

ЮГОЗАПАДЕН УНИВЕРСИТЕТ „НЕОФИТ РИЛСКИ“
БЛАГОЕВГРАД
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ПСИХОЛОГИЯ“

АВТОРЕФЕРАТ

На дисертационен труд на тема: „ВЪЗПРИЯТИЯТА НА ГРЪЦКИТЕ УЧИТЕЛИ ЗА ЕМОЦИОНАЛНИТЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ ПРОБЛЕМИ НА УЧЕНИЦИ СЪС СПЕЦИАЛНИ ОБРАЗОВАТЕЛНИ ПОТРЕБНОСТИ“

за придобиване на образователна и научна степен „доктор”, Област на висше образование: 3. Социални, стопански и правни науки, Професионално направление: 3.2 Психология, Научна област: „Възрастова и педагогическа психология”

Докторант: МАРИЯ ХРИСТОС ПАПАДОПУЛУ

Научен ръководител: проф. д-р Иванка Асенова

Благоевград, 2023

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита на катедрен съвет на катедра «Психология» към «Философски факултет» на Югозападен университет «Неофит Рилски» – Благоевград. Съдържанието на дисертацията включва увод, две глави, разглеждане на резултатите (дискусия), заключения и приноси. Текстът е с обем от 170 страници, който включва 30 таблици и 33 фигури. Цитираната литература обхваща 224 заглавия на английски и гръцки език.

Защитата на дисертацията ще се проведе на 11.05.2023 г. от 14:00 ч в зала 210А, Първи корпус на ЮЗУ «Неофит Рилски» - Благоевград. Материалите свързани със защитата са на разположение в катедра «Психология» на трети етаж, Първи корпус на ЮЗУ «Неофит Рилски» – Благоевград.

Увод

Изследванията показват, че включването на деца със СОП в масовите класни стаи води до положителни резултати в психо-емоционалната и когнитивната области и по-конкретно, в постигането на по-високи академични резултати благодарение на сътрудничеството на общия специален педагог и предоставянето на индивидуализирано ресурсно преподаване. Проучванията показват също, че децата с увреждания, които взаимодействат с връстниците си, имитират положителното поведение на децата в норма, придобиват социални умения и се сприятеляват с връстниците си по-лесно от децата, посещаващи специални училища. В допълнение, учениците със СОП, които посещават общообразователни училища, се чувстват по-уверени и усвояват принципите и ценностите на колективността, за разлика от учениците, които посещават специални училища.

Настоящата дисертационна разработка е структурирана в две части, теоретична и изследователска. Теоретичната част включва три глави, които разглеждат понятията, свързани с децата със специални образователни потребности, включването и интеграцията им в масовите общообразователни училища, както и психологическо - емоционалните, поведенческите и педагогическите аспекти на децата със специални образователни потребности. Изследователската част се състои от две глави, методологията и резултатите и завършва със заключенията. Проучват се възприятията на гръцките учители относно емоционалните и поведенческите проблеми на интегрираните ученици със СОП, посещаващи специално разработени програми за интеграция в Гърция – «ресурсен учител» и «класове за включване».

ГЛАВА I: ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТ

1. Деца със специални образователни потребности

1.1 Спецификация на термините

Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (2008 г.) също определя увреждането като категория хора, които „имат дълготрайни физически, умствени, интелектуални или сензорни увреждания, които във взаимодействие с различни бариери могат да възпрепятстват тяхното пълно и ефективно участие в обществото наравно с другите”. Според дотук изложеното, увреждането е комбинация от здравословни състояния, които могат да създадат бариери за хората с увреждания да бъдат независими и да участват пълноценно в обществото.

1.2. Класификация на специалните образователни потребности

Понастоящем категорията СОП включва хора със специални образователни потребности или увреждания, които имат дефицити в ученето, физическото развитие, поведенчески, емоционални и комуникационни дефицити (Bryant, Bryant & Smith, 2019).

Съгласно Закон 3699/2008 учениците със специални образователни потребности и/или увреждания включват особено тези, които имат умствени увреждания, сензорни нарушения на зрението (слепота, зрително увреждане, слабо зрение), сензорни нарушения на слуха (глухи, с увреден слух), хронични увреждания, нелечими заболявания, нарушения на говора, дифузни нарушения на развитието (разстройство от аутистичния спектър), разстройство с дефицит на вниманието с или без хиперактивност, психични разстройства и множествени увреждания.

2. Интегриране на ученици със СОП в гръцката образователна система – предоставяне на образование: законодателна рамка за образователно включване на деца със СОП: Форми на интеграция: Програми на „Приобщаващи класове“ и „Ресурсна подкрепа“

Достъпът до образование е неотменимо право на хората с всякакъв вид увреждане, за да се постигне възможно най-пълна социална интеграция и личностно развитие като цяло. Следователно основната цел на образованието на тази група трябва да бъде насочена към приобщаващо образование с ученици от масовото училище. В гръцката образователна реалност се полагат усилия за приобщаващо образование чрез интегриране на тези ученици.

2.1 Закон за специалното образование – общо описание

Подобно усилие се насърчава от неотдавна приетия закон за специалното образование и обучение на хора с увреждания или специални образователни потребности в Гърция (Закон 3699/2008). В съответствие с горепосочения закон, една от целите на специалното образование и обучение е да подобри, използва и развие потенциала и уменията на учениците с увреждания със специални образователни потребности, за да им позволи да бъдат интегрирани или повторно интегрирани в общообразователното училище, във всяка ситуация в която това е възможно. Един от начините за постигане на тази цел е учениците с увреждания и специални образователни потребности да посещават «интеграционни класове» или паралелно да им бъде предоставена «ресурсна подкрепа» (чл. 6).

2.2 Диагностика и избор

Що се отнася до подбора на ученици със специални образователни потребности, чл. 3 категоризира учениците, които имат право да получат специално образование. Счита се, че учениците с увреждания и СОП имат значителни обучителни затруднения поради сензорни, когнитивни разстройства, разстройства на развитието, умствени, психологически и невропсихиатрични разстройства, които според интердисциплинарната оценка оказват влияние върху процеса на

училищна адаптация и учене за целия или определен период от училищния им живот (чл. 3, ал. 1).

2.3 Изпълнение на програмите – присъствие на ученици със СОП

По-долу са цитирани извадки от Закон 3699/2008, чл. 6, във връзка с присъствието на тези ученици в специфичните специални образователни структури:

„Учениците с увреждания и специални образователни потребности могат да посещават класната стая на масовото училище с „паралелна (ресурсна) подкрепа“ в контекста на приобщаващото образование, от специални педагози [...].

„Ресурсната подкрепа“ се предоставя на ученици, които могат, с подходяща индивидуална подкрепа, да посещават учебната програма на масовата класна стая, на ученици с по-тежки образователни потребности, където няма друга специална образователна структура в техния регион (специално училище, „приобщаващ клас“) или когато „ресурсната подкрепа“ стане необходима – предвид доклада на KEDDY – поради техните специални образователни потребности.

„Учениците с увреждания и специални образователни потребности могат да посещават специално организирани и подходящо оборудвани „приобщаващи паралелки“, работещи в общообразователни и професионални училища с две различни учебни програми

2.4. Приобщаване на деца със специални образователни потребности

По-голямата част от учениците със сериозни поведенчески проблеми или емоционални разстройства обикновено посещават масовите общообразователни училища за основно и средно образование (Закон 3699/2008).

2.5. Определение на понятията „интеграция“, „включване“

Интеграция/ включване

Съвместното обучение на деца с и без увреждания се нарича в Англия „интеграция“ (integration), в Съединените щати „интегриране“ (mainstreaming), а в скандинавските страни като „нормализация“ (normalization). В гръцката литература има объркване между термините „интеграция“ и „включване“. Въпреки че на пръв поглед има много общи елементи, термините не са идентични. Интеграцията, ако се разглежда като цел, засяга всички усилия на децата със специални образователни потребности да развият своите умения и личност, за да изпълняват социалната си роля възможно най-автономно.

2.6. Приобщаващо обучение

2.6.1. Модели на включване

Приобщаващото обучение не се прилага по един и същи начин във всички страни. В зависимост от ресурсите, с които разполагат, транспортната инфраструктура, преподавателският състав се прилагат различни практики на включване. Според Norwich (2000) има четири основни модела на включване: 1. Модел на пълно включване (Full Inclusion). 2. Модел на участие на всички деца в един клас (фокусира се върху участието на едно и също място). 3. Модел на фокус върху индивидуалните потребности. Този модел се фокусира върху нуждите на всички ученици. 4. Избор на модел на ограничено включване.

2.6.2. Предимства и недостатъци на приобщаващото обучение

Съгласно специализираната литература включването на деца със СОП се счита за жизненоважно, тъй като насърчава равенството, социалното приемане и уважението към многообразието. Неговите привърженици посочват ползите главно на когнитивно, емоционално и социално ниво. Разбира се, мнозина се

противопоставят на включването на деца в масовите училища, като изтъкват проблемите, които то може да доведе за децата със СОП, както и за учителите и учениците с развитие в норма.

2.6.3. Ефективност на приобщаващото обучение

Факт е, че приобщаващото образование се прилага в много страни по света. Ефективността му обаче зависи от няколко фактора. Според Портър (2014) ключът към успеха на включването се основава на три компонента: На първо място, учителите трябва да работят с родителите, за да осигурят най-добри резултати в училището и у дома. Вторият важен компонент е изграждането на подходяща инфраструктура, която да отговаря на нуждите на всички ученици, но и осигуряването и подсилването на персонала с подходящи преподаватели и квалифицирани служители. Третият компонент, който допринася за успеха на включването, е създаването на хетерогенни класове (Porter, 2014).

2.7. Нагласите на учителите за включване

Отношението на учителите към хората с увреждания в контекста на масовото училище оказва силно влияние върху гледната точка на учителите, съучениците, но и на успеха на образователния процес на приобщаване в училищната среда. Учителите, които поддържат положително отношение, са по-уверени и се чувстват по-способни да разнообразят начина на преподаване от своя страна, за да обучават успешно учениците.

2.8. Изследване на приобщаването в Гърция

Проучванията у нас за приобщаване на деца със специални образователни потребности и/ или увреждане са ограничени. Като цяло, изследванията в Гърция относно нагласите на учителите към включването на ученици със СОП в масовото общообразователно училище показват, че в учителските среди

няма ясна представа за положителни или отрицателни подходи към проблема. По-специално се установява, че мнозинството от учителите признават необходимостта от подобряване на своето обучение във връзка с приобщаването, но се наблюдава, че възгледите им се различават по отношение на факторите, влияещи на техните нагласи. Някои ограничения в извеждането на сигурни заключения относно нагласите на гръцките учители произтичат от факта, че въпросните изследвания се фокусират основно върху учителите в началното образование, докато минимални са изследванията фокусиращи върху учителите в средното образование. Нещо повече, в Гърция няма релевантни изследвания по отношение на психологическите и поведенческите проблеми на учениците със СОП и особено на онези, които посещават „приобщаващи класове“ и „ресурсна подкрепа“, нито има релевантни изследвания в Гърция относно нагласите на техните учители спрямо гореспоменатите затруднения на децата, посещаващи двете специално разработени програми.

Въпреки това има само едно изследване за деца със СОП, посещаващи „специални класове“, програма, подобна на „класовете за приобщаване“, но не толкова разширена и широко прилагана като втората, използвана преди появата на „приобщаващите класове“ (които съществуват и понастоящем) проведено от Zafiriadis Kyriakos (2002).

2.9. Приобщаващи обучителни практики

Прилагането на приобщаващи практики в училищната среда се превръща в необходимост в наши дни, тъй като постига равни възможности в образователния процес и намаляване на академичната и социална маргинализация на хората със СОП и/или увреждания.

3. Психо-емоционални, поведенчески и педагогически аспекти на децата със специални образователни потребности (СОП) – отвъд диагнозата

Както бе споменато, учениците със СОП не са хомогенна група и демонстрират образователни дефицити, в зависимост от тежестта на тяхното нарушение. Естеството на тези състояния може да повлияе неблагоприятно на процеса на учене от педагогическа гледна точка, но и да повлияе на емоционалното им състояние. Интернализираните поведенчески проблеми са: тревожност и фобия, депресия и социална инхибиция, тревожност – дистимия – компулсия, симптоми като: несигурност, свръхчувствителност, капризност, чувство за малоценност, меланхолия, психосоматични разстройства, симптоми като: анорексия, булимия, бронхиална астма, сърбеж, кошмари, спастични движения, самота – мудност, симптоми като: изолация, предпазливост, интровертност, мързел, срамежливост (Herbert 1999; Bibou-Nakou 2004; Kakouros, Maniadaki 2006). Екстернализираните поведенчески проблеми според експертите се характеризират с по-голяма продължителност и се идентифицират по-лесно, тъй като децата „екстернализират“ реакцията си по различни начини, като силно отричане на всичко или драматизиране. Външните поведенчески проблеми включват разстройство с дефицит на вниманието и хиперактивност (ADHD), агресивно провокативно разстройство и поведенчески разстройства, като тормоз, агресивно поведение, неподчинение, импулсивност, враждебност, деструктивност, насилие, участие в банди, сблъсъци с полицията и др. (Doikou 2002: 593; Манос 1997: 617).

3.1 Емоционални и поведенчески проблеми на деца с разстройства от аутистичния спектър

Като се има предвид гореизложеното, очевидно е, че децата с разстройства от аутистичния спектър изостават в области като

комуникацията и в следствие от това имат лоши социални взаимоотношения. Нарушаването на реципрочните социални взаимодействия може да доведе до изолация. Децата с аутизъм могат да проявят коморбидни психологически проблеми като стрес и тревожност. Те могат също да проявяват маниери на поведение като внимание към детайлите, твърдо поведение, obsесивно желание за поддържане на едни и същи неща и повторение. Отделно към това се прибавя и лошата емоционална саморегулация, тъй като децата с аутизъм могат да демонстрират трудности при изразяването на емоциите си по подходящ начин.

3.2 Коморбидни емоционални и поведенчески проблеми на деца с интелектуални затруднения

Както може да се заключи, на децата с интелектуални дефицити им е трудно да следват общата учебна програма, предназначена за деца с по-високи интелектуални възможности. Новите знания и особено абстрактният и сложен учебен материал са трудни за усвояване от деца с интелектуални затруднения. Областите, които са засегнати, са също използването на синтаксис, лексика, граматика, абстрактно мислене и решаване на проблеми. Психологическите проблеми, които могат да проявят, могат да наброяват упоритост, агресивно поведение, тревожност и депресия.

3.3 Коморбидни емоционални и поведенчески проблеми на деца със специфични обучителни трудности

Най-честите интернализиращи проблеми, които възникват при деца и юноши със специфични обучителни трудности, са:

- 1) Проблеми, свързани с представата за себе си и самочувствието.
- 2) Стрес. Стресът е по-висок при деца със специфични обучителни трудности (Stein & Hoover 1989; Thompson, 1989; Prout et al., 1992; Sood, 1994). Неуспехът в ученето води до ниско самочувствие и стрес, което увеличава синдрома на неуспех в

ученето (Lerner, 1993). Счита се, че високият стрес е свързан с ниско самочувствие (Mc Candless, 1967) и намалена ефективност на когнитивните процеси (Tobias, 1979).

3) Депресия. Много проучвания показват, че загубата на самочувствие, високите нива на тревожност и депресията са чести усложнения при деца с дефицит на вниманието/ хиперактивност (Bonner, 1987; Levine, 1987). Установено е, че 10-20% от децата със специфични обучителни трудности имат значително ниво на депресия (Stevenson & Romney, 1984).

3.4 Коморбидни емоционални проблеми на незрящи и слабовиждащи деца

На базата на дотук изложеното, можем да заключим, че при деца с увредено зрение въпреки наличието на висока честота на психиатрични разстройства (ниско самочувствие, чувство на безпокойство, несигурност, самота, по-малко социално взаимодействие и социален опит с по-ниско качество от техните зрящи връстници, вероятността за излагане на риск от междуличностна дисфункция, по-високата интровертност и поемането на по-малко инициативи) (Jan, Freeman & Scott, 1977), непоследователността на проучванията показва, че зрителното увреждане не е етиология на емоционалните затруднения (Lowenfeld, 1980).

3.5 Коморбидни емоционални проблеми на глухи деца и деца с увреден слух

Глухите деца са изложени на по-голям риск от представяне на разстройства на настроението и психози и последващи поведенчески проблеми (Willis & Vernon, 2002), дефицит на вниманието/ хиперактивност, поведенчески разстройства, опозиционно предизвикателни разстройства, депресия и тревожност (Leigh & Anthony, 1999), езикови и когнитивни проблеми (Steinberg, 1997) или физически и сексуално

малтретирани (Sullivan, Brookhouser, Scanlan, Knutson & Schulte, 1991), отколкото хората с увреждания без слух. Едуардс и Крокър (2008) се позовават на емоционалните проблеми на глухите деца, като разстройство на поведението, аутизъм, агресивно поведение, соматични оплаквания, опозиционно разстройство, детска шизофрения, обесивно-компулсивно разстройство, дефицит на вниманието/ хиперактивност, но също и интернализиране на психологически проблеми като депресия, безпокойство и ниско самочувствие.

3.6 Коморбидни емоционални проблеми на деца с AD/HD (дефицит на вниманието/хиперактивност)

Накратко, терминът дефицит на вниманието/ хиперактивност (AD/ HD) се използва за описание на деца със сериозни проблеми с фокусирането на вниманието и контролирането на импулсивността си. Те често проявяват хиперактивност и разсеяност, не могат да останат неподвижни на определено място за дълъг период от време или да бъдат търпеливи, сякаш чакат своя ред както и да функционират в организирана и структурирана среда с определени граници (Barkley, 1990).

3.7 Социална адаптация и деца със СОП

Все по-голям брой научни обосновки показват, че много деца с обучителни трудности са изправени пред социални дефицити в допълнение към академичните си затруднения или са изложени на по-голям риск от своите връстници без увреждания (Bryan, Bryan, 1990; LaGreca, Vaughn 1992; Bryan 1991; Bryan, Bryan 1981;

Що се отнася до социалния статус на учениците с обучителни затруднения, децата с обучителни затруднения изпитват трудности на междуличностно ниво при установяването и поддържането на приятелски отношения с другите (Kandarakis 2004).

ГЛАВА II: ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКА ЧАСТ

1. Методика

Проведеното изследване бе осъществено по следния начин: Събирането и обработката на данни е извършено в периода между 2018 г. и 2022 г. Анкетите бяха анонимни, за да се осигури анонимност и точност на констатациите. Някои въпросници бяха разпространени и получени попълнени на ръка, а други, поради пандемията от Covid-19, бяха изпратени по интернет. За целта тестът на Ахенбах (Achenbach), използван в изследването, бе трансформиран в Google doc документ, поради невъзможността за личен контакт в указания период.

1.1. Участници и демографски данни

Изследването се основава на смесена извадка от 188 гръцки учители и преподаватели в началното и средното образование в Гърция и по-специално учители на ученици със специални образователни потребности (аутизъм, дислексия, интелектуални затруднения, глухи или частично чуващи, слепи или частично зрящи и т.н.) посещаващи държавни училища. По-конкретно, използваният стандартизиран тест раздаден на учители на ученици със СОП, които бяха запитани – наред с другото – относно психологическите и емоционални проблеми, с които се сблъскват учениците.

Анкетиранияте участници включват мъже и жени. Референтите бяха потърсени от директорите на училищата по телефона, а въпросниците раздадени на изявилите желание за участие в изследването.

В частност, извадката от 188 учители, работещи в „ресурсна подкрепа“ и „приобщаващи класове“ – и двете програми за специално образование – бе събрана от 2 март 2018 г. до 30 ноември 2022 г. от градовете Солун, Ксанти, Пиргос, Серес, Сами, Катерини, о-в Родос, о-в Хиос. Референтите отговориха на въпросника на Ахенбах, който се анализира в раздела по-долу.

1.2 Основна цел на изследването и изследователски хипотези

Целта на изследването е да се изследват мненията на учителите от „приобщаващи класове“ и „ресурсна (паралелна) подкрепа“ за деца със специални образователни потребности относно емоционалните и психологически проблеми, които изпитват, и да се направят препоръки за по-нататъшно проучване.

Що се отнася до изследователските хипотези на изследването, те са следните:

1. Съществуват разлики, свързани с пола, в оценката на емоционалните и поведенческите проблеми и представянето на децата, като учителите мъже подценяват емоционалните и поведенческите проблеми на децата, но надценяват представянето им в сравнение с учителките жени.
2. Типът увреждане разграничава поведението и академичните постижения на децата, като учениците с определени видове увреждания проявяват повече затруднения в поведението и представянето, за разлика от други видове увреждания.
3. Учителите, работещи в „приобщаващи класове“ оценяват по различен начин поведението и представянето на децата в сравнение с учителите, работещи в „ресурсното подпомагане“, като учителите, работещи в „приобщаващи класове“ подценяват проблемите в поведението и академичното представяне.
4. Съществуват разлики в поведението и представянето на децата, свързани с пола, като учениците проявяват повече трудности в сравнение с учениците.

1.3 Изследователски инструменти – Представяне и приложение в настоящото изследване

1.3.1 Тест на Ахенбах

1.3.1.1 Принос към оценката на разстройствата

Въпросниците на Ахенбах са резултат от събиране на информация от многобройни източници и улесняват систематичното проучване и сравнение на функционалността на

децата от различни гледни точки (въпросник за родители с деца на възраст 6-18 години: Контролен списък за детското поведение - CBCL/ 6-18, въпросник за юноши: младежки самоотчет - YSR) и въпросник за учители: формуляр за доклад на учителя - TRF).

1.3.1.2 Представяне на теста на Ахенбах

Системата на Ахенбах за емпирично базирана оценка (ASEBA) се използва за оценка на способностите, адаптивната функционалност и поведенческите и емоционални проблеми при деца и юноши за емпирично базирана оценка.

1.3.1.3 Съдържание на теста на Ахенбах

Диагностичният инструмент на Ахенбах включва три въпросника, които се използват за събиране на информация. Тези въпросници са:

- Въпросник за родители (контролен списък за поведение на дете – CBCL на възраст 6-18 години).

Въпросниците SAEVA (Система на Ахенбах за емпирично базирана оценка) са от особена стойност като неразделни инструменти от ежедневноста практика, тъй като се използват по време на първоначалната оценка в структурите за психично здраве, за откриване на проблеми в училищен и медицински контекст, както и за оценка на различни ситуации в социалните служби и съдебната система.

1.3.1.4.1 Въпросник за родители (CBCL)

Въпросник CBCL/ 6-18 се попълва от родители, настойници или живеещи с деца в благоприятна за семейството среда и отчита цялостното поведение на детето през последните шест месеца.

1.3.1.4.2. Формулярът за отчет на учителя (TRF)

Този въпросник се попълва от учители или други членове на училищния персонал, които познават детето и начина, по който

то се движи и държи в училищната среда. Освен неговия учител или директорът на училището, могат да го попълнят инспектори, помощник-учители или учител – специален педагог.

1.3.1.5 Оценяване

Относно оценката на TRF, която се използва в настоящата дисертация: На първата страница учителят оценява, в сравнение с общото ниво на учене на класа, от едно до пет успеваемостта на ученика (1 = много под нивото на класа, 2 = малко под нивото на класа, 3 = на нивото на класа, 4 = малко над нивото на класа, 5 = доста над нивото на класа). На втората страница той оценява от една до седем характеристики на адаптация на ученика (1 = много по-малко и постепенно увеличаване на оценките, повишаване на представянето с най-висока оценка 7, представляваща максимума и най-високото представяне, 7 = много повече). На последните две страници оценителят отговаря на въпросите, като загражда оценка от нула до две (0 = не отговаря, 1 = отговаря донякъде, 2 = отговаря много добре).

1.3.1.6 Статистически анализ на теста на Ахенбах

За да се оцени функционалността на едно дете по отношение на средното, имаме нужда от норми, базирани на резултати, получени от внимателно подбрана голяма извадка от деца. Методът на произволната извадка се използва за получаване на представителна извадка от популация, където всички индивиди в нея имат еднакви шансове да бъдат избрани.

Избрана е извадка от деца, за които не се смята, че имат сериозни проблеми, тъй като не са получавали професионална помощ свързана с поведенчески, емоционални проблеми, проблеми с развитието или употребата на вещества през предходните 12 месеца. Този модел се нарича „Извадка на Общността“. Това е основата за определяне на нормите, с които могат да се сравняват резултатите от скалите на други деца, за да се определи дали

техният резултат попада в нормалния, маргиналният или клиничният диапазон.

1.3.1.7 Профили на теста на Ахенбах

За да могат лесно да се идентифицират с един поглед способностите и проблемите на детето, всички оценки на данните и скалите, т.е. профила на детето, се записват в специални диаграми на SAEVA.

Въпреки че съдържанието на скалите е еднакво за двата пола и за двете възрастови групи 6-11 години и 12-18 години, има отделни форми за CBCL и TRF профили за момчета и момичета, с различни норми за всеки пол и всяка възрастова група. Нормите на въпросника за юноши (YSR) се появяват в един и същ профил и за двата пола (Achenbach & Rescorla, 2003).

1.3.1.8 Профилите на синдромите

Профилите на синдромите са еднакви и за трите въпросника. Процентите за извадката от Общността са от лявата страна на профила, докато T стойностите са отдясно.

Профилът на синдрома се състои от скали от осем синдрома. Четейки отляво надясно, скалите се определят като: тревожност/депресия, оттегляне/депресия, физическа тревожност, социални проблеми, проблеми с мисленето, проблеми с вниманието, нарушаване на правилата, агресивно поведение и други проблеми. Заглавието на всяка скала обобщава видовете проблеми, които оформят синдрома. Под името на скалата е резултатът 0, 1 или 2. Вдясно от резултата 0, 1 или 2 е елементът с пореден номер, съдържащ се във въпросника.

Високите резултати по скалите на синдрома показват клинично значимо отклонение от нормалното, тъй като те отразяват наличието на множество проблеми.

1.3.1.9 Профилите на хармонизираните скали на DSM

Профилът на скалите, съвместими с DSM, се състои от шест категории: емоционални проблеми, проблеми с тревожността, физически проблеми, разстройство с дефицит на вниманието/ хиперактивност, антисоциални/ провокативни проблеми и поведенчески проблеми.

Скалите, хармонизирани с DSM, се оценяват по същия начин като емпиричните скали на SAEVA. За общата оценка се добавят точките 0, 1 или 2, дадени на всеки елемент от лицето, попълнило формуляра. След това ограждаме съответното число, от сбора на точките, в колоната с числа над скалата. Начертаваме линия, която свързва числата, подредени в кръг. От получения профил виждаме колко високо е детето във всяка хармонизирана скала на DSM в сравнение с националната извадка от деца.

1.3.1.10 Приложение на теста на Ахенбах в настоящото изследване

В настоящото изследване е използван въпросникът със затворен край Ахенбах (TRF: Формуляр за доклад на учителя) за оценка на личността на децата и идентифициране на поведенчески и емоционални проблеми от техните учители. Скалата се състои от 113 въпроса, описващи проблемите на детското поведение и емоции. Въпросите, на които учителите трябваше да отговорят, се отнасят до когнитивни и психологически проблеми и дали описанието пасва идеално на тяхното дете или изобщо не пасва. Резултатите за всеки отговор бяха съответно 2, 1 и 0. Въз основа на факторни анализи Ахенбах открива осем фактора от първи ред и два фактора от втори ред. Факторите или клиничните синдроми от първа степен, както се съобщава, са: оттегляне, физически симптоми, тревожност/ депресия, социални проблеми, проблеми с мисленето, хиперактивност с дефицит на вниманието, престъпно и агресивно поведение. Докато факторите от втори ред, които се появиха, са два и съставляват интернализиращите проблеми (оттегляне, физически симптоми и тревожност/

депресия) и външните проблеми (престъпно и агресивно поведение). Факторите социални проблеми, проблеми с мисленето и хиперактивност с проблеми с вниманието не са включени в двете големи категории. По-долу могат да се видят променливите, използвани в това изследване и тяхната надеждност с използването на алфа индекса на Кронбах.

1.4 Статистически анализ

Статистическият анализ, проведен в това експериментално изследване, включва описателна и инференциална статистика. Използвани са описателни статистики за представяне на характеристиките на участниците и техните отговори на основната част от въпросника. В допълнение, инференциалната статистика включва следните два статистически теста, t – тест и анализ на дисперсията (Anova). Статистическият анализ е извършен с помощта на статистическия софтуер SPSS22.0 и Microsoft Office Excel 2013.

2. РЕЗУЛТАТИ

2.1 Резултати от въпросниците на Ахенбах

2.1.1 Характеристика на респондентите и децата

В таблица 1 и фигура 1 се вижда, че съотношението на учителите мъже и жени е съответно 25,5% и 74,5%.

В таблица 2 се вижда, че средната възраст на учителите е 36,34 (SD = 3,68) години, а средният им трудов стаж е 6,83 (SD = 3,44). Също така средната възраст на учениците е 14,17 (SD = 1,67).

В таблица 3 и фигура 2 се вижда, че съотношението на момчетата и момичетата е съответно 78,7% и 21,3%.

В таблица 4 и фигура 3 може да се види, че 83,0% от учителите живеят в градове, а останалите 17% от учителите живеят в села/ острови.

От таблица 5 и фигура 4 се вижда, че 89,4% от учителите работят в направление „ресурсна подкрепа“, а останалите 10,6% от учителите работят в „интеграционни класове“.

В таблица 6 се вижда, че 97,9% от учителите са специални учители, а останалите 2,1% от учителите са помощник-учители.

В таблица 7 и фигура 6 може да се види, че 66,0% от децата са аутисти, 4,3% от децата синдром на Аспергер, 4,3% от децата имат ADHD, 4,3% от децата имат комплексни когнитивни, емоционални и социални затруднения, 4,3% от децата имат дислексия, 4,3% от учениците имат увреждане на слуха, 4,3% от децата имат умствена изостаналост, 2,1% от децата имат увреждане на калозална агенезия, 2,1% от децата имат обучителни трудности, а останалите 2,1% от децата имат зрителни проблеми.

Таблица 7. Вид на нарушението

| | Бр. | % |
|---|-----|-------|
| Аспергер | 8 | 4,3 |
| Дефицит на вниманието и хиперактивност | 8 | 4,3 |
| Аутизъм | 124 | 66,0 |
| Калозална агенезия | 4 | 2,1 |
| Комплексни когнитивни, емоционални социални затруднения | 8 | 4,3 |
| Дислексия | 8 | 4,3 |
| Емоционални нарушения | 4 | 2,1 |
| Слухови затруднения | 8 | 4,3 |
| Обучителни трудности | 4 | 2,1 |
| Умствена изостаналост | 8 | 4,3 |
| Зрителни затруднения | 4 | 2,1 |
| Общо | 188 | 100,0 |

В таблица 8 и фигура 7 се вижда, че 29,8% от учениците посещават 3-ти прогимназиален клас (9-ти клас), други 29,8% от учениците посещават 1-ви прогимназиален клас (7-ми клас), 14,9% от учениците посещават 2-ри прогимназиален клас (8-ми клас), други 14,9% от учениците посещават 2-ри гимназиален клас (11-ти), 8,5% от учениците посещават 1-ви гимназиален клас (10-ти клас), а останалите 2,1% от учениците посещават 3-ти гимназиален клас (12-ти клас).

В таблица 10 може да се види, че учителите познават децата средно през последните 8,74 месеца. Минималната продължителност на контакт с децата, е 1 месец, а максималната 20 месеца.

В таблица 11 и фигури 9 – 15 е видно, че 88,1% от представянето на децата е под или малко под нивото на класа по език и литература, 83,3% от децата по старогръцки, 78,6% от децата по история и математика, 76,1% от децата по химия и 73,9% от децата по физика.

В таблица 12 и фигури 16 – 19 е унагледено, че 74,5% от децата са много или по-малко изостанали в учебния процес в сравнение с нивото на класа, 55,3% от децата изостават в работата, която вършат, 40,4% от децата изостават в нивото на щастие и 29,7% от децата изостават в поведението спрямо нивото на класа.

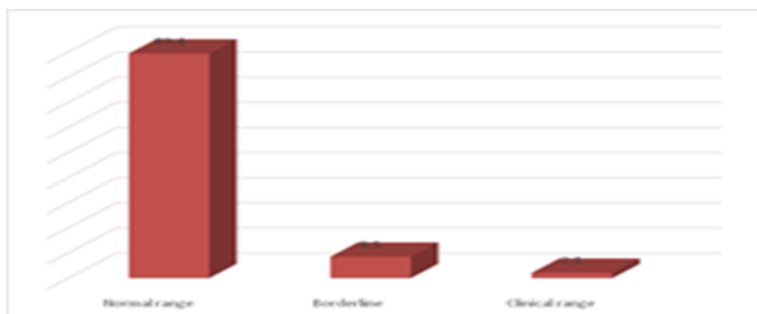
В таблица 13, фигура 20 може да се види, че 89,4% от децата се считат в нормални граници (стойности 0 – 6) на емоционалните проблеми, 8,5% от децата са между нормалните и клиничните граници (стойности 7 – 8), а останалите 2,1% от децата се разглеждат в клиничния диапазон на скалата за емоционални проблеми.

Таблица 1. Емоционални проблеми

| | N | % |
|-----|----|------|
| ,00 | 24 | 12,8 |

| | | |
|-------|-----|-------|
| 1,00 | 32 | 17,0 |
| 2,00 | 20 | 10,6 |
| 3,00 | 32 | 17,0 |
| 4,00 | 24 | 12,8 |
| 5,00 | 8 | 4,3 |
| 6,00 | 28 | 14,9 |
| 7,00 | 12 | 6,4 |
| 8,00 | 4 | 2,1 |
| 10,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Фиг. 20



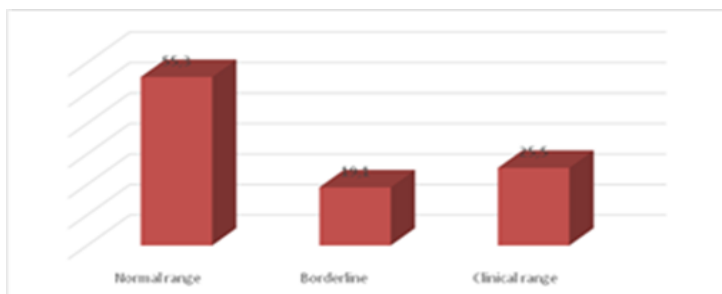
В таблица 14 и фигура 21 може да се види, че 55,3% от децата се считат за нормални граници (стойности 0 – 2) на скалата за проблеми с тревожността, 19,1% са между нормалните граници и клиничните граници (стойности 3 – 4), а останалите 25,5% се считат в клиничния диапазон на скалата за проблеми с тревожността.

Таблица 2. Тревожност

| | Бр. | % |
|------|-----|------|
| ,00 | 32 | 17,0 |
| 1,00 | 32 | 17,0 |

| | | |
|-------|-----|-------|
| 2,00 | 40 | 21,3 |
| 3,00 | 20 | 10,6 |
| 4,00 | 16 | 8,5 |
| 5,00 | 28 | 14,9 |
| 6,00 | 4 | 2,1 |
| 7,00 | 4 | 2,1 |
| 9,00 | 8 | 4,3 |
| 10,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Фиг. 21

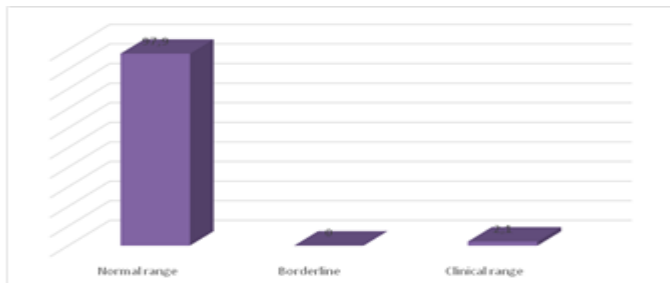


В таблица 15 и фигура 22 може да се види, че 97,9% от децата се считат в нормалния диапазон (стойности 0 – 2) на скалата за телесни проблеми, а останалите 2,1% от децата се считат в клиничния диапазон на скалата на телесните проблеми (стойности над 5).

Таблица 3. Телесни проблеми

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 160 | 85,1 |
| 1,00 | 20 | 10,6 |
| 2,00 | 4 | 2,1 |
| 7,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Фиг. 22



В таблица 16, фигура 23 се вижда, че 89,4% от децата се считат в нормални граници (стойности 0 – 16) по скалата за дефицит на внимание/ хиперактивност, а останалите 11,6% са между нормалните граници и клиничния диапазон (стойности 17 -21).

Таблица 4. Дефицит на вниманието/ хиперактивност

| | N | % |
|-------|----|------|
| ,00 | 4 | 2,1 |
| 1,00 | 12 | 6,4 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 4,00 | 12 | 6,4 |
| 5,00 | 4 | 2,1 |
| 6,00 | 12 | 6,4 |
| 7,00 | 20 | 10,6 |
| 8,00 | 20 | 10,6 |
| 9,00 | 16 | 8,5 |
| 10,00 | 8 | 4,3 |
| 11,00 | 8 | 4,3 |
| 12,00 | 4 | 2,1 |
| 13,00 | 8 | 4,3 |
| 14,00 | 8 | 4,3 |
| 15,00 | 12 | 6,4 |
| 16,00 | 12 | 6,4 |

| | | |
|-------|-----|-------|
| 18,00 | 12 | 2,1 |
| 19,00 | 12 | 6,4 |
| 20,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

В таблица 17, фигура 24 може да се види, че 83,0% от децата са в нормални граници (стойности 0 – 4) по скалата за провокативни проблеми, 14,9% от децата са между нормалните граници и клиничните граници (стойности 5 – 7), а останалите 2,1% от децата се разглеждат в клиничния диапазон на скалата за провокативни проблеми.

Фиг. 24

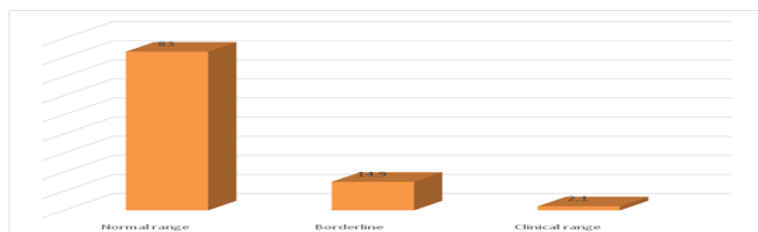


Таблица 5. Провокативни проблеми

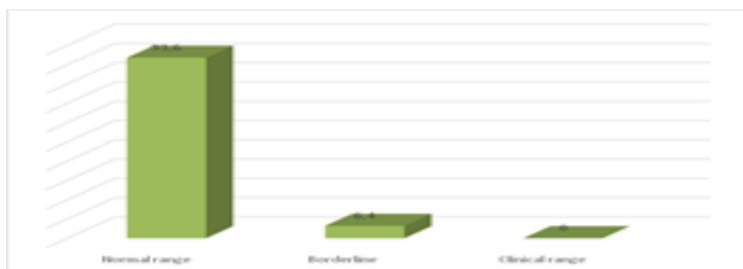
| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 72 | 38,3 |
| 1,00 | 24 | 12,8 |
| 2,00 | 28 | 14,9 |
| 3,00 | 4 | 2,1 |
| 4,00 | 28 | 14,9 |
| 5,00 | 12 | 6,4 |
| 6,00 | 8 | 4,3 |
| 7,00 | 8 | 4,3 |
| 9,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

В таблица 18 и фигура 25 може да се види, че 93,6% от децата са в нормални граници (стойности 0 – 8) на скалата за поведенчески проблеми, а останалите 6,4% от децата са между нормалните граници и клиничен диапазон (стойности 9 - 13) на скалата на поведенческите проблеми.

Таблица 6. Поведенчески проблеми

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 88 | 46,8 |
| 1,00 | 20 | 10,6 |
| 2,00 | 12 | 6,4 |
| 3,00 | 12 | 6,4 |
| 4,00 | 8 | 4,3 |
| 5,00 | 16 | 8,5 |
| 6,00 | 12 | 6,4 |
| 8,00 | 8 | 4,3 |
| 10,00 | 4 | 2,1 |
| 11,00 | 4 | 2,1 |
| 13,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Фиг. 25



В таблица 19 и фигура 26 може да се види, че 57,4% от децата се считат за нормални граници (стойности 0 – 7) на скалата за тревожност / депресия, 12,8% от децата са между нормалните граници и клиничните диапазон (стойности 8 – 11), а

останалите 29,8% от децата се разглеждат в клиничния диапазон на скалата за тревожност/депресия.

Таблица 7. Тревожност/ депресия

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 16 | 8,5 |
| 1,00 | 28 | 14,9 |
| 2,00 | 16 | 8,5 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 4,00 | 24 | 12,8 |
| 5,00 | 12 | 6,4 |
| 6,00 | 4 | 2,1 |
| 8,00 | 12 | 6,4 |
| 10,00 | 8 | 4,3 |
| 11,00 | 4 | 2,1 |
| 12,00 | 4 | 2,1 |
| 13,00 | 8 | 4,3 |
| 15,00 | 4 | 2,1 |
| 16,00 | 12 | 6,4 |
| 18,00 | 12 | 6,4 |
| 20,00 | 12 | 6,4 |
| 21,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

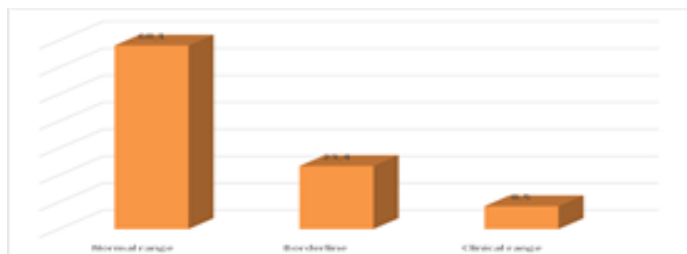
В таблица 20 и фигура 27 може да се види, че 68,1% от децата са в нормални граници (стойности 0 – 5) на скалата за оттегляне - депресия, 23,4% от децата са между нормалните граници и клиничните диапазон (стойности 6 - 8), а останалите 8,5% от децата се считат за клиничния диапазон на скалата на отнемане - депресия.

Таблица 8. Оттегляне – депресия

| | N | % |
|------|----|------|
| ,00 | 20 | 10,6 |
| 1,00 | 24 | 12,8 |

| | | |
|-------|-----|-------|
| 2,00 | 32 | 17,0 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 4,00 | 28 | 14,9 |
| 5,00 | 16 | 8,5 |
| 6,00 | 12 | 6,4 |
| 7,00 | 20 | 10,6 |
| 8,00 | 12 | 6,4 |
| 9,00 | 4 | 2,1 |
| 11,00 | 4 | 2,1 |
| 12,00 | 4 | 2,1 |
| 16,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Фиг. 27

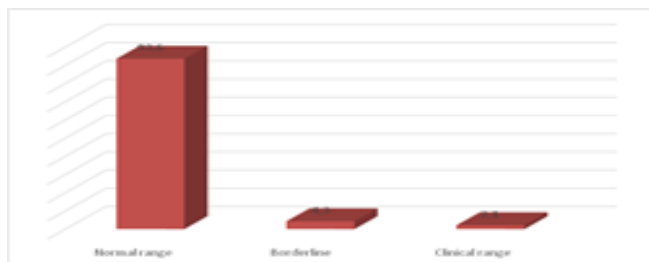


В таблица 21 и фигура 28 може да се види, че 93,6% от децата са в нормални граници (стойности 0 – 2) на скалата на телесните раздразнения, 4,3% от децата са между нормалните граници и клиничните граници (стойности 3 - 4), а останалите 2,1% от децата се разглеждат в клиничния диапазон на скалата на соматични проблеми.

Таблица 9. Соматични проблеми

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 128 | 68,1 |
| 1,00 | 44 | 23,4 |
| 2,00 | 4 | 2,1 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 9,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Фиг. 28



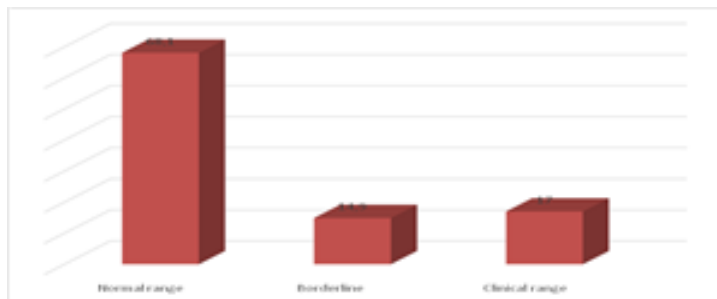
В таблица 22 и фигура 29 се вижда, че 68,1% от децата се считат за нормални граници (стойности 0 – 4) на скалата за социални проблеми, 14,9% от децата са между нормалните граници и клиничните граници (стойности 5 - 6), а останалите 17,0% от децата се разглеждат в клиничния диапазон на скалата за социални проблеми.

Таблица 10. Социални проблеми

| | N | % |
|------|----|------|
| ,00 | 28 | 14,9 |
| 1,00 | 24 | 12,8 |
| 2,00 | 36 | 19,1 |
| 3,00 | 20 | 10,6 |
| 4,00 | 20 | 10,6 |
| 5,00 | 16 | 8,5 |
| 6,00 | 12 | 6,4 |
| 7,00 | 4 | 2,1 |
| 8,00 | 8 | 4,3 |

| | | |
|-------|-----|-------|
| 9,00 | 8 | 4,3 |
| 10,00 | 4 | 2,1 |
| 11,00 | 8 | 4,3 |
| Total | 188 | 100,0 |

Фиг. 29

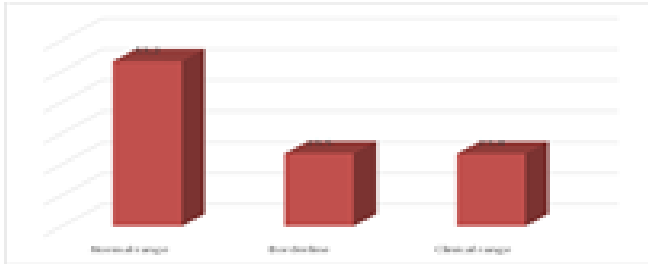


В таблица 23 и фигура 30 може да се види, че 53,2% от децата се считат за нормални граници (стойности 0 – 2) на скалата за мисловни проблеми, 23,5% от децата са между нормалните граници и клиничните граници (стойности 3 - 5), а останалите 23,4% от децата се разглеждат в клиничния диапазон на скалата за мисловни проблеми

Таблица 11. Мисловни проблеми

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 44 | 23,4 |
| 1,00 | 44 | 23,4 |
| 2,00 | 12 | 6,4 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 4,00 | 28 | 14,9 |
| 5,00 | 8 | 4,3 |
| 6,00 | 12 | 6,4 |
| 7,00 | 4 | 2,1 |
| 8,00 | 4 | 2,1 |
| 9,00 | 12 | 6,4 |
| 10,00 | 8 | 4,3 |
| 11,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Фиг. 30



В таблица 24 и фигура 31 се вижда, че 78,7% от децата се считат за нормални граници (стойности 0 – 18) на скалата за проблеми с вниманието, а останалите 21,3% от децата са между нормалните граници и клиничен диапазон (стойности 19 - 28).

Таблица 12. Проблеми с вниманието

| | N | % |
|-------|----|------|
| 1,00 | 4 | 2,1 |
| 2,00 | 8 | 4,3 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 4,00 | 4 | 2,1 |
| 6,00 | 8 | 4,3 |
| 7,00 | 4 | 2,1 |
| 8,00 | 4 | 2,1 |
| 10,00 | 24 | 12,8 |
| 11,00 | 16 | 8,5 |
| 12,00 | 16 | 8,5 |
| 13,00 | 20 | 10,6 |
| 14,00 | 4 | 2,1 |
| 16,00 | 12 | 6,4 |
| 17,00 | 8 | 4,3 |
| 18,00 | 8 | 4,3 |
| 19,00 | 8 | 4,3 |

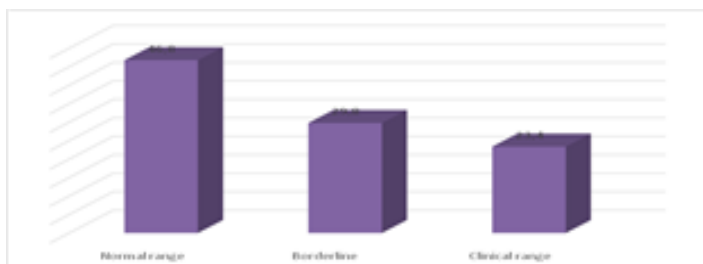
| | | |
|-------|-----|-------|
| 20,00 | 8 | 4,3 |
| 21,00 | 8 | 4,3 |
| 22,00 | 8 | 4,3 |
| 24,00 | 8 | 4,3 |
| Total | 188 | 100,0 |

В таблица 25 и фигура 32 може да се види, че 46,8% от децата се считат за нормални граници (стойности 0 – 4) на скалата за хиперактивност / импулсивност, 29,8% от децата са между нормалните граници и клиничните диапазон (стойности 5 - 7), а останалите 23,4% от децата се считат в клиничния диапазон на скалата за хиперактивност / импулсивност.

Таблица 13. Хиперактивност/ импулсивност

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 24 | 12,8 |
| 1,00 | 8 | 4,3 |
| 2,00 | 24 | 12,8 |
| 3,00 | 20 | 10,6 |
| 4,00 | 12 | 6,4 |
| 5,00 | 24 | 12,8 |
| 6,00 | 16 | 8,5 |
| 7,00 | 16 | 8,5 |
| 8,00 | 12 | 6,4 |
| 9,00 | 8 | 4,3 |
| 10,00 | 4 | 2,1 |
| 11,00 | 12 | 6,4 |
| 12,00 | 8 | 4,3 |
| Total | 188 | 100,0 |

Фиг. 32

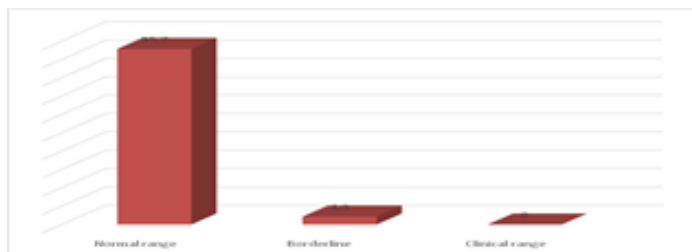


В таблица 26 и фигура 33 може да се види, че 95,7% от децата се считат за нормални граници (стойности 0 – 8) на скалата за нарушаване на правилата, а останалите 4,3% от децата са между нормалните граници и клиничен диапазон (стойности 9 - 16).

Таблица 14. *Нарушаване на правилата*

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 80 | 42,6 |
| 1,00 | 32 | 17,0 |
| 2,00 | 16 | 8,5 |
| 3,00 | 24 | 12,8 |
| 4,00 | 12 | 6,4 |
| 5,00 | 8 | 4,3 |
| 7,00 | 8 | 4,3 |
| 9,00 | 4 | 2,1 |
| 12,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Фиг. 33



2.1.2 Дедуктивна статистика

2.1.2.1 Сравнение между мъжете учители и жените учители

В таблица 27 може да се види, че жените учители в сравнение с мъжете учители оценяват на по-високо ниво емоционалните проблеми (3.57 срещу 2.67), тревожните проблеми (3.17 срещу 2.0), липсата на внимание / хиперактивност (10.11 срещу 8.08), провокативните проблеми (2.54 срещу 1.00), тревожността / депресията (8.94 срещу 3.67), мисловните проблеми (3.71 срещу

1.83), проблемите с вниманието (13.37 срещу 11.81), хиперактивността / импулсивността (5.37 срещу 3.67 и езика (1.85 срещу 1.50) ($p < .05$). Също така може да се види, че жените учители в сравнение с мъжете учители оценяват физиката на по-ниско ниво (1.97 срещу 2.50) и химията (1.97 срещу 2.42).

2.1.2.2 Сравнение между видовете трудности

В таблица 28 може да се види с използването на теста Anova, че те са статистически значими разлики между видовете трудност на децата, най-вече в променливите на представянето и характеристиките на децата, т.е. ($p < .05$). За да се провери кои категории от видовете трудности са статистически различни Беше използвано сравнение на Bonferroni post hoc. Също така, корекцията на Bonferroni е използвана за определяне на новото значимо ниво ($\alpha^* = \alpha / 21 = 0,05 = 0,002$). Тестът на Бонферони доведе до това, че те са много малко статистически значими разлики между категориите на видовете трудности на децата, тъй като много малко p - стойности са под стойността от 0,002. Освен това тези резултати не могат да бъдат надеждни, защото в статистическия анализ сме включили категории само с четири наблюдения. Следователно може да се заключи, че видовете трудности на децата могат да играят важна роля най-вече в представянето им в училище, но се нуждае от бъдещи изследвания с по-голяма извадка, за да се определи кои категории от видовете трудности са наистина статистически значими.

2.1.2.3 Сравнение между учители на „приобщаващи класове“ и „паралелна подкрепа“

В таблица 29 може да се види, че учителите, работещи в „паралелна подкрепа“ в сравнение с учителите, работещи в „класове за включване“, оценяват на по-високо ниво старогръцкия (1.92 срещу 1.40), математиката (2.16 срещу 1.40), физиката (2.20 срещу 1.40) и представянето по химия (2.17 срещу

1.40), на децата ($p < .05$). Освен това учителите, работещи в „паралелна подкрепа“ в сравнение с учителите, работещи в „класове за включване“, оценяват на по-високо ниво (3.07 срещу 1.80) работата на децата и тяхното ниво на тревожност / депресия (7.95 срещу 4.60) (стр. $< .05$). Също така, учителите, работещи паралелно в подкрепа в сравнение с учителите, работещи в „класове за включване“, оценяват на по-ниско ниво (2.26 срещу 4.20) поведенческите проблеми и се оттеглят – депресия (4.17 срещу 5.20).

2.1.2.4 Сравнение между момчета и момичета

В таблица 30 може да се види, че момчетата в сравнение с момчетата представят по-високо ниво на тревожни проблеми (2.49 срещу 4.30), поведенчески проблеми (2.22 v 3.40), социални проблеми (3.03 срещу 5.80) и мисловни проблеми (2.65 срещу 5.40). Също така, момчетата в сравнение с момчетата представят по-ниско ниво на упорита работа (3.11 срещу 2.30) и учене (2.49 срещу 1.70).

ДИСКУСИЯ

Настоящата докторска дисертация се опитва да проучи допълнително психологията на децата със специални образователни потребности и произтичащите от това поведенчески модели, които те проявяват. По-конкретно, това беше първият път, когато емоционалните и поведенчески проблеми на деца със СОП, посещаващи „класове по приобщаване“ и „паралелна подкрепа“ в Гърция, бяха видени в рамките на възприятието на техните учители.

Хипотезите, формулирани за това изследване, са следните:

Оценявайки резултатите, извлечени от инференциална статистика, можем да заключим, че по отношение на първата хипотеза наистина има свързани с пола разлики в оценката на емоционалните и поведенчески проблеми и представяне на децата, като учителите жени в сравнение с учителите мъже

оценяват на по-високо ниво емоционални проблеми (3,57 срещу 2,67), проблемите с тревожността (3,17 срещу 2,0), липсата на внимание/хиперактивност (10,11 срещу 8,08), провокативните проблеми (2,54 срещу 1,00), тревожността/депресията (8,94 срещу 3,67), мисълта проблеми (3,71 срещу 1,83), проблеми с вниманието (13,37 срещу 11,81), хиперактивност/импулсивност (5,37 срещу 3,67 и език (1,85 срещу 1,50) ($p < .05$). Това, което също може да се види е, че учителите жени в сравнение с учителите мъже оценяват по-ниско ниво по физика (1,97 срещу 2,50) и химия (1,97 срещу 2,42). Следователно първата хипотеза е потвърдена.

Що се отнася до втората хипотеза, тя не може да бъде потвърдена, както при използването на теста Anova, че те са статистически значими разлики между видовете трудности на децата, най-вече в променливите на представянето и характеристиките на децата и т.н. ($p < .05$). За да се тества кои категории от видовете трудност са статистически различни, беше използвано сравнение на Bonferroni post hoc. Също така корекцията на Bonferroni беше използвана за определяне на новото значимо ниво ($\alpha^* = \alpha / 21 = 0,05 = 0,002$).

Тестът на Бонферони показва, че има много малко статистически значими разлики между категориите на видовете трудности на децата, тъй като много малко p - стойности са под стойността от 0,002. Освен това тези резултати не могат да бъдат надеждни, тъй като в статистическия анализ сме включили категории само с четири наблюдения. Следователно може да се заключи, че типовете трудности на децата могат да играят важна роля най-вече за техните училищни постижения, но е необходимо бъдещо изследване с по-голяма извадка, за да се определи кои категории от видовете трудности наистина са статистически значими.

Третата формулирана хипотеза е частично потвърдена, тъй като учителите, работещи в „паралелна подкрепа“, оценяват на по-високо ниво академичното представяне на децата със СОП,

посещаващи „часове за приобщаване“ и „паралелна подкрепа“, докато на по-ниско ниво оценяват поведението и емоционалните проблеми. По-аналитично погледнато, учителите, работещи в „паралелна подкрепа“, в сравнение с учителите, работещи в „класове за приобщаване“, оценяват на по-високо ниво древногръцкия (1,92 срещу 1,40), математиката (2,16 срещу 1,40), физиката (2,20 срещу 1,40) и химията представяне (2,17 срещу 1,40), на децата ($p < .05$). Освен това учителите, работещи в „паралелна подкрепа“, в сравнение с учителите, работещи в „класове за приобщаване“, оценяват на по-високо ниво (3,07 срещу 1,80) работата на децата и тяхното ниво на тревожност/депресия (7,95 срещу 4,60) ($p < .05$). Също така учителите, работещи в „паралелна подкрепа“ в сравнение с учителите, работещи в „класове за приобщаване“, оценяват на по-ниско ниво (2,26 срещу 4,20) поведенческите проблеми и проблемите с оттеглянето – депресия (4,17 срещу 5,20).

И накрая, четвъртата хипотеза не е потвърдена, тъй като момчетата в сравнение с момчетата представят по-високо ниво на проблеми с тревожността (2,49 срещу 4,30), поведенчески проблеми (2,22 срещу 3,40), социални проблеми (3,03 срещу 5,80) и мисловни проблеми (2,65 срещу 5,40). Също така, момчетата в сравнение с момчетата показват по-ниско ниво на упорит труд (3,11 срещу 2,30) и учене (2,49 срещу 1,70).

Резултатите от настоящото изследване разкриват, че 88,1% от представянето на децата е под или малко под нивото на класа по език и литература, 83,3% от децата по старогръцки, 78,6% от децата по история и математика, 76,1% от децата по химия и 73,9% от децата по физика. Нещо повече, 74,5% от децата изостават значително или по-малко в учебния процес в сравнение с нивото на класа, а 55,3% от децата изостават в работата, която вършат. Тези резултати са в съответствие с предишни съответни проучвания за по-ниските академични постижения на деца със СОП (Barkley, 1998; Burack, Hodapp & Zigler, 1998; Luria, 2014).

Значителна част до 40,4% от децата изостават в нивото на щастие и 29,7% от децата изостават в поведението спрямо нивото на класа. Освен това, 93,6% от децата се считат за нормални граници на скалата за телесни раздразнения, 4,3% от децата са между нормалните граници и клиничните граници, а останалите 2,1% от децата се считат за клиничните граници на тялото скала за раздразнения, докато по-голямата част от децата (97,9%) се считат в нормалния диапазон на скалата за телесни проблеми, а останалите 2,1% от децата се считат за клиничния диапазон на скалата за телесни проблеми, в противоречие с високия докладван проценти на соматични неразположения, които децата със SLD проявяват според литературата (Huntington & Bender, 1993; Margalit & Raviv, 1984; Crocker, 2008).

По-голямата част (83,0%) от децата се считат за нормални граници на скалата за провокативни проблеми, 14,9% са между нормалните граници и клиничните граници, а останалите 2,1% се считат за клинични граници на скалата за провокативни проблеми, докато 95,7% от децата се считат за нормални граници на скалата за нарушение на правилата, а останалите 4,3% от децата са между нормалните граници и клиничните граници. 93,6% се считат за нормални граници на скалата за поведенчески проблеми, а останалите 6,4% са между нормалните граници и клиничните граници на скалата за поведенчески проблеми. Литературата обаче показва по-голяма връзка между деца със СОП и поведенчески проблеми (Matson, 2011; Hallahan et al. 1985; Maughan Gray & Rutter 1985; Cornwell & Bawden, 1992; Prior, 1996; Maughan, 1994; Hinshaw, 1992; Willis & Vernon, 2002). Що се отнася до емоционалните затруднения на децата със СОП, настоящото проучване показва, че 89,4% от децата са в нормалния диапазон на емоционалните проблеми, 8,5% са между нормалния диапазон и клиничния диапазон, а останалите 2,1% се считат за клиничният диапазон на скалата на емоционалните проблеми. И така, общо 10,6% наистина показват тревожни

признаци, но не са толкова високи, колкото се съобщава в по-голямата част от литературата (Achenbach & Edelbrock, 1978; Lowenfeld, 1980; Hallahan et al. 1985; Wilhelm, 1989; Bryan & Bryan, 1990; Maughan, 1994; Weis, 2008; Matson, 2011). Едно от обясненията за това, че не са идентифицирани значителни разлики между двете групи, може да се крие във факта, че по-голямата част от учениците, съставляващи извадката, са били в категорията на аутизма, където според литературата емоционалните проблеми за тези деца се считат за лоша емоционална регулация поради претоварване със сетивни стимули и проблем с правилното изразяване на емоциите си. Друго обяснение може да бъде фактът, че децата с аутизъм, които са по-голямата част от извадката, по дефиниция имат специален педагог до себе си, в класната стая и по време на училищните почивки, а именно са подпомагани от учител за „паралелна подкрепа“, който може да е причина за ниските нива на емоционални и поведенчески проблеми, тъй като тези учители са постоянно с детето, помагайки му с учебния материал и емоционалните проблеми по всяко време на учебното време. Горното наблюдение, последвано от факта, че присъствието на училищни психолози и социални работници се е увеличило, може да послужи за облекчаване на проявата на емоционални и поведенчески проблеми на тези деца.

Що се отнася до нивата на тревожност, настоящото проучване показва високи нива на тревожност при учениците. 55,3% от децата се считат за нормални граници на скалата за тревожни проблеми, 19,1% от тях са между нормалните граници и клиничните граници, а останалите 25,5% се считат за клинични граници на скалата за тревожни проблеми. Освен това, 57,4% от децата се считат за нормални граници на скалата за тревожност/депресия, 12,8% от децата са между нормалните граници и клиничните граници, а останалите 29,8% се считат за клинични граници за тревожност/депресия мащаб. Тези открития

са в съответствие с литературата (Stein & Hoover 1989; Thompson, 1989; Cornwell & Bawden, 1992; Prout et al., 1992; Sood, 1994; Huurre, 2000 за стреса и Stevenson & Romney, 1984; Livingston, 1985; Bonner, 1987; Levine, 1987; Livingston, 1990; Bender & Wall, 1994; Prior, Sanson, Smart & Oberklaid 1999; Huurre, 2000 за депресията).

Социалното оттегляне поради депресия също беше измерено в настоящото проучване. Резултатите показват доста смущаващ процент деца със СОП, показващи подобни признаци. 68,1% са оценени в нормалния диапазон на скалата за оттегляне - депресия, докато 23,4% са между нормалния диапазон и клиничния диапазон, а останалите 8,5% се считат за клиничния диапазон на скалата за оттегляне - депресия. Общо 31,9% от децата са между нормалните граници и клиничните граници или в клиничните граници, което не е за пренебрегване. Подобни високи нива са докладвани и в литературата (Myklebust, 1975; McGee, Share, Moffitt, Williams & Silva, 1988).

Плюс това, 68,1% от децата се считат за нормални граници на скалата за социални проблеми, 14,9% от децата са между нормалните граници и клиничните граници, а останалите 17,0% се считат за клинични граници на скалата за социални проблеми. Така общо 31,9% от учениците със СОП показват признаци на проблемна социална адаптация. Тези открития са в съгласие с данни от предишни изследвания (Zager, 2005; Ammerman, 1986; Jan et al., 1977; Bryan, Bryan, 1990; LaGreca, Vaughn 1992; Bryan 1991; Bryan, Bryan 1981; Pearl 1992; Deshler, Schumaker 1983; Pearl, Bryan, Donahue 1983; Dudley-Marling & Edmiaston 1985; Jones, C.J. 1985; LaGreca 1987; Bruck 1986; Gresham 1988; Stathis 1994; Kavale & Forness 1996; Kandarakis 2004; Antoniou 2009 Kotroniu, Sotiraki; 20, Антониу 2012).

Дефицитът на вниманието и поведението на хиперактивност също бяха изследвани в настоящото проучване. 78,7% от децата със СОП са в нормалните граници на скалата за проблеми с

вниманието, а останалите 21,3% са между нормалните и клиничните граници. Литературата също показва дефицит на вниманието, макар и в по-големи нива (Badian, 1983). Също така, 46,8% се считат за нормални граници на скалата за хиперактивност/импулсивност и 29,8% са между нормалните граници и клиничните граници, а останалите 23,4% са в клиничните граници на скалата за хиперактивност/импулсивност. В сравнение с прегледа на литературата, констатациите от настоящото изследване също показват значителна степен на хиперактивност (McGee, Silva & William, 1984). Общо 89,4% от децата са в нормалните граници на скалата за липса на внимание/хиперактивност, а останалите 11,6% са между нормалните и клиничните граници.

По отношение на мисловните проблеми, настоящото проучване разкрива висок процент деца със СОП, които проявяват мисловни проблеми (53,2% в нормалния диапазон на скалата за мисловни проблеми, 23,5% са между нормалния диапазон и клиничния диапазон, а останалите 23,4% са в клиничния диапазон на скалата за мисловни проблеми).

Една от целите на проучването беше да се проучи ефектът от пола на учителите върху оценяването на ученици със СОП. В този обхват констатациите разкриват разлики между учителите мъже и жени. Учителите жени в сравнение с учителите мъже оценяват на по-високо ниво емоционалните проблеми, проблемите с тревожността, липсата на внимание/ хиперактивност, провокативните проблеми, тревожност/депресия, мисловните проблеми, проблемите с вниманието, хиперактивност/импулсивност и езика. Също така може да се заключи, че учителите жени в сравнение с учителите мъже оценяват по-ниско ниво по физика и химия.

По отношение на ефекта на видовете трудности върху проявата на емоционални и поведенчески проблеми на учениците със СОП, използването на теста Апова показва, че има статистически

значими разлики между видовете трудности на децата, най-вече в променливите на представянето и характеристиките на децата и т.н. ($p < .05$). За да се тества кои категории от видовете трудности са статистически различни, беше използвано сравнение на Bonferroni post hoc. Също така корекцията на Bonferroni беше използвана за определяне на новото значимо ниво ($\alpha^* = \alpha / 21 = 0,05 = 0,002$). Тестът на Бонферони показва, че има много малко статистически значими разлики между категориите на видовете трудности на децата, тъй като много малко p - стойности са под стойността от 0,002. Поради тази причина тези резултати не могат да бъдат надеждни, тъй като в статистическия анализ сме включили категории само с четири наблюдения. Следователно може да се заключи, че видовете трудности на децата могат да играят важна роля най-вече за техните училищни постижения, но е необходимо бъдещо изследване с по-голяма извадка, за да се определи кои категории от видовете трудности наистина са статистически значими.

Сравнението между учителите в „класове за приобщаване“ и „паралелна подкрепа“ разкрива, че учителите, работещи в „паралелна подкрепа“, в сравнение с учителите, работещи в „класове за приобщаване“, оценяват на по-високо ниво резултатите по старогръцки, математика, физика и химия на децата ($p < .05$). Освен това учителите, работещи в „паралелна подкрепа“, в сравнение с учителите, работещи в „класове за приобщаване“, оценяват на по-високо ниво работата на децата и тяхното ниво на тревожност/депресия ($p < .05$). Също така, учителите, работещи в паралелна подкрепа, в сравнение с учителите, работещи в „класове за приобщаване“, оценяват на по-ниско ниво проблемите с поведението и „отдръпване – депресия“. Тези констатации могат да се обяснят в обхвата на факта, че учителите, работещи в „паралелна подкрепа“, споделят по-интимни и близки отношения със своите ученици, тъй като прекарват целия учебен ден седнал до своя ученик, помагайки му

да усвои материала, даден през целия курс. клас и дори в междучасията наблюдават своите ученици, за да са сигурни, че са в безопасност или се нуждаят от нещо.

Що се отнася до разликите между момчетата и момичетата, свързани с пола, момичетата в сравнение с момчетата представят значително по-високо ниво на проблеми с тревожността, поведенчески проблеми, социални проблеми и мисловни проблеми. Също така, момичетата в сравнение с момчетата показват по-ниско ниво на упорит труд и учене.

Обобщавайки констатациите от настоящото изследване, можем да заключим, че ученици със СОП, посещаващи „класове по приобщаване“ и подкрепяни от „паралелна подкрепа“ в типичната класна стая в Гърция, имат по-ниски академични постижения за разлика от типичните си съученици, проявяват поведенчески и емоционални проблеми в рамките нормалния диапазон или дори клиничния диапазон, доста висок процент изостават в нивото на щастие имат високи нива на тревожност и мнозинството показва признаци на социално оттегляне и проблемно социално приспособяване. Освен това има разлики, свързани с пола, в оценката на емоционалните и поведенческите проблеми и представянето на децата, като учителите жени в сравнение с учителите мъже оценяват тези проблеми на по-високо ниво. Освен това има и свързана с пола проява на емоционални и поведенчески проблеми, тъй като момичетата, в сравнение с момчетата, представят по-високи нива на тревожност, поведенчески проблеми, социални проблеми и мисловни проблеми, но по-ниски нива на упорит труд и учене. Що се отнася до видовете трудности на децата със СОП, може да се каже, че те могат да играят важна роля най-вече за тяхното училищно представяне, но е необходимо бъдещо изследване с по-голяма извадка, за да се определи кои категории от видовете трудности наистина са статистически значими. Нещо повече, позицията на учителите по специално образование играе роля

при оценяването на децата, тъй като ресурсните учители, в сравнение с учителите, работещи в „класове за приобщаване“, оценяват на по-високо ниво представянето на децата по определени предмети, като както и при емоционални проблеми.

ИЗВОДИ

Настоящото проучване изследва за първи път емоционалните и поведенческите проблеми, както и академичното представяне и социалния статус, наред с други, на ученици със СОП в Гърция, посещаващи класове за приобщаване и получаващи ресурсна подкрепа в класната стая, от специален педагог. Следващите изводи могат да бъдат направени въз основа на резултатите от изследването:

1. Едва 15% - 25% от децата са в нормалните резултати в уроците по език и литература, старогръцки, история, математика, химия и физика.
2. $\frac{1}{4}$ от децата са в нормалния обхват на учебния процес в сравнение с нивото на класа,
3. Почти половината от децата са в нормалния обхват на работата, която вършат,
4. Повече от половината ($\frac{6}{10}$) от децата са в нормалния диапазон на щастие и $\frac{7}{10}$ от децата са били в нормалния диапазон на поведение в сравнение с нивото на класа.
5. Във връзка с поведението на децата според въпросника на Ахенбах, статистическият анализ показва, че почти всички деца показват нормално ниво на телесни проблеми, нарушение на правилата, поведенчески проблеми и телесни раздразнения.
6. Освен това, $\frac{9}{10}$ от децата показват нормално ниво на емоционални проблеми и дефицит на внимание/ хиперактивност.
7. В допълнение към горното, 8 от 10 от децата със СОП показват нормално ниво на провокативни проблеми и проблеми с вниманието.

8. В допълнение, малко по-малко от 7/0 от децата показват нормално ниво на отдръпване - скала на депресия и социални проблеми, докато малко повече от 3 деца със СОП са или между нормалните и клиничните граници, или клиничен диапазон, процент, който не бива да се пренебрегва.

9. Освен това повече от 1/2 от децата показват нормално ниво на мисловни проблеми, проблеми с тревожността, проблеми с тревожност/ депресия и хиперактивност/ импулсивност.

10. Учителите жени в сравнение с учителите мъже, оценени в по-високо ниво на емоционални проблеми, проблеми с тревожността, провокативни проблеми, тревожност/депресия, мисловни проблеми, проблеми с вниманието и хиперактивност/импулсивност.

11. Учителите жени в сравнение с учителите мъже, оценени на по-ниско ниво по физика и химия.

12. Учителите, работещи в „ресурсна подкрепа“ в сравнение с учителите, работещи в класове за приобщаване, оценяват на по-високо ниво представянето на децата по математика, физика, старогръцки и химия.

13. Учителите, работещи в „ресурсна подкрепа“ в сравнение с учителите, работещи в класове за приобщаване, оценяват на по-високо ниво работата на децата и тяхното ниво на тревожност/депресия. Също така учителите, работещи в ресурсна подкрепа, в сравнение с учителите, работещи в класове за приобщаване, оценяват на по-ниско ниво поведенческите проблеми и отдръпването – депресия.

14. В допълнение, момчетата в сравнение с момчетата представят по-високо ниво на проблеми с тревожността, социални проблеми и мисловни проблеми.

15. Момчетата в сравнение с момчетата показват по-ниско ниво на упорит труд и учене.

16. Учителите, работещи в „паралелна подкрепа“ в сравнение с учителите, работещи в класове за приобщаване, оценяват на по-

високо ниво работата на децата и тяхното ниво на тревожност/депресия.

17. И накрая, те бяха някои индикации, че видовете трудности на децата могат да играят важна роля най-вече в училищното им представяне.

ПРИНОСИ

Приносът на настоящото изследване на докторската дисертация може да се обобщи, както следва:

1. Цялостен преглед на литературата на текущата образователна система относно включването на ученици със СОП в Гърция, включително правната рамка, целите и прилагането на програмите за „ресурсна подкрепа“ и „класове за приобщаване“ и посещаемостта на ученици със СОП в тях, както и предишни проучвания за приобщаване на ученици със СОП.

2. Проведеното изследване е първото досега в съответната литература, целящо да изследва емоционалните и поведенчески проблеми на деца със специални образователни потребности, посещаващи програмите „паралелна подкрепа“ и „класове по приобщаване“ в гръцката образователна система.

3. Доказателства, сочещи, че по-голямата част от децата със СОП в двете специални програми за включване (85%-75%) имат много ниски академични постижения.

4. Представени са резултати, които предполагат, че полът на учителя има ефект върху цялостната оценка на емоционални, тревожни, провокативни проблеми, тревожност/депресия, мисловни проблеми, проблеми с вниманието, хиперактивност/импулсивност и представяне по определени предмети.

5. Резултати, които предполагат, че програмата, по която учителите работят („ресурсна подкрепа“ или „приобщаващи класове“), влияе върху тяхната оценка на академичното представяне на учениците със СОП.

6. Резултати, които предполагат, че програмата, по която учителите работят („ресурсна подкрепа“ или „класове за приобщаване“), влияе върху тяхната оценка на емоционалните и поведенчески проблеми (ниво на тревожност/депресия, отдръпване – депресия) на учениците.
7. Представени са нови доказателства, че момчетата в сравнение с момчетата имат по-високо ниво на проблеми с тревожността, социални проблеми и мисловни проблеми.
8. Представени са резултати, които подкрепят връзката между пола на учениците със СОП и „трудно“ и „учебно“.
9. Представени са резултати, които предполагат, че видовете трудности на децата със СОП могат да играят важна роля най-вече за тяхното училищно представяне.
10. Резултатите могат да бъдат приложени при разработването на програми, насочени към подобряване на социално-емоционалната и поведенческата компетентност на децата със СОП в гръцката обща образователна система.

СТАТИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИЯТА

1. Papadopoulou, M. Ch. (2019). Behavioral and emotional problems in different types of developmental disorders: Literature review. *Students' session Proceeding*, SWU Publishing House.
2. Papadopoulou, M. Ch. (2020). Social adjustments and learning disabilities: Literature review. *Students' session Proceeding: Transformations and Challenges in the Modern Word*, SWU Publishing House.
3. Papadopoulou, M. Ch. (2023). Mainstreaming students with special educational needs in the Greek educational system: programs of “inclusion classes” and “parallel support”. *Yearbook of Psychology*, (in print).

SOUTH – WEST UNIVERSITY “NEOFIT RILSKY” BLAGOEVGRAD

FACULTY OF PHILOSOPHY

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

MARIA CHRISTOS PAPADOPOULOU

**“GREEK TEACHERS’ PERCEPTIONS ABOUT EMOTIONAL AND BEHAVIORAL
PROBLEMS OF STUDENTS WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS”**

ABSTRACT

For acquiring of educational and scientific degree “Doctor”, Area of high education: 2. Social, Economic and Legal Sciences, Professional field: 3.2 Psychology, Field: “Educational and developmental psychology”

Scientific Supervisor: prof. d-r Ivanka Asenova

Blagoevgrad, 2023

The dissertation work was discussed and proposed for defense at a meeting of the Department of Psychology Faculty of Philosophy, at the South-West University “Neofit Rilski”– Blagoevgrad. The dissertation content includes an introduction, two chapters, discussion, conclusions and contributions. The text is in a volume of 170 pages, which includes 30 tables and 33 figures. The cited literature covers 224 titles in English and Greek.

The defense of the dissertation will be held on 11.03. 2023 year from 14,30 h in Hall 210A, First Building of SWU "Neofit Rilski" - Blagoevgrad.

The defense materials are available at the office of the Department Psychology on the third floor, First Building of SWU "Neofit Rilski" – Blagoevgrad

Introduction

Research has revealed that the inclusion of children with SEN in formal classrooms brings positive results in the psycho-emotional and academic fields and more analytically, in achieving higher academic performance due to the cooperation of general-special educator and the provision of individualized teaching. Studies also show that children with disabilities, who interact with their peers, imitate the positive behaviors of children of normal development, acquire social skills and make friends with their peers more easily than children attending special schools. Finally, students with SEN who attend general schools feel more confident and possess the principles and values of collectivity than students who attend special schools.

The present work is structured in two parts, the theoretical and the research. The theoretical part includes three chapters that examine the concepts related to children with special educational needs, their inclusion in general schools as well as the psychological - emotional, behavioral and pedagogical aspects of children with special educational needs. The research part consists of two chapters, the methodology and the results and concludes with the conclusions. Greek special education teachers' perceptions about emotional and behavioral problems of integrated students with SEN, attending specially designed integration programmes in Greece –“parallel support” and “inclusion classes”- are being researched.

CHAPTER I: THEORETICAL PART

1. Children with Special Educational Needs

1.1 Specification of terms

The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2008) also defines disability as a category of people who *“have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others”*. As implied from the above, disability is a combination of health conditions that may create barriers for disabled people to be independent and participate fully in society.

1.2. Classification of Special Educational Needs

At present, the category of SEN includes people with special educational needs or disabilities who have learning, physical, developmental, behavioral, emotional and communication deficits (Bryant, Bryant & Smith, 2019).

According to Law 3699/2008, students with special educational needs and / or disability include especially those who present with mental disability, sensory vision disorders (blind, visually impaired with low vision), sensory hearing disorders (deaf, hard of hearing), chronic disabilities non-curable diseases, speech disorders, diffuse developmental disorders (autism spectrum disorder), attention deficit hyperactivity disorder with or without hyperactivity, mental disorders and multiple disabilities.

2. Mainstreaming students with SEN in the Greek educational system – educational provision: legislative framework for educational inclusion of children with SEN: Forms of integration: Programs of “Inclusion Classes” and “Parallel Support”

Access to education is an inalienable right of individuals with any kind of disability so as to achieve the fullest possible social integration and personal development in general. Therefore, the main aim of the education of the above population should be targeting at inclusive education with students of the typical population. In the Greek educational reality, efforts are being made towards an inclusive education by integrating these students.

2.1 Law of special education – general description

Such an effort was encouraged by the recent law on special education and training of people with disabilities or special educational needs in Greece (Law 3699/2008). In accordance with the above law, one of the objectives of special education and training is to improve, exploit and bring under cultivation the potentials and skills of disabled pupils with special educational needs in order to enable them to be integrated or reintegrated into the general school, in every situation such a potential

is possible. One of the possible ways to fulfill this goal is for students with disabilities and special educational needs to attend “integration classes” or be provided with “parallel support” (article 6).

2.2 Diagnosis and selection

As for the selection of students with special educational needs, article 3 categorizes the students entitled to receive special education. Students with disabilities and SEN are considered to be the ones having significant learning difficulties due to sensory, cognitive, developmental, mental, psychological and neuropsychiatric disorders, which, according to the interdisciplinary assessment, influence the process of school adaptation and learning, for the entire or a certain period of their school life (article 3, paragraph 1).

2.3 Implementation of the programs – attendance of students with SEN

Below, extracts from the Law 3699/2008, article 6, are cited in relation to the attendance of these pupils in these specific special educational structures:

“Students with disabilities and special educational needs can attend the general school's classroom with **“parallel support”** in the context of inclusive education, by special educators [...]. **“Parallel support”** is provided to students who can, with appropriate individual support, attend the curriculum of the general classroom, to students with more severe educational needs, where there is no other special education structure in their region (special school, “inclusive class”) or when “parallel support” becomes necessary – given the KEDDY’ s report – because of their special educational needs.

“Students with disabilities and special educational needs can attend specially organized and suitably staffed **“inclusive classes”** working in general and vocational education schools with two different curriculums:

2.4. The inclusion of children with special educational needs

The majority of students with serious behavioral problems or emotional disorders usually attend the general schools of Primary and Secondary education (Law 3699/2008).

2.5. Conceptual definition of the terms "integration", "inclusion"

Integration/inclusion

Co-education of children with and without disabilities is referred to in England as "integration", in the United States as "mainstreaming" and in the Nordic countries as "normalization". In the Greek literature there is confusion between the terms "integration" and "inclusion". Although at first glance there are many common elements, the terms are not identical. Integration, if considered as a goal, concerns all the efforts of children with special educational needs to develop their skills and personality, in order to fulfill their social role as autonomously as possible.

2.6. Inclusive education

2.6.1. Inclusion Models

The implementation of inclusive education was not implemented in the same way in all countries. Depending on the resources available to them, the logistical infrastructure, the teaching staff applied different inclusion practices. According to Norwich (2000), there are four main models of inclusion: 1. Full Inclusion model (Full Inclusion). 2. Model on participation of all children in the same class (focus on participating in the same place). 3. Model of focus on individual needs. This model focuses on the needs of all students. 4. Choice limited inclusion model.

2.6.2. Advantages and disadvantages of inclusive education

According to the literature, the inclusion of children with SEN is considered vital as it promotes equality, social acceptance and respect for diversity. Its

proponents point to benefits mainly on a cognitive emotional and social level. Of course, many oppose the inclusion of children in general schools, highlighting the problems it can bring to children with SEN as well as to teachers and students of formal development.

2.6.3. Effectiveness of inclusive education

It is a fact that inclusive education is applied in many countries worldwide. However, its effectiveness depends on several factors. According to Porter (2014), the key to the success of inclusion is based on three components: First of all, teachers need to work with parents to ensure the best results at school and at home. The second important component is the construction of appropriate infrastructure that will meet the needs of all students, but also their reinforcement with appropriate teachers and notable staff. The third component that contributes to the success of inclusion is the creation of heterogeneous classes (Porter, 2014).

2.7. Teachers' attitudes for inclusion

Teachers' attitudes towards people with disabilities in the general school context greatly influence the view of teachers, classmates, but also the successful educational process of inclusion in the school environment. Teachers who maintain a positive attitude are more confident and feel more able to diversify their teaching in order to successfully educate students.

2.8. Research on inclusion in Greece

Studies in our country for the inclusion of children with special educational needs and / or disability are limited. In conclusion, the research in our country on the attitudes of teachers towards the inclusion of students with SEN in the general school shows that in teachers' circles there is no clear view of positive or negative approaches to the issue. In particular, it is found that the majority of teachers agree with the need to improve their training in inclusion, however,

it is observed that their views differ on the factors that influence their attitudes. What is more, there is no relevant research in Greece as concerns the psychological and behavioral problems of students with SEN, and especially those attending “inclusion classes” and “parallel support”, nor there is relevant research in Greece on the attitudes of their teachers over the afore mentioned difficulties of children attending the two specially designed programs.

However, there is only one research, on children with SEN attending “special classes”, a program similar to “inclusion classes”, but not as widely extended and in use as the second, formerly used, before “inclusion classes (that run up to day) take their place and conducted by Zafiriadis Kyriakos (2002),

2.9. Inclusive training practices

The application of inclusive practices in the school context becomes necessary nowadays, as it achieves equal opportunities in the educational process and the reduction of academic and social marginalization of people with SEN and/or disability.

3. Psychological – emotional, behavioral and pedagogical aspects of children with Special Educational needs (SEN) – beyond the diagnosis

As previously mentioned, students with SEN are not a homogeneous group and demonstrate educational deficits, according to the severity of their disorder. The nature of these conditions can adversely affect the process of learning in a pedagogical point of view, but also affect their emotional state. Internalized behavioral problems are: anxiety and phobia, depression and social inhibition, anxiety-dysthymia-compulsion, symptoms such as: insecurity, hypersensitivity, moodiness, feelings of inferiority, melancholy, psychosomatic disorders, symptoms such as: anorexia, bulimia, bronchial asthma, itching, nightmares, spastic movements, loneliness-sluggishness, symptoms such as: isolation, wariness, introversion, laziness, shyness (Bibou-Nakou 2004; Kakouros, Maniadaki 2006).

Externalized behavioral problems, according to experts, are characterized by longer duration and are more easily identified, as children “externalize” their reaction in various ways, such as strong denial of everything or dramatization. External behavioral problems include Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Aggressive Provocative Disorder, and Behavioral Disorders, such as Bullying, Aggressive Behavior, Disobedience, Impulsivity, Hostility, Destructiveness, Violence, participation in gangs, involvement with the police, etc. (Doikou 2002: 593; Manos 1997: 617).

3.1 Emotional and behavioral problems of children with Autistic Spectrum Disorders

Considering the foregoing, it is evident that children with autistic spectrum disorders fall behind in areas such communication, and as a consequence of the first, poor social relationships. The impairment of reciprocal social interactions, may lead to isolation. Autistic children may display comorbid psychological issues such as stress and anxiety. They may also exhibit behavior mannerisms like attention to detail, rigid behavior, obsessive desire of maintaining the same things and repetition. Poor emotional self-regulation comes to add itself in the list, as autistic children may demonstrate difficulty in expressing their emotions appropriately.

3.2 Comorbid emotional and behavioral problems of intellectually disabled children

As can be deduced, intellectually disabled children find it hard to follow the general curriculum, designed for children of higher intellectual functioning. New knowledge, and especially abstract and complex academic material, is hard to be attained by children with intellectual disabilities. Areas that are affected are also the use of syntax, vocabulary, grammar, abstract thinking and problem solving. The psychological problems they may encounter can include stubbornness, aggressive behavior, anxiety and depression.

3.3 Comorbid emotional and behavioral problems of children with Specific Learning Disabilities

The most common internalizing problems that occur to children and adolescents with SLD are:

1) Problems related to self-image and self-esteem.

2) Stress. Stress is higher in children without SLD (Stein & Hoover 1989; Thompson, 1989; Prout et al., 1992; Sood, 1994). Learning failure leads to low self-esteem and stress which increases the learning failure syndrome (Lerner, 1993). High stress is considered to be related to low self-esteem (Mc Candles, 1967) and reduced effectiveness of cognitive processes (Tobias, 1979).

3) Depression. Many studies show that loss of self-esteem, high levels of performance anxiety and depression are common complications in children with ADHD (Bonner, 1987; Levine, 1987). 10-20% of children with SLD were found to have a significant level of depression (Stevenson & Romney, 1984).

3.4 Comorbid emotional problems of blind and partially sighted children

Reviewing the above we can infer that, although there is a high incidence of psychiatric disorders (negative self-esteem, feelings of anxiety, insecurity, loneliness, socially interact less and have lower quality social experiences than their sighted peers, may be at risk for interpersonal dysfunction, are more introverted and taking less initiatives) in visually impaired children (Jan, Freeman & Scott, 1977), the inconsistency of the studies show that visual impairment is not the etiology of emotional difficulties (Lowenfeld, 1980);

3.5 Comorbid emotional problems of deaf and hearing impaired children

Deaf children run a greater risk of presenting mood disorders and psychoses, and subsequent behavioral issues (Willis & Vernon, 2002), AD/HD, conduct disorders, oppositional defiant disorders, depression and anxiety (Leigh & Anthony, 1999), language and cognitive problems (Steinberg, 1997) or being physically and sexually abused (Sullivan, Brookhouser, Scanlan, Knutson & Schulte, 1991), than the non-hearing disabled. Edwards and Crocker (2008) refer to the emotional problems of deaf children, such as conduct disorder, autism, aggressive behaviour, somatic complaints, oppositional disorder, childhood schizophrenia, obsessive-compulsive

disorder, AD/HD, but also internalizing psychological problems like depression, anxiety, and low self-esteem.

3.6 Comorbid emotional problems of children with AD/HD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)

Briefly given, the term AD/HD is used to describe children with severe problems of focusing attention and controlling their impulse. They often exhibit hyperactivity, and distractibility, not being able to stay still in a certain place for a long period of time or being patient, like waiting for their turn, and function in an organized and structured environment with boundaries (Barkley, 1990).

3.7 Social adjustment and children with SEN

A growing body of research evidence has shown that many children with learning disabilities face social deficits in addition to their academic difficulties, or are at greater risk than their nondisabled peers (Bryan, Bryan, 1990; LaGreca, Vaughn 1992; Bryan 1991; Bryan, Bryan 1981; Regarding the social status of students with learning disabilities, children with learning disabilities have difficulties, on an interpersonal level, in establishing and maintaining friendly relationships with others (Kandarakis 2004).

CHAPTER II: RESEARCH PART

1. Methodology

The procedure of the conducted research was the following: The collection and procession of data was carried out between 2018 and 2022. The questionnaires were anonymous in order to secure anonymity and accuracy of the findings. Some questionnaires were distributed and delivered hand written and others, due to the pandemic of the Covid-19, were delivered via the internet. For that, Achenbach Test, the test used in the survey, was transformed into a Google doc document, for personal contact was impossible at the time being.

1. 1. Participants and demographic data

The research was based on a mixed sample of 188 Greek teachers and professors of both primary and secondary education of Greece and in particular teachers of students with special educational needs (autism, dyslexia, intellectual disability, deaf or partially hearing, blind or partially sighted etc.) attending in public schools. Specifically, the standardized test used was distributed to teachers of students with SEN, and were questioned -amongst other- upon the psychological and emotional problems the students face.

The surveyed participants included both male and female. Responders were approached by the head principles of the schools by telephone and the questionnaires were distributed to the ones who were receptive to participate in the research.

In more detail, a sample of 188 teachers working in “parallel support” and “inclusion classes” –both programs of special education- was gathered from 2 March 2018 until 30 of November 2022 from Thessaloniki, Xanthi, Rhodes, Pirgos, Serres, Sami, Katerini, Chios. This sample answered the Achenbach questionnaire which is explained in the next section below.

1.2 Main purpose of the research & Research Hypotheses

The research aim is to investigate the opinions of teachers of “inclusion classes” and “parallel support” on children with special educational needs concerning the emotional and psychological problems they experience and to make recommendations for further inquiry.

As far as the research hypotheses of the study, these are the following:

- 1.** There are gender-related differences in the assessment of children' emotional and behavioral problems and performance, with male teachers underestimating children's emotional and behavioral problems, but overestimating their performance in comparison to the female teachers.

2. The type of disability differentiates the children's behavior and academic performance, with students having certain types of disability exhibiting more difficulties in behavior and performance, as opposed to other types of disabilities.

3. Teachers working in "inclusion classes" in comparison to teachers working in "parallel support" evaluate differently the children's behavior and performance, with the teachers working in "inclusion classes" underestimating the problems in behavior and academic performance.

4. There are gender-related differences in children's behavior and performance, with male students exhibiting more difficulties in comparison to female students.

1.3 Research tools – Presentation and application in the present research

1.3.1 Achenbach test

1.3.1.1 Contribution to the evaluation of disorders

The Achenbach questionnaires are the result of a collection of information from numerous sources and facilitate the systematic study and comparison of children's functionality from a variety of different perspectives (questionnaire for parents with children aged 6-18: Child Behavior Checklist- CBCL / 6-18, questionnaire for Adolescents: Youth Self Report- YSR) and the questionnaire for teachers: Teacher's Report Form- TRF).

1.3.1.2 Presentation of the Achenbach test

The Achenbach System for Empirically Based Assessment (ASEBA) is used to assess the abilities, adaptive functionality, and behavioral and emotional problems in children and adolescents for Empirically Based Evaluation.

1.3.1.3 Content of the Achenbach test

The Achenbach diagnostic tool includes three questionnaires that are used to collect information. These questionnaires are:

- The Parent Questionnaire (Child Behavior Checklist - CBCL aged 6-18 years),
- The Teacher's Report Form (TRF for 6-18 year olds) and

- The Adolescent Questionnaire (Youth Self Report - YSR aged 11-18) (Achenbach & Rescorla, 2003).

For our evaluation we will receive information only from the questionnaire for teachers aged 6-18 years.

1.3.1.4 The Achenbach test questionnaires

SAEVA questionnaires (Achenbach System for Empirically Based Assessment) are of particular value as integral tools of daily practice, as they are used during initial assessment in mental health structures, to detect problems in teachers and medical contexts, as well as for assessing a variety of situations in social services and the judiciary.

1.3.1.4.1 The questionnaire for parents (CBCL)

Questionnaire CBCL / 6- 18 is completed by parents, guardians or those living with children in a family-friendly environment and takes into account the child's overall behavior over the last six months.

1.3.1.4 .3 The Teacher Report Form (TRF)

This questionnaire is completed by teachers or other members of the school staff, who know the child and the way he moves and behaves in the school environment. In addition to his teacher, that is, the school principal, counselors, teacher assistants or a special education teacher can complete it.

1.3.1.5 Scoring

Regarding the TRF score, which was used in the present work: On the first page the teacher scores, compared to the general learning level of the class, from one to five the student's learning performance (1 = very below the class level, 2 = slightly below the class level, 3 = at the class level, 4 = slightly above the class level, 5 = well above the class level). On the second page it scores from one to seven the student's adaptation characteristics (1 = much less, and gradually increasing the grades, increases the performance with a final destination of 7 which is the highest grade and the highest performance, 7 = much more). On the last two pages the evaluator

answers the questions, circling a grade from zero to two (0 = does not fit, 1 = fits somewhat, 2 = fits very well).

1.3.1.6 Statistical analysis of the Achenbach test

To evaluate the functionality of a child in relation to the average we need norms based on scores, which result from a large sample of children that has been carefully selected. The random sampling method is used to obtain a truly representative sample from a population, where all individuals in that population have the same chances of being selected.

A sample was selected from children who were not considered to have serious problems because they had not received professional help for behavioral, emotional, developmental, or substance use problems in the previous 12 months. This model is called a "Community sample". It is the basis for determining the norms with which the scores of other children's scales could be compared, in order to determine whether his score falls within the normal, marginal or clinical range.

1.3.1.7 Achenbach test profiles

In order to be able to easily identify, at a glance, the abilities and problems of a child, all the scores of the data and the scales, ie the profile of the child, are recorded in special diagrams of SAEVA.

Although the content of the scales is the same for both sexes for both age groups 6-11 years and 12-18 years, there are separate forms for CBCL and TRF profiles for boys and girls, with different norms for every gender and every age group. Adolescent questionnaire (YSR) norms appear in the same profile for both sexes (Achenbach & Rescorla, 2003).

1.3.1.8 The profiles of the Syndromes

The profiles of the syndromes are the same for all three questionnaires. The percentages for the Community sample are on the left side of the profile, while the T values are on the right.

The syndrome profile consists of scales of eight syndromes. Reading from left to right, scales are defined as: Anxiety / Depression, Withdrawal / Depression, Physical Anxiety, Social Problems, Thinking Problems, Attention Problems, Violation of Rules, Aggressive Behavior and Other Problems. The title of each scale summarizes the types of problems that shape the syndrome. Below the name of the scale is the score 0, 1 or 2. To the right of the score 0, 1 or 2 is the item with the serial number contained in the questionnaire.

High scores on the syndrome scales indicate a clinically significant deviation from normal, because they reflect the existence of numerous problems.

1.3.1.9 The profiles of the DSM harmonized scales

The profile of DSM-compliant scales consists of six categories: Emotional Problems, Anxiety Problems, Physical Problems, Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Antisocial / Provocative Problems, and Behavioral Problems.

The scales harmonized with DSM are scored in the same way as the empirical scales of SAEVA. For the total score are added the points 0, 1 or 2 given to each item by the person who filled in the form. Then we circle the corresponding number, from the sum of the points, in the column of numbers above the scale. We draw a line that joins the numbers arranged in a circle. From the resulting profile we see how high the child is on each DSM harmonized scale compared to the national sample of children.

1.3.1.10 Application of Achenbach test in the present research

In this study, the close ended questionnaire, Achenbach (TRF: Teacher Report Form) was used to assess the children's personality and identify behavioral and emotional problems from their teachers. The scale consisted of 113 questions describing problems of childhood behavior and emotion. The questions that teachers needed to answer concerned cognitive and psychological problems and whether the description fits perfectly to their child or if it does not fit at all. The scores for each answer were 2, 1 and 0 respectively. Based on factor analyzes, Achenbach found eight first order and two second factors. The factors

or the first-degree clinical syndromes, as reported, are: withdrawal, physical symptoms, anxiety / depression, social problems, thinking problems, hyperactivity with attention problems, delinquent and aggressive behavior. While the second order factors that emerged are two and constitute the internalizing problems (withdrawal, physical symptoms and anxiety / depression) and externalizing problems (delinquent and aggressive behavior). Factors social problems, thinking problems and hyperactivity with attention problems are not included in the two large categories. Below it can be seen the variables used in this research and their reliability with the use of the Cronbach's alpha index:

1.4 Statistical analysis

The statistical analysis conducted in this study included descriptive and inferential statistics. Descriptive statistics were used to present the characteristics of the participants and their answers to the main body of the questionnaire. In addition, inferential statistics included the following two statistical tests, t – test and analysis of variance (Anova). The statistical analysis was conducted with the use of the statistical software SPSS22.0 and the Microsoft Office Excel 2013.

3. Results

2.1 Achenbach's Questionnaire results

2.1.1 Participants' and Children's Characteristics

In table 1 and figure 1 it can be seen that the ratio of male and female teachers is 25.5% and 74.5% respectively.

In table 2 it can be seen that the average age of the teachers is 36.34 (SD = 3.68) years and their working average experience is 6.83 (SD = 3.44). Also, the average age of the students is 14.17 (SD = 1.67).

In table 3 and figure 2 it can be seen that the ratio of boys and girls is 78.7% and 21.3% respectively.

In table 4 and figure 3 it can be seen that 83.0% of the teachers are living into cities and the remaining 17% of the teachers are living in villages / islands.

In table 5 and figure 4 it can be seen that 89.4% of the teachers are working in the area of “parallel support” and the remaining 10.6% of the teachers are working in “integration classes”.

In table 6 it can be seen that 97.9% of the teachers are special education teachers and the rest 2.1% of the teachers are assistant teachers.

In table 7 and figure 6 it can be seen that 66.0% of the children are autistic, 4.3% of the children have an Asperger disability, 4.3% of the children have ADHD, 4.3% of the children have complex cognitive, emotional and social difficulties, 4.3% of the children have dyslexia, 4.3% of the students have a hearing loss disability, 4.3% of the children have mental retardation, 2.1% of the children have a callosal agenesis disability, 2.1% of the children have learning difficulties and the rest 2.1% of the children have visual problems.

Table 7 Type of disability

| | N | % |
|----------------------------------|-----|-------|
| Asperger | 8 | 4,3 |
| Attention disorder and | 8 | 4,3 |
| Autism | 124 | 66,0 |
| Callosal agenesis | 4 | 2,1 |
| Complex cognitive, emotional and | 8 | 4,3 |
| Dyslexia | 8 | 4,3 |
| Emotional disorders | 4 | 2,1 |
| hearing loss | 8 | 4,3 |
| learning difficulties | 4 | 2,1 |
| Mental retardation | 8 | 4,3 |
| Visual problems | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

In table 8 and figure 7 it can be seen that 29.8% of the students are attending the 3rd grade of the gymnasium, another 29.8% of the students are attending the 1st grade of the gymnasium, 14.9% of the students are attending the 2nd grade of the gymnasium, another 14.9% of the students are attending the 2nd grade of the high school, 8.5% of the students are attending the 1st grade of the high school and the rest 2.1% of the students are attending the 3rd grade of the high school.

In table 9 and figure 8 it can be seen that 95.7% of the students are Greek and the rest 4.3% of the students are Albanians.

In table 10 it can be seen that teachers are familiar with the children the last 8.74 months on average. The minimum time they know the children is 1 month and the maximum time is 20 months.

In table 11 and figures 9 - 15 it can be seen that 88.1% of the children's performance is below or a little bit below the level of the class in language and literature, 83.3% of the children in ancient Greek, 78.6% of children in history and math, 76.1% of the children in chemistry and 73.9% of the children in physics.

In table 11 it can be observed that 88.1% of the children performance is below or a little bit below the level of the class in language and literature, 83.3% of the children in ancient Greek, 78.6% of children in history and math, 76.1% of the children in chemistry and 73.9% of the children in physics.

In table 12 and figures 16 – 19 it can be seen that 74.5% of the children are much less or less behind in the learning process in comparing to the level of the class, 55.3% of the children are behind in the work they do, 40.4% of the children are behind in the level of happiness and 29.7% of the children are behind in the behavior in comparison with the level of the class.

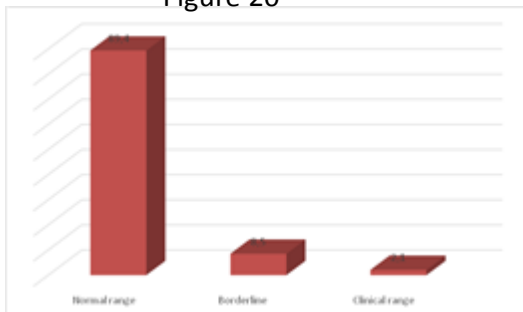
In table 13 and figure 20 it can be seen that 89.4% of the children are considered in the normal range (values 0 – 6) of the emotional problems, 8.5% of the children are between the normal range and the clinical range (values 7 – 8) and

the rest 2.1% of the children are considered in the clinical range of the emotional problems scale.

Table 13. Emotional problems

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 24 | 12,8 |
| 1,00 | 32 | 17,0 |
| 2,00 | 20 | 10,6 |
| 3,00 | 32 | 17,0 |
| 4,00 | 24 | 12,8 |
| 5,00 | 8 | 4,3 |
| 6,00 | 28 | 14,9 |
| 7,00 | 12 | 6,4 |
| 8,00 | 4 | 2,1 |
| 10,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Figure 20

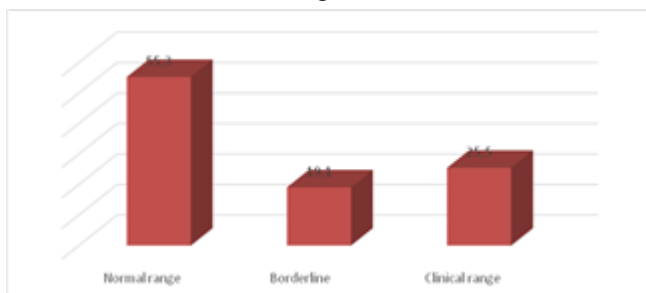


In table 14 and figure 21 it can be seen that 55.3% of the children are considered in the normal range (values 0 – 2) of the anxiety problems scale, 19.1% of the children are between the normal range and the clinical range (values 3 – 4) and the rest 25.5% of the children are considered in the clinical range of the anxiety problems scale.

Table 14. Anxiety problems

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 32 | 17,0 |
| 1,00 | 32 | 17,0 |
| 2,00 | 40 | 21,3 |
| 3,00 | 20 | 10,6 |
| 4,00 | 16 | 8,5 |
| 5,00 | 28 | 14,9 |
| 6,00 | 4 | 2,1 |
| 7,00 | 4 | 2,1 |
| 9,00 | 8 | 4,3 |
| 10,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Figure 21

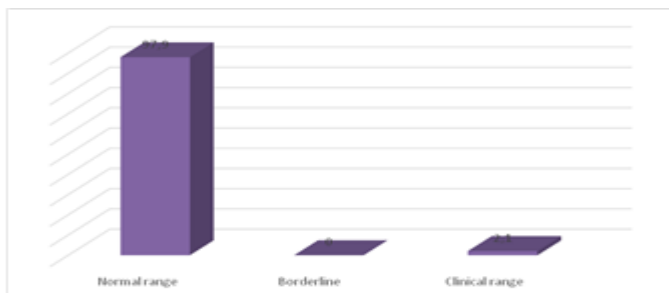


In table 15 and figure 22 it can be seen that 97.9% of the children are considered in the normal range (values 0 – 2) of the body problems scale and the rest 2.1% of the children are considered in the clinical range of the body problems scale (values above 5).

Table 15. Body problems

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 160 | 85,1 |
| 1,00 | 20 | 10,6 |
| 2,00 | 4 | 2,1 |
| 7,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Figure 22



In table 16 and figure 23 it can be seen that 89,4% of the children are considered in the normal range (values 0 – 16) of the lack of attention / hyperactivity scale and the rest 11.6% of the children are between the normal range and the clinical range (values 17 -21).

Table16. Lack of attention / hyperactivity

| | N | % |
|-------|----|------|
| ,00 | 4 | 2,1 |
| 1,00 | 12 | 6,4 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 4,00 | 12 | 6,4 |
| 5,00 | 4 | 2,1 |
| 6,00 | 12 | 6,4 |
| 7,00 | 20 | 10,6 |
| 8,00 | 20 | 10,6 |
| 9,00 | 16 | 8,5 |
| 10,00 | 8 | 4,3 |
| 11,00 | 8 | 4,3 |
| 12,00 | 4 | 2,1 |
| 13,00 | 8 | 4,3 |
| 14,00 | 8 | 4,3 |
| 15,00 | 12 | 6,4 |
| 16,00 | 12 | 6,4 |
| 18,00 | 12 | 2,1 |
| 19,00 | 12 | 6,4 |
| 20,00 | 4 | 2,1 |

| | | |
|-------|-----|-------|
| Total | 188 | 100,0 |
|-------|-----|-------|

In table 17 and figure 24 it can be seen that 83.0% of the children are considered in the normal range (values 0 – 4) of the provocative problems scale, 14.9% of the children are between the normal range and the clinical range (values 5 – 7) and the rest 2.1% of the children are considered in the clinical range of the provocative problems scale.

Figure 24

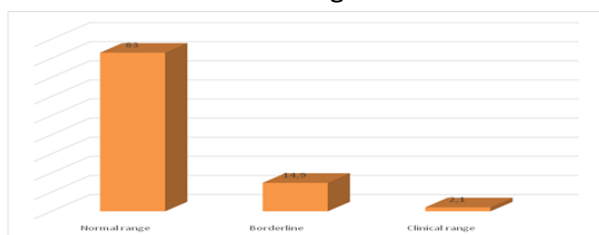


Table 17. Provocative problems

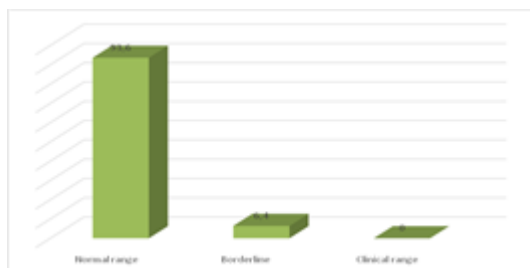
| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 72 | 38,3 |
| 1,00 | 24 | 12,8 |
| 2,00 | 28 | 14,9 |
| 3,00 | 4 | 2,1 |
| 4,00 | 28 | 14,9 |
| 5,00 | 12 | 6,4 |
| 6,00 | 8 | 4,3 |
| 7,00 | 8 | 4,3 |
| 9,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

In table 18 and figure 25 it can be seen that 93.6% of the children are considered in the normal range (values 0 – 8) of the behavior problems scale and the rest 6.4% of the children are between the normal range and the clinical range (values 9 - 13) of the behavior problems scale.

Table 18. Behavior problems

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 88 | 46,8 |
| 1,00 | 20 | 10,6 |
| 2,00 | 12 | 6,4 |
| 3,00 | 12 | 6,4 |
| 4,00 | 8 | 4,3 |
| 5,00 | 16 | 8,5 |
| 6,00 | 12 | 6,4 |
| 8,00 | 8 | 4,3 |
| 10,00 | 4 | 2,1 |
| 11,00 | 4 | 2,1 |
| 13,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Figure 25



In table 19 and figure 26 it can be seen that 57.4% of the children are considered in the normal range (values 0 – 7) of the anxiety / depression scale, 12.8% of the children are between the normal range and the clinical range (values 8 – 11) and the rest 29.8% of the children are considered in the clinical range of the anxiety/ depression scale.

Table 19. Anxiety / depression

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 16 | 8,5 |
| 1,00 | 28 | 14,9 |
| 2,00 | 16 | 8,5 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 4,00 | 24 | 12,8 |
| 5,00 | 12 | 6,4 |
| 6,00 | 4 | 2,1 |
| 8,00 | 12 | 6,4 |
| 10,00 | 8 | 4,3 |
| 11,00 | 4 | 2,1 |
| 12,00 | 4 | 2,1 |
| 13,00 | 8 | 4,3 |
| 15,00 | 4 | 2,1 |
| 16,00 | 12 | 6,4 |
| 18,00 | 12 | 6,4 |
| 20,00 | 12 | 6,4 |
| 21,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

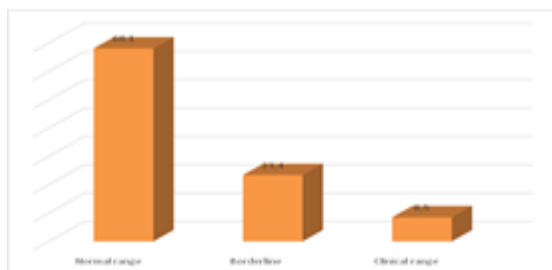
In table 20 and figure 27 it can be seen that 68.1% of the children are considered in the normal range (values 0 – 5) of the withdraw - depression scale, 23.4% of the children are between the normal range and the clinical range (values 6 - 8)

and the rest 8.5% of the children are considered in the clinical range of the withdraw - depression scale.

Table 20. Withdraw – depression

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 20 | 10,6 |
| 1,00 | 24 | 12,8 |
| 2,00 | 32 | 17,0 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 4,00 | 28 | 14,9 |
| 5,00 | 16 | 8,5 |
| 6,00 | 12 | 6,4 |
| 7,00 | 20 | 10,6 |
| 8,00 | 12 | 6,4 |
| 9,00 | 4 | 2,1 |
| 11,00 | 4 | 2,1 |
| 12,00 | 4 | 2,1 |
| 16,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Figure 27

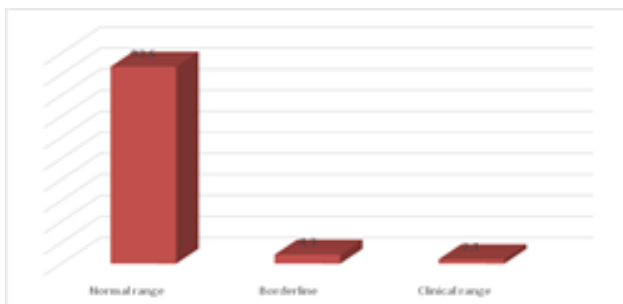


In table 21 and figure 28 it can be seen that 93.6% of the children are considered in the normal range (values 0 – 2) of the body annoyances scale, 4.3% of the children are between the normal range and the clinical range (values 3 - 4) and the rest 2.1% of the children are considered in the clinical range of the body annoyances scale.

Table 21. Body annoyances

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 128 | 68,1 |
| 1,00 | 44 | 23,4 |
| 2,00 | 4 | 2,1 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 9,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Figure 28

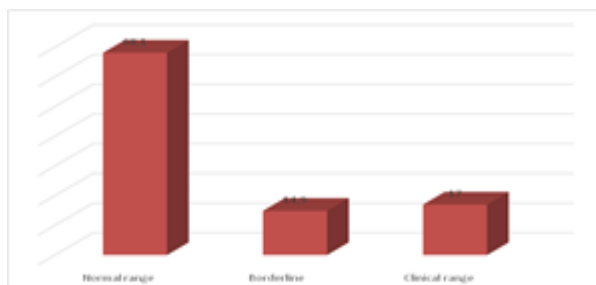


In table 22 and figure 29 it can be seen that 68.1% of the children are considered in the normal range (values 0 – 4) of the social problems scale, 14.9% of the children are between the normal range and the clinical range (values 5 - 6) and the rest 17.0% of the children are considered in the clinical range of the social problems scale.

Table 22. Social problems

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 28 | 14,9 |
| 1,00 | 24 | 12,8 |
| 2,00 | 36 | 19,1 |
| 3,00 | 20 | 10,6 |
| 4,00 | 20 | 10,6 |
| 5,00 | 16 | 8,5 |
| 6,00 | 12 | 6,4 |
| 7,00 | 4 | 2,1 |
| 8,00 | 8 | 4,3 |
| 9,00 | 8 | 4,3 |
| 10,00 | 4 | 2,1 |
| 11,00 | 8 | 4,3 |
| Total | 188 | 100,0 |

Figure 29

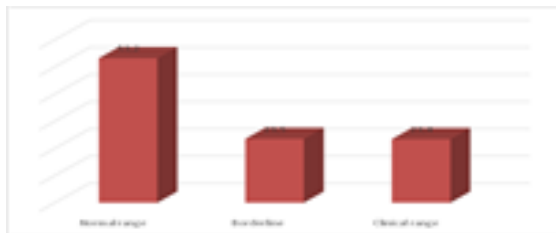


In table 23 and figure 30 it can be seen that 53.2% of the children are considered in the normal range (values 0 – 2) of the thought problems scale, 23.5% of the children are between the normal range and the clinical range (values 3 - 5) and the rest 23.4% of the children are considered in the clinical range of the thought problems scale.

Table 2315. Thought problems

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 44 | 23,4 |
| 1,00 | 44 | 23,4 |
| 2,00 | 12 | 6,4 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 4,00 | 28 | 14,9 |
| 5,00 | 8 | 4,3 |
| 6,00 | 12 | 6,4 |
| 7,00 | 4 | 2,1 |
| 8,00 | 4 | 2,1 |
| 9,00 | 12 | 6,4 |
| 10,00 | 8 | 4,3 |
| 11,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Figure 30



In table 24 and figure 31 it can be seen that 78,7% of the children are considered in the normal range (values 0 – 18) of the attention problems scale and the rest 21.3% of the children are between the normal range and the clinical range (values 19 - 28).

Table 24. Attention problems

| | N | % |
|-------|----|------|
| 1,00 | 4 | 2,1 |
| 2,00 | 8 | 4,3 |
| 3,00 | 8 | 4,3 |
| 4,00 | 4 | 2,1 |
| 6,00 | 8 | 4,3 |
| 7,00 | 4 | 2,1 |
| 8,00 | 4 | 2,1 |
| 10,00 | 24 | 12,8 |
| 11,00 | 16 | 8,5 |
| 12,00 | 16 | 8,5 |
| 13,00 | 20 | 10,6 |
| 14,00 | 4 | 2,1 |
| 16,00 | 12 | 6,4 |
| 17,00 | 8 | 4,3 |
| 18,00 | 8 | 4,3 |

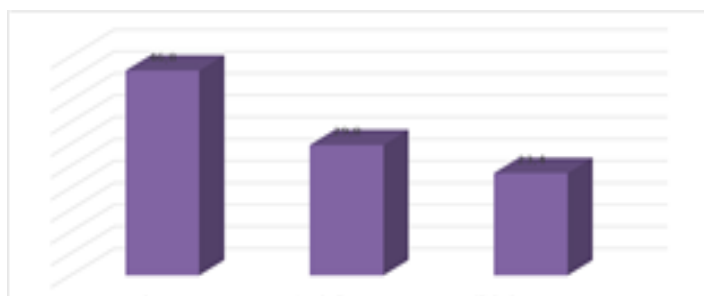
| | | |
|-------|-----|-------|
| 19,00 | 8 | 4,3 |
| 20,00 | 8 | 4,3 |
| 21,00 | 8 | 4,3 |
| 22,00 | 8 | 4,3 |
| 24,00 | 8 | 4,3 |
| Total | 188 | 100,0 |

In table 25 and figure 32 it can be seen that 46.8% of the children are considered in the normal range (values 0 – 4) of the hyperactivity / impulsivity scale, 29.8% of the children are between the normal range and the clinical range (values 5 - 7) and the rest 23.4% of the children are considered in the clinical range of the hyperactivity / impulsivity scale.

Table 25. Hyperactivity / impulsivity

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 24 | 12,8 |
| 1,00 | 8 | 4,3 |
| 2,00 | 24 | 12,8 |
| 3,00 | 20 | 10,6 |
| 4,00 | 12 | 6,4 |
| 5,00 | 24 | 12,8 |
| 6,00 | 16 | 8,5 |
| 7,00 | 16 | 8,5 |
| 8,00 | 12 | 6,4 |
| 9,00 | 8 | 4,3 |
| 10,00 | 4 | 2,1 |
| 11,00 | 12 | 6,4 |
| 12,00 | 8 | 4,3 |
| Total | 188 | 100,0 |

Figure 32

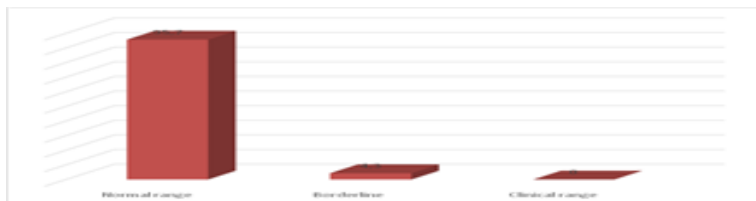


In table 26 and figure 33 it can be seen that 95.7% of the children are considered in the normal range (values 0 – 8) of the rule violation scale and the rest 4.3% of the children are between the normal range and the clinical range (values 9 - 16).

Table 26. Rule violation

| | N | % |
|-------|-----|-------|
| ,00 | 80 | 42,6 |
| 1,00 | 32 | 17,0 |
| 2,00 | 16 | 8,5 |
| 3,00 | 24 | 12,8 |
| 4,00 | 12 | 6,4 |
| 5,00 | 8 | 4,3 |
| 7,00 | 8 | 4,3 |
| 9,00 | 4 | 2,1 |
| 12,00 | 4 | 2,1 |
| Total | 188 | 100,0 |

Figure 33



2.1.2 Inferential statistics

2.1.2.1 Comparison between male teachers and female teachers

In table 27 it can be seen that female teachers in comparison to male teachers evaluate in a higher level the emotional problems (3.57 vs 2.67), the anxiety problems (3.17 vs 2.0), Lack of attention/ hyperactivity (10.11 vs 8.08), the provocative problems (2.54 vs 1.00), the anxiety / depression (8.94 vs 3.67), the thought problems (3.71 vs 1.83), the attention problems (13.37 vs 11.81), the hyperactivity / impulsivity (5.37 vs 3.67 and language (1.85 vs 1.50) ($p < .05$). Also, it can be seen that female teachers in comparison to male teachers evaluate in a lower level physics (1.97 vs 2.50) and chemistry (1.97 vs 2.42).

2.1.2.2 Comparison between types of difficulty

In table 28 it can be seen with the use of the Anova test that they are statistical significant differences among the types of difficulty of the children, mostly in the variables of performance and the children characteristics, e.t.c ($p < .05$). In order to test which categories of the difficulty types are statistical different a Bonferroni post hoc comparison was used. Also, the Bonferroni correction was used to determine the new significant level ($\alpha^* = \alpha / 21 = 0.05 = 0.002$).

The Bonferroni test resulted that they were very few statistical significant differences among the categories of the difficulty types of the children since very few p - values were below the value of 0.002. In addition, these results cannot be reliable because in the statistical analysis we have included categories with only four observations. Therefore, it can be concluded that the difficulty types of children may play an important role mostly in their school performance but it needs future research with a larger sample to determine which categories of the difficulty types are indeed statistical significant.

2.1.2.3 Comparison between teachers of “inclusive classes” and “parallel support”

In table 29 it can be seen that teachers working in “parallel support” in comparison to teachers working “inclusion classes” evaluate in a higher level the Ancient Greek (1.92 vs 1.40), math (2.16 vs 1.40), the physics (2.20 vs 1.40) and the chemistry performance (2.17 vs 1.40), of the children ($p < .05$). Furthermore, teachers working in “parallel support” in comparison to teachers working in “inclusion classes” evaluate in a higher level (3.07 vs 1.80) the work of the children and their level of anxiety / depression (7.95 vs 4.60) ($p < .05$). Also, teachers working in parallel support in comparison to teachers working in “inclusion classes” evaluate in a lower level (2.26 vs 4.20) the behavior problems and withdraw – depression (4.17 vs 5.20).

2.1.2.4 Comparison between boys and girls

In table 30 it can be seen that girls in comparison to boys, present higher level of anxiety problems (2.49 vs 4.30), behavior problems (2.22 v 3.40) social problems (3.03 vs 5.80) and thought problems (2.65 vs 5.40). Also, girls in comparison to boys present lower level of hard work (3.11 vs 2.30) and learning (2.49 vs 1.70).

DISCUSSION

The present PhD thesis attempts to further investigate the psychology of children with Special Educational Needs and the consequent behavioral patterns that they exhibit. More specifically, it was the first time that the emotional and behavioral problems of children with SEN, attending “inclusion classes” and “parallel support” in Greece, were seen under the scope of the perception of their teachers.

The hypotheses that were formulated for this study were the following: Evaluating the results deducted by inferential statistics we can conclude that, concerning the first hypothesis, there are indeed gender-related differences in the assessment of children's emotional and behavioral problems and performance, with female teachers in comparison to male teachers evaluating in a higher level the emotional problems (3.57 vs 2.67), the

anxiety problems (3.17 vs 2.0), the lack of attention/ hyperactivity (10.11 vs 8.08), the provocative problems (2.54 vs 1.00), the anxiety / depression (8.94 vs 3.67), the thought problems (3.71 vs 1.83), the attention problems (13.37 vs 11.81), the hyperactivity / impulsivity (5.37 vs 3.67 and language (1.85 vs 1.50) ($p < .05$). What can also be seen is that female teachers in comparison to male teachers evaluate in a lower level physics (1.97 vs 2.50) and chemistry (1.97 vs 2.42). Therefore, the first hypothesis is verified.

As for the second hypothesis, it cannot be confirmed, as with the use of the Anova test that they are statistical significant differences among the types of difficulty of the children, mostly in the variables of performance and the children characteristics, e.t.c ($p < .05$). In order to test which categories of the difficulty types are statistical different a Bonferroni post hoc comparison was used. Also, the Bonferroni correction was used to determine the new significant level ($\alpha^* = \alpha / 21 = 0.05 = 0.002$).

The Bonferroni test resulted that they were very few statistical significant differences among the categories of the types of difficulty of the children since very few p - values were below the value of 0.002. In addition, these results cannot be reliable because in the statistical analysis we have included categories with only four observations. Therefore, it can be concluded that the difficulty types of children may play an important role mostly in their school performance but it needs future research with a larger sample to determine which categories of the difficulty types are indeed statistical significant.

The third formulated hypothesis is partially verified as teachers working in “parallel support” evaluate in a higher level the academic performance of children with SEN attending “inclusion classes” and “parallel support”, whereas they evaluate in a lower level conduct and emotional problems. More analytically, teachers working in “parallel support” in comparison to teachers working “inclusion classes” evaluate in a higher level the Ancient Greek (1.92 vs 1.40), math (2.16 vs 1.40), the physics (2.20 vs 1.40) and the chemistry performance (2.17 vs 1.40), of the children ($p < .05$). Furthermore, teachers working in “parallel support” in comparison to teachers working in “inclusion classes” evaluate in a higher level (3.07 vs 1.80) the work of the children and their level of anxiety / depression (7.95 vs 4.60) ($p < .05$). Also, teachers working in “parallel

support” in comparison to teachers working in “inclusion classes” evaluate in a lower level (2.26 vs 4.20) the behavior problems and the withdraw – depression problems (4.17 vs 5.20).

Lastly, the fourth hypothesis is not verified, because girls in comparison to boys, present higher level of anxiety problems (2.49 vs 4.30), behavior problems (2.22 v 3.40) social problems (3.03 vs 5.80) and thought problems (2.65 vs 5.40). Also, girls in comparison to boys present lower level of hard work (3.11 vs 2.30) and learning (2.49 vs 1.70).

The present study’s results revealed that 88.1% of the children’s performance is below or a little bit below the level of the class in language and literature, 83.3% of the children in ancient Greek, 78.6% of children in history and math, 76.1% of the children in chemistry and 73.9% of the children in physics. What is more, 74.5% of the children are much less or less behind in the learning process in comparing to the level of the class, and 55.3% of the children are behind in the work they do. These results are consistent with previous relevant studies on the lower academic performance of children with SEN (Barkley, 1998; Burack, Hodapp & Zigler, 1998; Luria, 2014).

A significant portion up to 40.4% of the children is behind in the level of happiness and 29.7% of the children are behind in the behavior in comparison with the level of the class. Furthermore, 93.6% of the children are considered in the normal range of the body annoyances scale, 4.3% of the children are between the normal range and the clinical range and the rest 2.1% of the children are considered in the clinical range of the body annoyances scale, while the majority of the children (97.9%) are considered in the normal range of the body problems scale and the rest 2.1% of the children are considered in the clinical range of the body problems scale, in contradiction with the high reported rates of somatic discomforts that children with SLD exhibit according to the literature (Huntington & Bender, 1993; Margalit & Raviv, 1984; Crocker, 2008).

The majority (83.0%) of the children are considered in the normal range of the provocative problems scale, 14.9% are between the normal range and the

clinical range and the rest 2.1% are considered in the clinical range of the provocative problems scale, while 95.7% of the children are considered in the normal range of the rule violation scale and the rest 4.3% of the children are between the normal range and the clinical range. 93.6% are considered in the normal range of the behavior problems scale and the rest 6.4% are between the normal range and the clinical range of the behavior problems scale. Literature, however, has shown a greater correlation between children with SEN and behavioral problems (Matson, 2011; Rutter, Tizard, Yule, Graham & Whitmore, 1976; Bale, 1981; Broder, Dunviant, Smith & Sutton, 1981; Sturge, 1982; Kellam, Brown, Rubin & Ensminger, 1983; Hallahan et al. 1985; Maughan Grey & Rutter 1985; Cornwell & Bawden, 1992; Prior, 1996; Maughan, 1994; Hinshaw, 1992; Willis & Vernon, 2002; Leigh & Anthony, 1999; Crocker, 2008).

As regards the emotional difficulties of children with SEN, the present study has showed that 89.4% of the children are in the normal range of the emotional problems, 8.5% are between the normal range and the clinical range and the rest 2.1% are considered in the clinical range of the emotional problems scale. So, a total of 10,6% does show worrying signs, but is not as high as reported in most of the literature (Achenbach & Edelbrock, 1978; Lowenfeld, 1980; Hallahan et al. 1985; Wilhelm, 1989; Bryan & Bryan, 1990; Maughan, 1994; Weis, 2008; Matson, 2011). One explanation for not identifying any significant differences between the two groups may lie on the fact that the majority of the students consisting the sample were under the autism category, where, according to the literature, emotional problems for these children is considered the poor emotional regulation due to overload of sensory stimuli and the problem expressing their emotions properly. One other explanation may be the fact that children with autism, who are the majority of the sample, by definition have a special educator by their side, inside the classroom and during school breaks, namely are helped by a “parallel support” teacher, which may be the reason for the low rates of emotional and behavioral problems, as these teachers are constantly with the child, helping it with the academic material and emotional problems at any time during school time. The above observation, followed by the fact that the presence of school psychologists and social workers has

increased, may subserve to alleviate the exhibition of emotional and behavioral problems of these children.

As for the rates of anxiety, the present study showed high rates of anxiety in students. 55.3% of the children are considered in the normal range of the anxiety problems scale, 19.1% of them are between the normal range and the clinical range and the rest 25.5% are considered in the clinical range of the anxiety problems scale. Additionally, 57.4% of the children are considered in the normal range of the anxiety / depression scale, 12.8% of the children are between the normal range and the clinical range and the rest 29.8% are considered in the clinical range of the anxiety/ depression scale. These findings are in accordance with the literature (Stein & Hoover 1989; Thompson, 1989; Cornwell & Bawden, 1992; Prout et al., 1992; Sood, 1994; Huurre, 2000 about stress and Stevenson & Romney, 1984; Livingston, 1985; Bonner, 1987; Levine, 1987; Livingston, 1990; Bender & Wall, 1994; Prior, Sanson, Smart & Oberklaid 1999; Huurre, 2000 about depression).

Social withdrawal due to depression was also measured in the present study. The results showed a rather disturbing percentage of children of SEN exhibiting similar signs. 68.1% were evaluated in the normal range of the withdraw - depression scale, while 23.4% are between the normal range and the clinical range and the rest 8.5% are considered in the clinical range of the withdraw - depression scale. In total, a 31,9% of the children are either between the normal range and the clinical range or in the clinical range, which is not to be overlooked. Similar high rates were also reported in the literature (Myklebust, 1975; McGee, Share, Moffitt, Williams & Silva, 1988).

Plus, 68.1% of the children are considered in the normal range of the social problems scale, 14.9% of the children are between the normal range and the clinical range and the rest 17.0% are considered in the clinical range of the social problems scale. Thus, there is a total of 31,9% of the students with SEN showing signs of problematic social adjustment. These finds come in agreement with previous research data (Zager, 2005; Ammerman, 1986; Jan et al., 1977; Bryan, Bryan, 1990; LaGreca, Vaughn 1992; Bryan 1991; Bryan, Bryan 1981; Pearl 1992; Deshler, Schumaker 1983; Pearl, Bryan, Donahue 1983; Dudley-Marling & Edmiaston

1985; Jones, C. J. 1985; LaGreca 1987; Bruck 1986; Gresham 1988; Stathis 1994; Kavale & Forness 1996; Kandarakis 2004; Antoniou 2009; Antoniou, Sotiraki 2011; Kotroni, Antoniou 2012).

Attention deficits and hyperactivity behaviours were studied in the present study as well. 78,7% of the children with SEN are in the normal range of the attention problems scale and the rest 21.3% are between the normal range and the clinical range. Literature has also shown attention deficits, though in larger rates (Badian, 1983). Also, 46.8% are considered in the normal range of the hyperactivity/ impulsivity scale and 29.8% are between the normal range and the clinical range and the rest 23.4% is in the clinical range of the hyperactivity / impulsivity scale. In comparison with the literature review, the findings of the present study also show a significant rate of hyperactivity (McGee, Silva & William, 1984). In total, 89,4% of the children are in the normal range of the lack of attention/ hyperactivity scale and the rest 11.6% are between the normal range and the clinical range.

Regarding thought problems, the present study has revealed a high rate of children with SEN exhibiting thought problems (53.2% in the normal range of the thought problems scale, 23.5% are between the normal range and the clinical range and the rest 23.4% are in the clinical range of the thought problems scale).

One of the study's purposes was to explore the effect of gender of teachers on the evaluation of students with SEN. In that scope, findings revealed differences between male and female teachers. Female teachers in comparison to male teachers evaluate in a higher level the emotional problems, the anxiety problems, Lack of attention/ hyperactivity, the provocative problems, the anxiety / depression, the thought problems, the attention problems, the hyperactivity / impulsivity and language. Also, it can be deduced that female teachers in comparison to male teachers evaluate in a lower level physic and chemistry.

In terms of the effect of types of difficulty on the manifestation of emotional and behavioral problems of students with SEN, the use of the Anova test showed that

they are statistical significant differences among the types of difficulty of the children, mostly in the variables of performance and the children characteristics, e.t.c ($p < .05$). In order to test which categories of the difficulty types are statistical different a Bonferroni post hoc comparison was used. Also, the Bonferroni correction was used to determine the new significant level ($\alpha^* = \alpha / 21 = 0.05 = 0.002$). The Bonferroni test resulted that they were very few statistical significant differences among the categories of the difficulty types of the children since very few p - values were below the value of 0.002. For that reason, these results cannot be reliable because in the statistical analysis we have included categories with only four observations. Therefore, it can be concluded that the types of difficulty of children may play an important role mostly in their school performance but it needs future research with a larger sample to determine which categories of the difficulty types are indeed statistical significant.

Comparison between teachers of “inclusion classes” and “parallel support” reveals that teachers working in “parallel support” in comparison to teachers working “inclusion classes” evaluate in a higher level the Ancient Greek, math, the physic and the chemistry performance, of the children ($p < .05$). Furthermore, teachers working in “parallel support” in comparison to teachers working in “inclusion classes” evaluate in a higher level the work of the children and their level of anxiety/depression ($p < .05$). Also, teachers working in parallel support in comparison to teachers working in “inclusion classes” evaluate in a lower level the behavior problems and “withdraw – depression”. These findings may be explained under the scope of the fact that teachers working in “parallel support” share a more intimate and close relationship with their students, as they spend the whole school day sitting by their student, helping him grasp the material given throughout the class and even in school breaks they observe their students to be sure they are safe or in need of anything.

Regarding the gender-related differences between boys and girls, girls in comparison to boys, present significantly higher level of anxiety problems, behavior problems, social problems and thought problems. Also, girls in comparison to boys present lower level of hard work and learning.

Summarizing the findings of the present research we can conclude that students with SEN attending “inclusion classes” and supported by “parallel support” inside the typical classroom in Greece, have lower academic performance as opposed to their typical classmates, manifest behavioral and emotional problems within the normal range or even the clinical range, a quite high percentage is behind in the level of happiness have high rates of anxiety, and the majority shows signs of social withdrawal and problematic social adjustment. In addition, there are gender-related differences in the assessment of children' emotional and behavioral problems and performance, with female teachers in comparison to male teachers evaluating in a higher level these problems. Additionally, there is also a gender-related manifestation of emotional and behavioral problems, as girls, in comparison to boys, present higher levels of anxiety, behavioral problems, social problems and thought problems, but lower levels of hard work and learning. Regarding the types of difficulty of children with SEN, it can be said that they may play an important role mostly in their school performance, but it needs future research with a larger sample to determine which categories of the difficulty types are indeed statistical significant. What is more, the position of the special education teachers plays a role in evaluating the children, for teachers working in “parallel support” compared to teachers working “inclusion classes” evaluate in a higher level the performance of the children in certain subjects, as well as in emotional problems.

CONCLUSIONS

The present study, investigated, for the first time, the emotional and behavioral problems, as well as academic performance and social status, among other, of students with SEN in Greece, attending inclusion classes and being supported by “parallel support” inside the classroom, by a special education teacher. The ensuing conclusions could be made on the basis on the research’s findings:

1. Merely 15% - 25% of the children were in the normal performance range in the school lessons, language and literature, ancient Greek, history, math, chemistry and physics.

2. $\frac{1}{4}$ of the children were in the normal range of the learning process in comparison to the level of the class,
3. Almost half of the children were in the normal range of the work they do,
4. More than half (6/10) of children were in the normal range of happiness and 7/10 of the children were in the normal range of behavior in comparison with the level of the class.
5. In relation to the behavior of the children according to the Achenbach's questionnaire the statistical analysis resulted almost all children exhibited a normal level of body problems, rule violation, behavior problems and body annoyances.
6. Furthermore, 9/10 of the children exhibited a normal level of emotional problems and lack of attention / hyperactivity.
7. Adding to the above, 8 out of 10 of the children with SEN exhibited a normal level of provocative problems and attention problems.
8. In addition, a bit less than 7/0 of the children exhibited a normal level of withdraw - depression scale and social problems, while a bit more than 3 children with SEN are either in between of the normal and the clinical range or the clinical range, a percentage not to be overlooked.
9. Additionally, more than $\frac{1}{2}$ of the children exhibited a normal level of thought problems, anxiety problems, anxiety / depression problems and hyperactivity / impulsivity.
10. Female teachers in comparison to male teachers evaluated in a higher level emotional problems, anxiety problems, provocative problems, anxiety/ depression, thought problems, attention problems and hyperactivity/ impulsivity.
11. Female teachers in comparison to male teachers evaluated in a lower level physics and chemistry performance.
12. Teachers working in "parallel support" in comparison to teachers working in inclusion classes evaluated in a higher level the math, the physics, the Ancient Greek and the chemistry performance of the children.
13. Teachers working in "parallel support" in comparison to teachers working inclusion classes evaluated in a higher level the work of the children and their level of anxiety/ depression. Also, teachers working in parallel support in comparison to teachers working in inclusion classes evaluated in a lower level the behavior problems and the withdraw – depression.

14. In addition, girls in comparison to boys presented higher level of anxiety problems, social problems and thought problems.
15. Girls in comparison to boys presented lower level of hard work and learning.
16. Teachers working in “parallel support” in comparison to teachers working in inclusion classes evaluated in a higher level the work of the children and their level of anxiety / depression.
17. Finally, they were some indications that the types of difficulty of the children may play an important role mostly in their school performance.

CONTRIBUTIONS

The contributions of the present PhD thesis research may be summarized as follows:

1. A comprehensive literature review of the current educational system concerning the inclusion of students with SEN in Greece, including the legal framework, aims and implementation of the “parallel support” and “inclusion classes” programs and the attendance of students with SEN at them, as well as previous research findings on the inclusion of students with SEN, is made.
2. The conducted research is the first so far in the relevant literature aiming to investigate emotional and behavioral problems of children with Special Educational Needs attending the programs “parallel support” and “inclusion classes” in the Greek educational system.
3. Evidence indicating that the vast majority of children with SEN at the two special inclusion programs (85%-75%) have very low academic performance.
4. Findings suggesting that the teacher’s gender has an effect on the overall evaluation of emotional, anxiety, provocative problems, anxiety/ depression, thought problems, attention problems, hyperactivity/ impulsivity and performance in certain subjects, are provided.
5. Findings suggesting that the program to which teachers work in (“parallel support” or “inclusion classes”), effects their evaluation of the academic performance of the students with SEN.

6. Findings suggesting that the program to which teachers work in (“parallel support” or “inclusion classes”), effects their evaluation of the emotional and behavioral problems (level of anxiety/ depression, withdraw – depression) of the students.
7. New evidence that girls in comparison to boys present higher level of anxiety problems, social problems and thought problems, are provided.
8. Findings that give support to the relation between the gender of students with SEN and “hard” and “learning”, are provided.
9. Findings suggesting that the types of difficulty of the children with SEN may play an important role mostly in their school performance, are provided.
10. The findings can be applied in the development of programmes aiming to improve children’ with SEN, in the Greek general educational system, socio-emotional -behavioral competence.

ARTICLES ON THE TOPIC OF THE DISSERTATION

1. Papadopoulou, M. Ch. (2019). Behavioral and emotional problems in different types of developmental disorders: Literature review. *Students’ session Proceeding*, SWU Publishing House.
2. Papadopoulou, M. Ch. (2020). Social adjustments and learning disabilities: Literature review. *Students’ session Proceeding: Transformations and Challenges in the Modern Word*, SWU Publishing House.
3. Papadopoulou, M. Ch. (2023). Mainstreaming students with special educational needs in the Greek educational system: programs of “inclusion classes” and “parallel support”. *Yearbook of Psychology*, (in print).

