κάπνισμα και να διατηρήσεις
τα πνευμόνια σου υγιή.

γ. Ειδική μαθησιακή δυσκολία

Παρανομάζει κοινωνικό πρόβλημα και πρόβλημα ζωής.

Η οικολογική κρίση είναι διαίτητο διαειχάσις
από τα ανεπαρκή ηλικίας δεν έχουν σωστά και εσως
καταλήξουν στον θάνατο και πρέπει να συμπληρώσουν
διαφορές σωστές της οποίες θα ήθελαν να ζήσουν.

Κείμενο ακρίβειας

Ο κώτσας ανέβηκε σε ένα βουνό ύψους 100 μέτρων
σε ένα μονοπάτι και βγήκε σε ένα ξερότατο έδαφος
είδε δύο χελιδόνια και κάθισαν στα κλαδιά ο αριστερός
βγήκε από το κλαδί και ο άλλος βγήκε από το κλαδί
άρχισαν να νικούν ο κώτσας είναι πως θα
ερχόταν αυτός ~~μονοπάτι~~ μου πάλι ανήκει.

2. Σταθμισμένα και μη σταθμισμένα τεστ για τη διάγνωση - αξιολόγηση των μαθησιακών δυσκολιών.

Δοκιμασία προσληπτικού λεξιλογίου: The Peabody Picture Vocabulary Test – Revised (Dunn & Dunn, 1981): Προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα από τους Μουζάκη, Σίμος, Σιδερίδης και Πρωτόπαπας, 2006. Περιλαμβάνει 173 ερωτήσεις σημασιολογικής αναγνώρισης λέξεων αυξανόμενης δυσκολίας. Dunn, L.M. & Dunn, L.M. (1981).

The Peabody Picture Vocabulary Test-Revised (PPVT-R). American Guidance Service, adapted for Greek by Mouzaki, A., Simos, P., Sideridis, G. D. & Proropas, A. (2006).

PACS (Φωνολογική αξιολόγηση του παιδικού λόγου, Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 1995). Το παιδί καλείται να κατονομάσει ένα σύνολο εικόνων. Το φωνητικό ρεπερτόριο και η φωνο-τακτική δομή καταγράφονται και συγκρίνονται με το αναμενόμενο στάδιο φωνολογικής ανάπτυξης ανάλογα με την χρονολογική ηλικία του παιδιού.

Pintrich & De Groot (1990). Motivated Strategies for Learning Questionnaire” (MSLQ). Εκτίμηση των πεποιθήσεων Αυτο-αποτελεσματικότητας, ως προς συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα (Γλώσσα και Μαθηματικά). Η μετάφραση και προσαρμογή Κλίμακας Αυτο-αποτελεσματικότητας: Α. Λεονταρή & Ε. Γωνίδα. Renfrew, C. (1997). The Bus Story Test. Winslow, adapted for Greek by Protopapas, A., Mouzaki, A. & Tsadoula, D. (2004). Αξιολόγηση αφηγηματικού λόγου. Wechsler Preschool & Primary Scale of Intelligence (Wechsler, 1990). WPPSYR: Κατασκευή κύβων. Η δοκιμασία απαιτεί την ανακατασκευή ενός προτύπου-σχεδίου με την χρήση δίχρωμων ξύλινων κύβων. Μη λεκτική ικανότητα.

ΑθηνάΤεστ Διάγνωσης δυσκολιών μάθησης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Γεώργας, Δ. Δ., Παρασκευόπουλος, Ι. Ν., Μπεζεβέγκης, Η. Γ. & Γιαννίτσας, Ν. Δ. (1997). Ελληνικό.

WISC-III: Wechsler κλίμακες νοημοσύνης για παιδιά. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Καλαντζή-Αζίζι Α., Αγγελή Κ. & Ευσταθίου Γ. (2005).

Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Μπεζεβέγκης, Η., Οικονόμου, Α., Μυλωνάς, Κ (2007).

Εργαλείο Ανίχνευσης Διαταραχών Μνήμης στο Νηπιαγωγείο και στο Δημοτικό. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ, Οικονόμου, Α., Μπεζεβέγκης, Η., Μυλωνάς, Κ., & Πολυχρόνη, Φ. (2007).

Εργαλείο Ανίχνευσης της διερεύνησης διαταραχών της διαδικασίας της μάθησης και της κατηγοριοποίησης στο νηπιαγωγείο και στο δημοτικό. Ηλικίες 9-12 έτη. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ, Οικονόμου, Α., Μπεζεβέγκης, Η., Μυλωνάς, Κ., & Βαρλόκωστα, Σ. (2007).

Εργαλείο Ανίχνευσης Διαταραχών Λόγου και Ομιλίας σε παιδιά Προσχολικής Ηλικίας. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ, Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (2007).

Τεστ Ανάγνωσης, Τεστ- Α. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ, Παντελιάδου, Σ. & Σιδερίδης, Γ. (2007).

Ανίχνευση μαθησιακών δυσκολιών από εκπαιδευτικούς. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ (7), Πόρποδας, Κ. (2007).

Εργαλείο Ανίχνευσης και Διερεύνησης των Αναγνωστικών Δυσκολιών στο Νηπιαγωγείο και Α - Β' Δημοτικού. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ, Πόρποδας, Κ., Διακογιώργη, Κλ., Δημάκος, Ι., Καραντζή, Ι., Παλαιοθόδωρος, Αργ., Υφαντή, Καλ., Τσαγγάρη, Γ., & Καραμπέτσου, Μ. (2007).

Εργαλείο Διαγνωστικής Διερεύνησης δυσκολιών στο γραπτό λόγο των Μαθητών Γ- ΣΤ' Δημοτικού. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ, Ρούσσου Α. (2002).

Θέματα ψυχομετρίας στην κλινική πράξη και έρευνα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Σίμος, Π., Μουζάκης, Α. & Σιδερίδης, Γ. (2007).

Αξιολόγηση Επιτελικών Λειτουργιών στο Δημοτικό Σχολείο. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ, Σίμος, Π., Μουζάκης, Α. & Σιδερίδης, Γ. (2007).

Αξιολόγηση Συγκέντρωσης και Προσοχής στο Δημοτικό Σχολείο. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ, Σκαλούμπακας, Χ. & Πρωτόπαπας, Α. (2007).

Λογισμικό Ανίχνευσης Μαθησιακών Δεξιοτήτων και αδυναμιών. ΛΑΜΔΑ Τάξεις Β'-Δ Δημοτικού. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ, Σκαλούμπακας, Χ. & Πρωτόπαπας, Α. (2007).

Λογισμικό Ανίχνευσης Μαθησιακών Δεξιοτήτων και αδυναμιών. ΛΑΜΔΑ Τάξεις Ε' Δημοτικού - Β' Γυμνασίου. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ,

Τεστ & Μέθοδος Παυλίδη. Ακριβής βιολογική πρόγνωση & διάγνωση. Αντικειμενικά βιολογικά και μη-λεκτικά τεστ που είναι ανεξάρτητα από την ανάγνωση και τη γραφή, μπορεί να γίνει αξιόπιστα η διάγνωση πολύ νωρίτερα, με την (οφθαλμοκίνηση). Τζουριάδου, (1989). Detroit Test μαθησιακής ικανότητας (DTLA-2), γλωσσική προσαρμογή στα Ελληνικά. Τρίγκα Α. (2004).

Τεστ αναγνωστικής ικανότητας. Αθήνα: Ατραπός. Χατζηχρήστου, Χ, Πολυχρόνη, Φ, Μπεζεβέγκης, Η., & Μυλωνάς, Κ. (2007).

Εργαλείο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής παιδιών Προσχολικής και Σχολικής Ηλικίας.

Κλίμακα εκπαιδευτικού για παιδιά Σχολικής Ηλικίας (7-12 έτη). ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ, Β. Μη σταθμισμένα τεστ για την διάγνωση-αξιολόγηση των μαθησιακών δυσκολιών. Davis

Έλεγχος της δυσλεξίας και αποτελεσματική μάθηση με απλές τεχνικές με χρήση πλαστελίνη. Ζάχος, Γ. Η., & Ζάχος, Δ. Η. (1998).

Δυσλεξία. Αντιμετώπιση-ΑποκατάστασηUXNκ_ΡΈψ_. Οδηγίες εφαρμογής προγράμματος. Αθήνα: Κέντρο Ψυχολογικών Μελετών. Κυριαζή, Ο. & Σπαντιδάκης, Ι. (2001).

Τρόποι αξιολόγησης των δυσκολιών παραγωγής του γραπτού λόγου και των κοινωνικών δυσκολιών των μαθητών του δημοτικού σχολείου. Στο Επιστημονική Επιθεώρηση Κίνητρο (τόμ. 3, σσ.35-78). Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Σκαλούμπακας, Χ., Πρωτόπαπας, Α., Νικολόπουλος, Δ. (2003).

Παρουσίαση μιας κλίμακας μαθησιακής αξιολόγησης για την εξέταση των μαθησιακών δυσκολιών και στοιχεία από τη χορήγησή της σε μαθητές γυμνασίου. 9^ο Συνέδριο Πανελληνίου Συλλόγου Λογοπεδικών, Αθήνα. ΥΠΕΠΘ-ΠΙ. (2008).

Αξιολόγηση της μαθησιακής ετοιμότητας στην Συναισθηματική Οργάνωση με την Λίστα Ελέγχου Βασικών Δεξιοτήτων: ΛΕΒΔ - Συναισθηματική Οργάνωση ΥΠΕΠΘ-ΠΙ. (2008). Αξιολόγηση της μαθησιακής ετοιμότητας στην Ψυχοκινητικότητα με την Λίστα Ελέγχου Βασικών Δεξιοτήτων: ΛΕΒΔ - Ψυχοκινητικότητα ΥΠΕΠΘ-ΠΙ. (2008). Αξιολόγηση της μαθησιακής ετοιμότητας στις Νοητικές Ικανότητες με την Λίστα Ελέγχου Βασικών Δεξιοτήτων: ΛΕΒΔ –

Νοητικές Ικανότητες, ΥΠΕΠΘ-ΠΙ. (2008). Αξιολόγηση της μαθησιακής ετοιμότητας στον Προφορικό λόγο με την Λίστα Ελέγχου Βασικών Δεξιοτήτων: ΛΕΒΔ - Προφορικός λόγος