



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

*ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: Η ΓΟΝΕΪΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ
ΩΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΘΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ*

© ΧΑΡΜΠΑΤΣΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2017

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Εργασία υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για την εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Προγράμματος Μεταπτυχιακού Σπουδών στην «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση» του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν στη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς την συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν την συγγραφέα και μόνο.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Όνοματεπώνυμο

Βαθμίδα

Μορφίδη Ελένη

Επίκουρη Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε. Ιωαννίνων

Σούλης Σπυρίδων-Γεώργιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε. Ιωαννίνων

Σαρρής Δημήτριος

Επίκουρος Καθηγητής Π.Τ.Ν. Ιωαννίνων

*Στον Αδερφό μου και στην
Οικογένειά μου, στους
Σημαντικούς της ζωής μου.*

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής θα ήταν ανέφικτη χωρίς την αρωγή και την ουσιαστική συμβολή των ανθρώπων που έχουν συνεισφέρει σε αυτή την προσπάθεια. Θα ήθελα, λοιπόν, να ευχαριστήσω θερμά και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όλους τους ανθρώπους που συνέβαλαν στην περάτωση της παρούσας εργασίας.

Πρωτίστως, ευχαριστώ ιδιαίτερα την κ. Μορφίδη Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, η οποία ήταν η βασική επόπτρια της παρούσας εργασίας, για τη βοήθεια και καθοδήγηση που μου προσέφερε, για τις γνώσεις, τις πολύτιμες και εποικοδομητικές συμβουλές και την υποστήριξή της σε όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας. Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Σούλη Σπυρίδων-Γεώργιο, Αναπληρωτή Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τις εύστοχες υποδείξεις, παρατηρήσεις και παραινέσεις του, οι οποίες υπήρξαν καθοριστικές και αποτελεσματικές, καθώς και για την προθυμία του να μου παρέχει καθοδήγηση. Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Σαρρή Δημήτριο, Επίκουρο Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών και τρίτο μέλος της εξεταστικής επιτροπής για τις επισημάνσεις του και τις υποδείξεις του που συνέδραμαν στην βελτιστοποίηση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής.

Επιπρόσθετα, έχω την υποχρέωση και την ανάγκη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου και να ευχαριστήσω ξεχωριστά κάθε άτομο, παιδί ή ενήλικα, που συμμετείχε στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια ανιδιοτελώς τόσο για τη συνεργασία όσο και για την κατανόησή του, διότι χωρίς τη συμβολή τους θα ήταν αδύνατο να υλοποιηθεί η παρούσα εργασία.

Επιπλέον θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όσους συνέβαλαν, άλλοι περισσότερο και άλλοι λιγότερο, στην υλοποίηση της εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου για τη βοήθεια, τη συμπαράσταση και την υποστήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης των μεταπτυχιακών μου σπουδών και κατά τη διάρκεια της συγγραφής της εργασίας μου.

Ιούνιος, 2017

Χαρμπάτσης Χρήστος

Περίληψη

Τα τελευταία χρόνια ο σχολικός εκφοβισμός ή αλλιώς bullying παρουσιάζει έξαρση, αλλά δεν συνιστά ένα καινούργιο φαινόμενο. Ενώ ο εκφοβισμός στο σχολείο δεν είναι πρόσφατο φαινόμενο, ιδιαίτερης επιστημονικής προσοχής έχει τύχει τις τρεις τελευταίες δεκαετίες. Ο σχολικός εκφοβισμός είναι κυρίαρχο πλέον φαινόμενο σε όλο τον κόσμο και ξεπερνάει κοινωνικοοικονομικά, φυλετικά και πολιτιστικά όρια. Παράλληλα, η σχέση μητέρας-βρέφους είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι συμβάλλει στην συγκρότηση της προσωπικότητας του παιδιού. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει τα επίπεδα σχολικού εκφοβισμού που ασκούν τα άτομα με αναπηρία (τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία) και χωρίς αναπηρία και τα επίπεδα θυματοποίησης που υφίστανται οι προαναφερθείσες πληθυσμιακές ομάδες. Επιπρόσθετος σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι να διευκρινιστεί το είδος προσκόλλησης που έχουν αναπτύξει με τους γονείς τους τα παραπάνω άτομα και ειδικότερα να εντοπιστούν διαφορές ανάμεσα στις ομάδες του δείγματος ως προς την φροντίδα και την προστασία των γονέων τους. Βασικός, όμως, στόχος της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο η γονεϊκή προσκόλληση καθιστά κάποιο παιδί με αναπηρία κυρίως, αλλά και χωρίς αναπηρία, θύτη ή θύμα σχολικού εκφοβισμού και την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στο δείγμα. Το δείγμα αποτελείται από 170 άτομα ηλικίας 10-21 ετών. Στην έρευνα συμμετείχαν 36 άτομα με τύφλωση, 38 άτομα με κώφωση, 50 άτομα με κινητική αναπηρία και 46 άτομα χωρίς αναπηρία. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν αναδεικνύουν τις διαφοροποιήσεις των ατόμων με και χωρίς αναπηρία τόσο ως προς το είδος της προσκόλλησης που έχουν αναπτύξει με τους γονείς τους, αλλά και ως προς τα επίπεδα εκφοβισμού που έχουν ασκήσει και βιώσει στο σχολείο. Ακόμα, τα αποτελέσματα ανέδειξαν την ιδιαίτερως σημαντική σχέση μεταξύ γονεϊκής προσκόλλησης και σχολικού εκφοβισμού στις διάφορες ομάδες του δείγματος.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: σχολικός εκφοβισμός, θυματοποίηση, γονεϊκή προσκόλληση, τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία

Abstract

In recent years school intimidation or bullying presents elation, but it is not a new phenomenon. Although school intimidation is not a recent phenomenon, particular scientific attention has been experienced over the last three decades. School bullying is a dominant phenomenon all over the world and exceeds socio-economic, racial and cultural limits. At the same time, maternal-infant relationship is particularly important owing to the fact that it contributes to the formation of the child's personality. The purpose of this research study is to examine both the levels of school bullying practiced by people with disabilities (blindness, deafness, motor disability) and without disabilities, and the levels of victimization experienced by the aforementioned population groups. The additional purpose of this research is to clarify the kind of attachment they have developed with their parents the aforementioned groups. However, the main objective of this research effort is to investigate whether parental attachment makes a child with a disability mainly, but without a disability, a perpetrator or a victim of school bullying and the effects of demographic characteristics on the sample. The sample consists of 170 individuals aged 10-21 years. In the survey participated 36 people with blindness, 38 with deafness, 50 people with physical disabilities and 46 without disabilities. The accruing results highlight the differences between people with and without disabilities both in terms of the kind of attachment they have developed with their parents and the levels of intimidation they have exerted and experienced in school. Additionally, the results highlighted the particularly important relationship between parental attachment and school bullying in the different groups of the sample.

KEYWORDS: bullying, victimization, parental attachment, blindness, deafness, physical disability

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
ΜΕΡΟΣ Α: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ.....	15
1.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου σχολικός εκφοβισμός.....	15
1.2. Έκταση του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού.....	17
1.3. Μορφές εκφοβισμού.....	18
1.4. Αίτια σχολικού εκφοβισμού.....	22
1.5. Συνέπειες σχολικού εκφοβισμού.....	23
1.5.1. Συνέπειες σχολικού εκφοβισμού για τα θύματα.....	23
1.5.2. Συνέπειες σχολικού εκφοβισμού για τους θύτες.....	25
1.5.3. Συνέπειες σχολικού εκφοβισμού για τους μάρτυρες.....	25
1.6. Χαρακτηριστικά θυτών-θυμάτων-μαρτύρων.....	26
1.6.1. Χαρακτηριστικά θυτών.....	26
1.6.2. Χαρακτηριστικά θυμάτων.....	27
1.6.3. Χαρακτηριστικά μαρτύρων.....	29
1.7. Πρόληψη και αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού.....	30
1.7.1. Μοντέλο Olweus για την πρόληψη και αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΟΝΕΪΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ.....	36
2.1. Θεωρία της προσκόλλησης ή θεωρία του δεσμού του Bowlby.....	36
2.2. Τύποι προσκόλλησης.....	38
2.3. Εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης.....	43
2.4. Μοντέλο ενήλικης προσκόλλησης.....	44
2.5. Ο ρόλος του πατέρα.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	48

3.1. Ορισμοί τύφλωσης και μειωμένης όρασης	48
3.1.1. Ο νομικός ορισμός της τύφλωσης	49
3.1.2. Ο εκπαιδευτικός ορισμός της τύφλωσης-μερικής όρασης	50
3.2. Πληθυσμός των τυφλών	51
3.3. Αίτια οπτικής αναπηρίας	51
3.4. Χαρακτηριστικά ατόμων με οπτική αναπηρία	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	59
4.1. Ορισμοί κώφωσης - βαρηκοΐας	59
4.1.1. Εκπαιδευτικός ορισμός κωφού - βαρήκοου	59
4.1.2. Ιατρικοί ορισμοί	60
4.2. Αίτια ακουστικής αναπηρίας	61
4.3. Πληθυσμός των κωφών	63
4.4. Χαρακτηριστικά ατόμων με ακουστική αναπηρία	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	67
5.1. Ορισμοί κινητικής/σωματικής αναπηρίας	67
5.2. Συχνότητα εμφάνισης κινητικής/σωματικής αναπηρίας	68
5.3. Τύποι και αίτια κινητικής/σωματικής αναπηρίας	68
5.4. Χαρακτηριστικά ατόμων με κινητική/σωματική αναπηρία	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ	80
6.1. Έρευνες αναφορικά με τη γονεϊκή προσκόλληση ως παράμετρο εκφοβισμού και θυματοποίησης	80
6.1.1. Έρευνες αναφορικά με τη γονεϊκή προσκόλληση ως παράμετρο εκφοβισμού και θυματοποίησης στον ελλαδικό χώρο	80
6.1.2. Έρευνες αναφορικά με τη γονεϊκή προσκόλληση ως παράμετρο εκφοβισμού και θυματοποίησης στο διεθνή χώρο	83
6.2. Έρευνες αναφορικά με τον σχολικό εκφοβισμό σε παιδιά με αναπηρία	88
6.3. Έρευνες αναφορικά με την γονεϊκή προσκόλληση παιδιών με αναπηρία	93
ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	96
7.1. Σκοπός της έρευνας	96
7.2. Ερευνητικά ερωτήματα	96
7.3. Ερευνητικά εργαλεία.....	97
7.4. Δείγμα συμμετεχόντων	101
7.4.1. Διαδικασία επιλογής δείγματος.....	101
7.4.2. Περιγραφικά στοιχεία δείγματος.....	101
7.5. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	111
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	113
8.1. Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στις ερωτήσεις με ανεξάρτητη μεταβλητή το είδος αναπηρίας	113
8.2. Περιγραφικά στοιχεία υποκλιμάκων.....	125
8.3. Ανάλυση αξιοπιστίας υποκλιμάκων σε κάθε ομάδα ατόμων του δείγματος ..	129
8.4. Έλεγχος κανονικότητας υποκλιμάκων σε κάθε ομάδα πληθυσμού του δείγματος	131
8.5. Σύγκριση μέσων όρων υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ) και του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) με ατομικά στοιχεία κάθε ομάδας πληθυσμού του δείγματος	136
8.5.1. Σύγκριση μέσων όρων υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς και του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού με ατομικά στοιχεία του συνολικού δείγματος	151
8.6. Συσχέτιση υποκλιμάκων	174
8.6.1. Συσχέτιση υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ) με τις υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) για τα άτομα χωρίς αναπηρία.....	175
8.6.2. Συσχέτιση υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ) με τις υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) για τα άτομα με τύφλωση.....	177

8.6.3. Συσχέτιση υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους (PEQ) με τις υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) για τα άτομα με κώφωση.....	179
8.6.4. Συσχέτιση υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους (PEQ) με τις υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) για τα άτομα με κινητική αναπηρία	181
8.6.5. Συσχέτιση υποκλιμάκων για όλο το δείγμα	183
8.7. Αποτελέσματα παλινδρόμησης	186
8.7.1. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύμα σχολικού εκφοβισμού	187
8.7.1.1. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύμα σχολικού εκφοβισμού για όλο το δείγμα	187
8.7.1.2. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύμα σχολικού εκφοβισμού για τα άτομα χωρίς αναπηρία.....	188
8.7.1.3. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύμα σχολικού εκφοβισμού για τα άτομα με αναπηρία.....	188
8.7.2. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύτη σχολικού εκφοβισμού .	190
8.7.2.1. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύτη σχολικού εκφοβισμού για όλο το δείγμα.....	190
8.7.2.2. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύτη σχολικού εκφοβισμού για τα άτομα χωρίς αναπηρία.....	190
8.7.2.3. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύτη σχολικού εκφοβισμού για τα άτομα με αναπηρία	191
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	193
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	213
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	216
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	216
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ	239

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	242
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι- ΠΙΝΑΚΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	245
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ -ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	248
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	254

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με πολλές έρευνες το είδος της γονεϊκής προσκόλλησης αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα του σχολικού εκφοβισμού και της θυματοποίησης και υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ γονεϊκής προσκόλλησης και σχολικού εκφοβισμού και θυματοποίησης. Οι έρευνες, εντούτοις, έχουν πραγματοποιηθεί σε άτομα χωρίς αναπηρία, ενώ η διερεύνηση του θέματος σε άτομα με αναπηρία και συγκεκριμένα σε παιδιά ηλικίας 10-21 ετών απουσιάζει. Συνεπώς, η πρωτοτυπία της παρούσας ερευνητικής απόπειρας έγκειται στο γεγονός ότι για πρώτη φορά διερευνάται ακροθιγώς και σε δείγμα 170 παιδιών με και χωρίς αναπηρία η σχέση της προσκόλλησης του ατόμου προς τη μητέρα ή τον πατέρα και της μελλοντικής θυματοποίησης ή άσκησης εκφοβιστικών συμπεριφορών. Εξαιτίας, επομένως, του βιβλιογραφικού ελλείμματος πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, επιχειρήθηκε η διεξαγωγή αυτής της έρευνας. Έναυσμα για αυτήν την έρευνα αποτέλεσαν τα άτομα με αναπηρία, τα οποία συνιστούν σημαντική μερίδα του ανθρώπινου πληθυσμού και η έρευνα πάνω σε αυτά τα άτομα είναι περιορισμένη σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία.

Βασικός σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο η γονεϊκή προσκόλληση των ατόμων με αναπηρία (τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία) τα καθιστά θύτες ή θύματα σχολικού εκφοβισμού καθώς και να αναδειχθεί η επίδραση συγκεκριμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών στην έρευνα και, τέλος, να διεκπεραιωθεί σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Επιμέρους σκοποί της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της γονεϊκής προσκόλλησης των ατόμων με αναπηρία και χωρίς αναπηρία, καθώς και η εξέταση του εκφοβισμού και της θυματοποίησης σε άτομα με και χωρίς αναπηρία.

Μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα επιχειρήθηκε να δοθούν απαντήσεις στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- ❖ Ασκούν τα άτομα με αναπηρία (τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία) σχολικό εκφοβισμό και αν ναι, ασκούν περισσότερο εκφοβισμό από τα άτομα χωρίς αναπηρία;
- ❖ Δέχονται τα άτομα με αναπηρία σχολικό εκφοβισμό και αν ναι, δέχονται περισσότερο από τα άτομα χωρίς αναπηρία;

- ❖ Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες της έρευνας αναφορικά με το αν γίνονται θύματα ή θύτες σχολικού εκφοβισμού;
- ❖ Τι είδους προσκόλληση με τους γονείς τους έχουν αναπτύξει οι ομάδες του δείγματος;
- ❖ Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες της έρευνας αναφορικά με την γονεϊκή προσκόλληση και στη συνέχεια ειδικότερα αναφορικά με την φροντίδα και την προστασία των γονιών τους;
- ❖ Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην εξάσκηση σχολικού εκφοβισμού ατόμων με και χωρίς αναπηρία και στη θυματοποίησή τους ως προς το σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών;
- ❖ Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη γονεϊκή προσκόλληση των ατόμων με και χωρίς αναπηρία και στη συνέχεια ειδικότερα αναφορικά με την φροντίδα και την προστασία των γονιών τους ως προς το σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών;
- ❖ Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου βιωμάτων για συνομηλίκους (PEQ) και του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) τόσο για τα άτομα με αναπηρία όσο και για τα άτομα χωρίς αναπηρία;
- ❖ Ποιες παράμετροι του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) προβλέπουν τον εκφοβισμό και τη θυματοποίηση στο συνολικό δείγμα, στα άτομα χωρίς αναπηρία αλλά και στα άτομα με αναπηρία, τόσο ως ξεχωριστές ομάδες όσο και ως ενιαία ομάδα;

Στο πρώτο μέρος της παρούσας μελέτης επιχειρείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση των βασικών θεωρητικών και ερευνητικών δεδομένων του σχολικού εκφοβισμού και της γονεϊκής προσκόλλησης καθώς και η συνοπτική παρουσίαση των ειδών της αναπηρίας, τις οποίες πραγματεύεται η έρευνα. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού και οι διαστάσεις που έχει προσλάβει σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι μορφές εκφοβισμού, τα αίτια, οι συνέπειες και οι τρόποι αντιμετώπισής του καθώς επίσης και τα χαρακτηριστικά των θυτών, των θυμάτων και των μαρτύρων του σχολικού εκφοβισμού. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται μια σύντομη παρουσίαση των βασικών αρχών της θεωρίας της προσκόλλησης και των τύπων της προσκόλλησης. Ακόμα παρουσιάζονται τα

εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης και το μοντέλο της ενήλικης προσκόλλησης και, τέλος, ο ρόλος του πατέρα στη ζωή του παιδιού. Στο τρίτο, τέταρτο και πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται κυρίως οι ορισμοί, τα αίτια και τα χαρακτηριστικά της οπτικής αναπηρίας, της ακουστικής αναπηρίας και της κινητικής αναπηρίας αντίστοιχα. Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο του πρώτου μέρους παρουσιάζονται έρευνες τόσο στον ελλαδικό όσο και στο διεθνή χώρο αναφορικά με τη γονεϊκή προσκόλληση ως παράμετρο εκφοβισμού και θυματοποίησης και έρευνες αναφορικά με το σχολικό εκφοβισμό και τη γονεϊκή προσκόλληση στα άτομα με αναπηρία.

Στο έβδομο κεφάλαιο, όπου και ξεκινά το δεύτερο μέρος, του παρόντος ερευνητικού εγχειρήματος παρουσιάζεται η συλλογιστική της έρευνας και διατυπώνονται οι στόχοι και τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα. Παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη συλλογή του υλικού και χαρτογραφείται το δείγμα της έρευνας και τα βασικά δημογραφικά του χαρακτηριστικά. Ακόμα παρουσιάζονται τα εργαλεία συλλογής των δεδομένων της έρευνας και περιγράφονται ως προς τα βασικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά τους.

Στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων βάσει των στόχων και των ερευνητικών ερωτημάτων που τέθηκαν κατά το σχεδιασμό της έρευνας.

Στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζεται η συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας και η αποτίμησή τους με βάση ευρήματα άλλων ερευνών. Η παρουσίαση της έρευνας ολοκληρώνεται στο δέκατο κεφάλαιο όπου παρατίθενται οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας και τέλος προτείνεται η πιθανή χρησιμότητά τους σε ερευνητικό και εκπαιδευτικό ή σε ένα γενικότερο πλαίσιο. Τέλος, σε μορφή παραρτήματος παρατίθενται οι πίνακες και τα σχήματα της έρευνας, καθώς και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε.

ΜΕΡΟΣ Α: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

*"Ποτέ να μην αποσιωπάς τον εκφοβισμό. Ποτέ
μην αφήνεις τον εαυτό σου να γίνεται θύμα.
Μην αφήνεις τους άλλους να καθορίσουν τη
ζωή σου, αλλά καθόρισε εσύ τον εαυτό σου."*

— **Tim Fields**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ

1.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου σχολικός εκφοβισμός

Ο σχολικός εκφοβισμός, ο οποίος τα τελευταία χρόνια εμφανίζεται όλο και πιο έντονα στη σχολική κοινότητα, συνιστά ένα παγκόσμιο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο με καίριες επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία του παιδιού, καθώς επηρεάζει την συναισθηματική εξέλιξη και την ακαδημαϊκή επίδοση του παιδιού. Περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό επιθετικών συμπεριφορών, γεγονός που καθιστά την διατύπωση ενός επακριβούς ορισμού αρκετά δύσκολη. Ο επικρατέστερος είναι ο ορισμός που διατύπωσε ο Olweus. Ο Dan Olweus ήταν αυτός που μελέτησε και χρησιμοποίησε πρώτος στις διεθνείς βιβλιογραφικές αναφορές τον όρο «Bullying». Ο Olweus μελετούσε περιπτώσεις εκφοβισμού και θυματοποίησης παιδιών από συνομηλίκους τους. Το βιβλίο του «*Aggression in the schools: Bullies and whipping boys*» εκδόθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (1978) και στην Σκανδιναβία (1973). Έτσι λοιπόν, ο πρωτοπόρος στο πεδίο του σχολικού εκφοβισμού Dan Olweus (1993, σελ. 9) τον ορίζει ως εξής: «ένας μαθητής/ μία μαθήτρια (εκφοβίζεται) θεωρείται θύμα εκφοβισμού, όταν εκτίθεται επανειλημμένα και σε διάρκεια χρόνου σε αρνητικές ενέργειες ενός ή περισσότερων μαθητών οι οποίοι δρουν χωρίς να προκληθούν άμεσα» (Γουδηράς, 2015).

Σύμφωνα με τον Olweus (1993) λοιπόν, τα χαρακτηριστικά που στοιχειοθετούν τον εκφοβισμό είναι:

- η επιθετικότητα και η σκοπιμότητα-πρόθεση του θύτη να βλάψει το θύμα,
- η επαναληψιμότητα της εκφοβιστικής συμπεριφοράς του και
- η ανισότητα θύτη και θύματος ως προς τη τόσο σωματικά όσο και ψυχικά ή ακόμα και η υπεροχή των θυτών αριθμητικά
- και τέλος ότι συνήθως συμβαίνει χωρίς καμία πρόκληση από το θύμα

Ο Rigby (1994a στ. Rigby, 2007) συμφωνεί και προσθέτει στα βασικά χαρακτηριστικά του σχολικού εκφοβισμού τα εξής:

- η πρόθεση του δράστη να βλάψει

Υπάρχει μια έντονη επιθυμία από την πλευρά του θύτη να βλάψει το θύμα του. Η επιθυμία να προκαλέσεις κακό σε κάποιον είναι συνηθισμένη. Η εμμονική, όμως, και έντονη θέληση του θύτη να κάνει κακό σε κάποιον δεν είναι συνηθισμένη. Πολλοί άνθρωποι δεν κάνουν κακό σε άλλα άτομα επειδή πολλές φορές είναι αθώα και ανυπεράσπιστα, πράγμα που δεν ισχύει για τους θύτες σχολικού εκφοβισμού.

- η πραγματοποίηση της παραπάνω πρόθεσης

Η πραγματοποίηση της πρόθεσης του δράστη εξαρτάται από μια σειρά από παράγοντες: α) πόσο έντονη είναι η επιθυμία του δράστη να την πραγματοποιήσει, β) η ενθάρρυνση ή η αποθάρρυνση από τρίτους και τέλος γ) και η ύπαρξη ή όχι κάποιας τιμωρίας μετά την εκτέλεση της πρόθεσης του δράστη.

- η βλάβη/ζημία του θύματος

Αν μια εκφοβιστική πράξη κάνει κακό στο θύμα εξαρτάται από την ψυχική ανθεκτικότητά του. Συνεπώς, δεν μπορούμε να ορίσουμε την έννοια του εκφοβισμού χωρίς να λάβουμε υπόψη την αδυναμία του θύματος να υπερασπιστεί τον εαυτό του σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο.

- η κυριαρχική επιβολή του δράστη επί του θύματος (με την εξουσία του/της)

Συνήθως ο εκφοβισμός εκδηλώνεται από άτομα που έχουν μεγαλύτερη σωματική διάπλαση από το θύμα τους και βρίσκονται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση από τα θύματά τους. Επίσης μπορεί να εκδηλωθεί και από παρέες πολλών ατόμων, καθώς όλοι μαζί είναι πιο δυνατοί από το επίδοξο θύμα τους.

- η έλλειψη συχνά δικαιολογίας για την πράξη

Κύριο χαρακτηριστικό των ατόμων που ασκούν εκφοβιστικές συμπεριφορές είναι ότι δεν υπολανθάνει τις περισσότερες φορές κάποιος λόγος που να επιτρέπει την πράξη τους.

- η επανάληψη της εκφοβιστικής συμπεριφοράς

Όταν ο θύτης βρει το κατάλληλο θύμα, δηλαδή ένα θύμα που δεν έχει αντιστάσεις στον εκφοβισμό που του ασκείται, θα επαναλάβει τον εκφοβισμό του ξανά και ξανά λόγω της επιθυμίας του να τρομοκρατήσει ακόμα περισσότερο το θύμα.

- η ικανοποίηση που αντλεί ο δράστης από τη βλάβη του θύματος.

Ο θύτης ευχαριστείται και νιώθει ικανοποίηση από τον σωματικό και ψυχικό πόνο που προκαλεί στο θύμα του.

Η έννοια του σχολικού εκφοβισμού συμπληρώνεται από αυτή της *θυματοποίησης* (victimization). Σύμφωνα με τον Olweus (1995), ο όρος θυματοποίηση αναφέρεται «στον ψυχολογικό και κοινωνικό αντίκτυπο που έχει ο εκφοβισμός στον ψυχισμό, ιδιαίτερα στη συναισθηματική κατάσταση και στην κοινωνική θέση του ατόμου-στόχου που υφίσταται τον εκφοβισμό, του ατόμου που μεταβάλλεται σε θύμα».

1.2. Έκταση του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού

Ο σχολικός εκφοβισμός έχει οικουμενικό χαρακτήρα καθώς εκτείνεται σε 16 κράτη της Ευρώπης, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στην Ιαπωνία, στον Καναδά, στη Νέα Ζηλανδία και στην Αυστραλία, ενώ ενδέχεται να ακμάζει και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Espelage & Swearer, 2003· Smith & Brain, 2000). Με βάση τα δεδομένα που έφερε στο φως το Βρετανικό Συμβούλιο (British Council, 2008), το ποσοστό συχνότητας του σχολικού εκφοβισμού στις χώρες της Ε.Ε. κυμαίνεται από 16% (Ολλανδία) έως 48% (Ηνωμένο Βασίλειο). Σύμφωνα με το Υπουργείο των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (2010), περίπου το 1/3 των μαθητών με ηλικίες από 12-18 έχουν θυματοποιηθεί στο σχολείο, ενώ σχεδόν το ¼ των μαθητών 100 σχολείων που έλαβαν μέρος στην έρευνα του Υπουργείου δήλωσαν ότι ένιωθαν ανασφάλεια και λύπη στο σχολικό τους περιβάλλον (Gaul, 2010).

Όλο και περισσότερα επεισόδια εκφοβισμού καταγράφονται στον ελλαδικό χώρο. Αποτελεί ένα πολυσύνθετο κοινωνικό φαινόμενο με ανησυχητικές διαστάσεις και

ζημιογόνες επιπτώσεις όχι μόνο για τη σωματική υγεία των μαθητών αλλά και για την ψυχοσυναισθηματική τους ανάπτυξη και την ακαδημαϊκή τους επίδοση (Γουδηράς, 2015). Ερευνητικές μελέτες στον ελλαδικό χώρο (Πράπα, 2012· Sapouna, 2008· Τσιόλκα, 2008· Pateraki & Houndoumadi, 2001), με αποτελέσματα παρεμφερή και με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, έδειξαν ότι οι μαθητές που φοιτούν στα γενικά σχολεία της Ελλάδας είναι θύτες με ποσοστό 8,5%, θύματα με 7,4%, θύτες και θύματα με 0,5%, ενώ οι αμέτοχοι απαρτίζουν το ποσοστό 83,5%. Η συχνότητα του εκφοβισμού σε δημοτικά σχολεία της Αθήνας είναι μικρότερη από την αντίστοιχη του Βελγίου, της Πορτογαλίας, του Καναδά και της Ιταλίας (Pateraki & Houndoumadi, 2001). Στην ίδια άποψη συνηγορεί και η ερευνητική μελέτη της Sapouna (2008), η οποία έλαβε χώρα σε δημοτικά και γυμνάσια της Θεσσαλονίκης (μαθητές 10-14 ετών), σύμφωνα με την οποία η συχνότητα εκφοβισμού είναι μικρότερη σε σχέση με την Πορτογαλία την Ιταλία και την Αγγλία.

Από την άλλη πλευρά, παρά το γεγονός ότι έχουν διενεργηθεί ποικίλες μελέτες για το σχολικό εκφοβισμό στα άτομα με αναπηρία, δεν υπάρχουν επαρκή ερευνητικά δεδομένα (Marini, Fairbairn & Zuber, 2001). Τα αποτελέσματα είναι αμφιλεγόμενα, ιδιαίτερα αναφορικά με τους ρόλους που έχουν σε καταστάσεις εκφοβισμού και θυματοποίησης και αν ελλοχεύουν περισσότεροι κίνδυνοι θυματοποίησης συγκριτικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Πράπα, 2012· Τσιόλκα, 2008· Mishna, 2003· Marini, Fairbairn & Zuber, 2001). Σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Πράπα (2012), τα άτομα με αναπηρία που φοιτούν σε ειδικά σχολεία στον ελλαδικό χώρο είναι θύματα σχολικού εκφοβισμού με ποσοστό 18,5%, θύτες με ποσοστό 17,3%, θύτες και θύματα με ποσοστό 11,1%, ενώ οι αμέτοχοι υπολογίζονται στο 53,1%.

1.3. Μορφές εκφοβισμού

Ο εκφοβισμός λαμβάνει διάφορες μορφές, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο (2) ευρύτερες κατηγορίες: στις *σωματικές μορφές* εκφοβισμού και στις *ψυχολογικές μορφές* εκφοβισμού. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται οι κλωτσιές και τα χτυπήματα, ενώ στη δεύτερη κατηγορία συγκαταλέγονται τα κυνηγητά, οι απειλές, τα απειλητικά τηλεφωνήματα στο σπίτι, η διάδοση κακοπροαίρετων φημών, εσκεμμένη κοινωνική απομόνωση, κοροϊδευτικές λέξεις, παρατσούκλια, απόκρυψη των

προσωπικών αντικειμένων των άλλων κατ' εξακολούθηση. Κάποιες από αυτές τις μορφές εκφοβιστικής συμπεριφοράς ανάλογα με τον τρόπο που γίνονται διακρίνονται σε *άμεσες* (όταν κάποιος επανειλημμένα εξασκεί σωματική βία ή κοροϊδεύει κάποιον άλλον) και *έμμεσες* μορφές εκφοβισμού (όπως η διάδοση φημών για κάποιον) (Rigby, 2007).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΜΟΡΦΕΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ

	Άμεσες	Έμμεσες
Λεκτικές	προσβολές, παρατσούκλια, κοροϊδευτικές λέξεις ή εκφράσεις, παρατσούκλια, πειράγματα	διάδοση κακόβουλων φημών, ανώνυμες τηλεφωνικές κλήσεις, αποστολή γραμμάτων με απειλές και προσβολές, προτροπή τρίτου προσώπου να προσβάλλει το θύμα
Μέσω χειρονομιών	απειλητικές κινήσεις προς το μέρος του θύματος, επίμονο κοίταγμα	αλλαγή του βλέμματος και της στάσης του σώματος για να καταλάβει το θύμα ότι είναι ανεπιθύμητο
Σωματικές	επιθετικές συμπεριφορές, κλωτσιές, φτύσιμο, χρήση όπλου ή άλλων αντικειμένων για να βλάψει τον άλλον	κρύψιμο, καταστροφή και αρπαγή προσωπικής ιδιοκτησίας, εσκεμμένες ενέργειες με σκοπό την απομόνωση των θυμάτων

(Rigby, 2008, σελ. 26)

Στην πραγματικότητα, ωστόσο, όλες αυτές οι μορφές εκφοβισμού μπορούν να λάβουν χώρα ταυτόχρονα, καθώς κάποιος μπορεί να ασκήσει σωματική δύναμη σε κάποιον άλλον και ταυτόχρονα λεκτική βία. Δεν είναι λίγα τα παραδείγματα που κάποιος μαθητής χτυπά κάποιον άλλον και ταυτόχρονα τον βρίζει ή του προσδίδει ένα παρατσούκλι. Συνεπώς, τόσο η σωματική βία όσο και η ψυχολογική (πειράγματα, παρατσούκλια, γιουχαΐσματα) μπορεί να αποβούν καταστρεπτικές για ένα άτομο (Rigby, 2007).

Η εκφοβιστική συμπεριφορά μπορεί να διακριθεί ακόμα και με βάση συγκεκριμένους άξονες: α) *φυλετικός εκφοβισμός*, β) *σεξουαλικός εκφοβισμός* και γ) *κυβερνοεκφοβισμός ή ηλεκτρονικός εκφοβισμός*. Παρακάτω περιγράφονται ορισμένα χαρακτηριστικά των παραπάνω ειδών εκφοβισμού.

Κυβερνοεκφοβισμός ή ηλεκτρονικός εκφοβισμός: η εσκεμμένη επιθετική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατ' εξακολούθηση είτε με τη χρήση του Διαδικτύου είτε διαμέσου των ψηφιακών/ηλεκτρονικών συσκευών εναντίον ενός ανυπεράσπιστου ατόμου (Kowalski, Limber & Agatston 2008· Smith et al., 2008). Περιλαμβάνει τον εκφοβισμό με την αποστολή μηνυμάτων, με τηλεφωνικές κλήσεις, μέσω ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης, με εικόνες και βίντεο που αποστέλλονται μέσω του Διαδικτύου ή των κινητών τηλεφώνων και με την ηλεκτρονική αλληλογραφία (Cowie & Jennifer, 2007· DCSF, 2007a). Αυτό το είδος εκφοβισμού ενδέχεται να βλάψει την ψυχολογική κατάσταση του θύματος και σε πολλές περιπτώσεις έχει συνδεθεί με σκέψεις αυτοκτονίας και με καταθλιπτικά συμπτώματα (Hinduja & Patchin, 2010· Perren, Dooley, Shaw & Cross, 2010). Οι εκφοβιστές εκμεταλλεύονται την ανωνυμία που τους προσφέρει ο ηλεκτρονικός υπολογιστής και παρενοχλούν τα θύματά τους έχοντας ως σκοπό να τους δημιουργήσουν άγχος, ντροπή, νευρικότητα ακόμα και να σταματήσουν τη χρήση του υπολογιστή (Alward, 2005). Ο κυβερνοεκφοβισμός μπορεί να πάρει 7 μορφές: 1) αποστολή χυδαίων μηνυμάτων μέσω του Διαδικτύου (flaming), 2) η παρενόχληση, 3) διάδοση ψευδών φημών για κάποιο άτομο, 4) η παράνομη και αυθαίρετη εισβολή στον ηλεκτρονικό λογαριασμό κάποιου χρήστη που αποσκοπεί στην πρόκληση προβλημάτων στο χρήστη, 5) ο εσκεμμένος αποκλεισμός κάποιου χρήστη από κάποια διαδικτυακή ομάδα, 6) οι απειλές μέσω διαδικτύου με μόνο στόχο την πρόκληση φόβου και, τέλος, 7) η δημοσίευση προσωπικών δεδομένων, τα οποία αποκτήθηκαν παράνομα, χωρίς τη συγκατάθεση του ατόμου που αφορούν (Willard, 2007). Ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός διαφέρει σημαντικά από τις παραδοσιακές μορφές εκφοβισμού. Οι διαφορές τους έγκεινται στα εξής:

- Στον παραδοσιακό εκφοβισμό η σωματική δύναμη του θύτη είναι σχεδόν πάντα μεγαλύτερη από αυτή του θύμα του (Kowalski et al., 2008), κάτι που δε συμβαίνει στον ηλεκτρονικό εκφοβισμό (Strom & Strom, 2005).
- Ο εκφοβισμός γίνεται ανώνυμα καθώς ο δράστης εκμεταλλεύεται ότι η ταυτότητά του συγκαλύπτεται πίσω από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή και μπορεί να παρενοχλήσει το θύμα, γεγονός που του προσφέρει περισσότερη

δύναμη (DCSF 2007a· Kowalski et al., 2008· Froese-Germain, 2008· Hinduja & Patchin, 2010).

- Απευθύνεται σε ευρύτερο κοινό μέσα πολύ γρήγορα (DCSF, 2007a).
- Στον ηλεκτρονικό εκφοβισμό μπορεί ο θύτης να παρενοχλήσει το θύμα του οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας, και ο θύτης εισβάλλει στον προσωπικό χώρο του θύματος όποτε το θελήσει (DCSF, 2007a· Kowalski et al., 2008· Hinduja & Patchin, 2010).
- Οι μάρτυρες μπορούν να γίνουν δράστες π.χ. ηχογραφούν ένα άτομο που εκφοβίζει τηλεφωνικά και διαδίδουν τη συνομιλία σε άλλα άτομα (DCSF 2007a).
- Στον παραδοσιακό εκφοβισμό υπάρχει κατά πρόσωπο επαφή θύτη-θύματος, έτσι ο θύτης μπορεί να αντιληφθεί άμεσα τις συνέπειες των πράξεων του, γεγονός που δε συμβαίνει στον κυβερνοεκφοβισμό (Adams, 2010· Strom & Strom, 2005· Floreno, 2011).
- Ο παραδοσιακός εκφοβισμός μπορεί να αντιμετωπιστεί από το σχολείο και την κοινότητα, ενώ ο κυβερνοεκφοβισμός εντοπίζεται πολύ δύσκολα και επομένως υπάρχουν δυσκολίες στην αντιμετώπισή του (Tokunaga, 2010).

Σεξουαλικός εκφοβισμός: Αποτελεί μια πολύ συνηθισμένη μορφή εκφοβισμού που κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος στο σχολικό χώρο καθώς παρατηρούνται πολλά κρούσματα καθημερινά ακόμα και στις μικρές ηλικίες (Saner, 2007). Σύμφωνα με τον Robinson (2008), ο σεξουαλικός εκφοβισμός εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα, ενώ περισσότερο από το 1/3 των μαθητών έχει υποστεί σεξουαλικό εκφοβισμό. Αυτή η μορφή εκφοβιστικής συμπεριφοράς εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους όπως με άσεμνα σκίτσα σε χαρτί, με γκράφιτι στον τοίχο του σχολείου, με βρισιές που εμπεριέχουν σεξουαλικά υπονοούμενα, με άσεμνα αγγίγματα, με σεξουαλικές επιθέσεις (Linden, 2009). Άλλες μορφές που μπορεί να πάρει είναι η χρήση σεξουαλικών παρατσουκλιών και το ψηλάφισμα (Woolcock, 2009). Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις ανεξαιρέτως οι μαθητές βιώνουν μια κατάσταση που είναι ανεπιθύμητη και τους φέρνει σε αμηχανία και δεν επιθυμούν να μοιραστούν με άλλους την εμπειρία τους (Murphy, 2009). Τα κορίτσια βιώνουν συνηθέστερα από τα αγόρια αυτή την μορφή εκφοβισμού και επηρεάζονται περισσότερο από αυτά υποφέροντας από σκέψεις και συναισθήματα που τους δημιουργούν άγχος, από χαμηλό αυτοσεβασμό και από τραυματικά συμπτώματα (Gruber & Fineran, 2008).

Ρατσιστικός εκφοβισμός: Στόχος αυτής της μορφής εκφοβισμού είναι να στιγματιστεί το θύμα ως προς τη φυλή από την οποία κατάγεται. Αυτή η μορφή μπορεί να εκφραστεί με τρεις τρόπους: σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά. Λόγω της έντονης μετανάστευσης που ξεκίνησε τη δεκαετία του '90, η εν λόγω μορφή εκφοβισμού έχει εισβάλλει και στα σχολεία, καθώς διάφορες εθνικές μειονότητες δέχονται εκφοβισμό λόγω της καταγωγής τους (Smith, 2003). Ρατσιστικός εκφοβισμός θεωρείται κάθε εκφοβιστική συμπεριφορά που αφορμάται από τη διαφορετικότητα του θύματος ως προς την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση και ως προς την προφορά της γλώσσας, ακόμα και όταν έρχεται κάποιο καινούριο παιδί στη γειτονιά ή στο σχολείο.

1.4. Αίτια σχολικού εκφοβισμού

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του εκφοβισμού στα σχολεία είναι οι ακόλουθοι:

- **Οικογενειακά αίτια:** συστηματική κακοποίηση και αμέλεια των γονέων ως προς τα παιδιά, ενδοοικογενειακές συγκρούσεις (διαζύγιο), απουσία κινήτρων για τα παιδιά και ενθάρρυνσης από τους γονείς.
- **Η εφηβεία:** ο μαθητής χαρακτηρίζεται από ακραίες συμπεριφορές, είναι αντιδραστικός και συναισθηματικός, διακατέχεται άλλοτε από αισθήματα παντοδυναμίας και άλλοτε από χαμηλή αυτοπεποίθηση.
- **Ελλιπής πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση από οικογένεια και εκπαιδευτικούς** για τα δυσάρεστα αποτελέσματα που επιφέρει ο σχολικός εκφοβισμός.
- **Το γεγονός ότι τόσο οι γονείς και όσο και οι εκπαιδευτικοί θεωρούν την σχολική επιτυχία σημαντικό παράγοντα για την αυτοεκτίμηση των παιδιών, με αποτέλεσμα να πλήττεται η αυτοεκτίμηση των παιδιών που δεν έχουν καλούς βαθμούς και να εξασκούν εκφοβιστικές συμπεριφορές σε συμμαθητές τους που παρουσιάζουν υψηλή ακαδημαϊκή επίδοση.**
- **Η απουσία ενδιαφερόντων των μαθητών και το γεγονός ότι δε συμμετέχουν σε δραστηριότητες που διοργανώνει το σχολείο τους.**

- Το φύλο: Στις περισσότερες περιπτώσεις ο θύτης σχολικού εκφοβισμού είναι αγόρι.
- Η καταγωγή του μαθητή.

(Τσιαντής, 2008)

1.5. Συνέπειες σχολικού εκφοβισμού

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις για το αν εκφοβισμός αποτελεί μείζον πρόβλημα και για το μέγεθος των συνεπειών που μπορεί να επιφέρει. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι έχει δυσμενείς επιπτώσεις για την σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων. Υπάρχει και μια μερίδα του πληθυσμού που διατείνεται ότι αποτελεί πρόβλημα ήσσονος σημασίας καθώς θεωρούν ότι επηρεάζει μόνο μια μικρή ομάδα ατόμων και τα αποτελέσματά του είναι βραχυπρόθεσμα. Μάλιστα κάποιοι ισχυρίζονται ότι μπορεί να επιφέρει ακόμα και θετικά αποτελέσματα καθώς σκληραγωγεί το άτομο και το ετοιμάζει να αντιμετωπίσει τις αντιξοότητες της καθημερινότητας, ισχυρισμό που ακόμα και κάποιοι δάσκαλοι επικροτούν.

Τουλάχιστον το 50% των μαθητών κάθε χρόνο δέχονται εκφοβιστική συμπεριφορά ελαφριάς ή σοβαρής μορφής. Για πολλούς είναι μια παροδική εμπειρία που συμβαίνει για σύντομο χρονικό διάστημα και μετά βρίσκουν μεθόδους να την αντιμετωπίσουν και να την εξουδετερώσουν ή οι θύτες βρίσκουν κάποιο άλλο θύμα. Ωστόσο, υπάρχουν και οι μαθητές που δέχονται εκφοβισμό για μεγάλα χρονικά διαστήματα και με μεγάλη συχνότητα, τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Τα δύο (2) πιο έντονα συναισθήματα που βιώνουν τα άτομα που ενοχλούνται από τον εκφοβισμό είναι η λύπη και ο θυμός. Τα αγόρια ένιωθαν περισσότερο θυμό σε σχέση με τα κορίτσια, ενώ τα κορίτσια περισσότερη λύπη (Rigby, 2007).

1.5.1. Συνέπειες σχολικού εκφοβισμού για τα θύματα

Το πιο συνηθισμένο συναίσθημα που έχουν τα θύματα του εκφοβισμού είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η αυτοεκτίμησή τους εξαρτάται ως επί το πλείστον από τις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους τους και γενικότερα από τις διαπροσωπικές τους

σχέσεις. Επιπρόσθετα τείνουν να έχουν πολύ λίγους ή κανέναν φίλο τα άτομα που δέχονται σε συχνότερη βάση εκφοβισμό, γι' αυτό το λόγο δέχονται και πιο τακτικά τέτοιες συμπεριφορές. Οι θύτες διαλέγουν συνήθως θύματα που δεν έχουν φίλους και είναι παραγκωνισμένα συγκριτικά με άτομα που έχουν πολλούς φίλους και υποστηρικτές, ενώ όσο συχνότερη είναι η θυματοποίηση σε αυτά τα άτομα τόσο μεγαλύτερο είναι το αίσθημα της κατάθλιψης και του απομονωτισμού που βιώνουν, με αποτέλεσμα να μην προσπαθούν σχεδόν καθόλου να συγχρωτιστούν με άλλα άτομα. Τα άτομα επίσης που δέχονται τακτικά εκφοβιστικές συμπεριφορές, και τα αγόρια και τα κορίτσια, βιώνουν άγχος, νιώθουν κάποιες φορές γενικότερα ότι είναι άρρωστα και έχουν ψυχοσωματικά προβλήματα, κατάθλιψη, τάσεις αυτοκτονίας και κοινωνική δυσλειτουργία (αποχή από καθημερινές δραστηριότητες και απουσία ενδιαφερόντων κ.α.) (Rigby, 2007). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου ο εκφοβισμός έχει συνδεθεί με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Τα παιδιά που θυματοποιούνται πολλές φορές έχουν σκεφτεί να βάλουν τέλος στη ζωή τους και έχουν διαπράξει απόπειρες ή έχουν αυτοκτονήσει. Σε πολλές χώρες του κόσμου έχουν υπάρξει αυτοκτονίες λόγω εκφοβισμού όπως στη Μεγάλη Βρετανία, στην Αμερική, στη Νορβηγία και στην Αυστραλία (Rigby, 2007). Τα θύματα επιπλέον μαθαίνουν να μην δείχνουν εμπιστοσύνη σε άλλους (Pepler, Rigby & Smith, 2004).

Μια ακόμα συνέπεια που απορρέει από τον έντονο εκφοβισμό που λαμβάνει χώρα στα σχολεία είναι η συσσώρευση απουσιών των θυμάτων. Τα θύματα πολλές φορές προφασίζονται ότι είναι άρρωστα και δεν πηγαίνουν σχολείο. Οι γονείς τους όταν αντιληφθούν το πρόβλημα πολλές φορές τα πηγαίνουν σε άλλο σχολείο και όταν πλέον ακόμα και η τοπική κοινωνία δεν λάβει τα απαιτούμενα μέτρα για την εξάλειψη αυτού του φαινομένου, πολλοί γονείς μετακομίζουν και σε άλλη περιοχή. Πολλές φορές τα παιδιά που δέχονται σχολικό εκφοβισμό δεν θέλουν ή φοβούνται να εκδικηθούν τους μαθητές που τους εκφοβίζουν με αποτέλεσμα να ασκούν εκφοβιστικές συμπεριφορές σε άλλα άτομα και συνεπώς να νιώθουν απογοήτευση που δεν ασκούν εκφοβισμό στα άτομα που τους ενοχλούν πραγματικά και έτσι το φαινόμενο του εκφοβισμού να διαιωνίζεται και να μεγαλώνει. Τα θύματα επίσης αδυνατούν να συγκεντρωθούν στο σχολείο και οι απουσίες τους από το σχολείο παρεμποδίζουν την ακαδημαϊκή τους πρόοδο (Rigby, 2007). Σύμφωνα με τους Flanery, Singer & Wester (2004), το 17% των θυμάτων σχολικού εκφοβισμού έχουν δυσκολίες σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου τα θύματα ζουν με μεγαλύτερη εσωστρέφεια και μελετούν

περισσότερο και επιτυγχάνουν υψηλή ακαδημαϊκή επίδοση, ως απόρροια του σχολικού εκφοβισμού που υφίστανται. (Rigby, 2007). Η κατάθλιψη μάλιστα είναι μεγαλύτερα στα κορίτσια που θυματοποιούνται από ότι στα αγόρια (Espelage & Swearer, 2003).

Οι συνέπειες του σχολικού εκφοβισμού σε πολλές περιπτώσεις ενδέχεται να ακολουθήσουν τα θύματα και στη μετέπειτα ενήλικη ζωή τους καθώς πολλές φορές τα άτομα που δέχτηκαν σχολικό εκφοβισμό επιδίδονται, όταν ενηλικιωθούν, σε βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές (Flanery, 2004).

1.5.2. Συνέπειες σχολικού εκφοβισμού για τους θύτες

Οι θύτες σχολικού εκφοβισμού αναμένεται να εμφανίσουν κακή συμπεριφορά όπως κλοπές και γενικότερα μπλεξίματα με τις αστυνομικές αρχές. Παρουσιάζουν μεγάλες πιθανότητες να βρεθούν στα δικαστήρια ως κατηγορούμενοι για παραβατικότητα με αποτέλεσμα να χάνουν τον προσανατολισμό τους και αυτές τους συμπεριφορές να επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις στο μέλλον τους (Rigby, 2007). Οι μαθητές επίσης που ασκούν επανειλημμένα εκφοβιστικές συμπεριφορές ενδέχεται να επιδοθούν σε κατάχρηση της εξουσίας και της δύναμης τους (Pepler, Rigby & Smith, 2004). Οι ακαδημαϊκές τους επιδόσεις είναι εξαιρετικά χαμηλές ενώ ελλοχεύουν κίνδυνοι διαταραχών της ψυχικής τους υγείας, κίνδυνοι για κατάθλιψη και ελλειμματική προσοχή. Παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να διαπράξουν εγκλήματα και να ασκήσουν βία στα μέλη της οικογένειας είτε σε μικρή ηλικία είτε αργότερα όταν φτιάξουν τη δική τους οικογένεια (Crothers, Kolbert & Barker, 2006· Τσιαντής, 2008· Rigby, 2008). Όταν ενηλικιωθούν πολλές φορές οι νεαροί εκφοβιστές αναλογίζονται τα λάθη που είχαν κάνει και λυπούνται που η σχολική κοινότητα και οι γονείς τους δεν είχαν επέμβει εγκαίρως είτε για να προλάβουν είτε για να αντιμετωπίσουν την συμπεριφορά τους (O' Moore, 2000).

1.5.3. Συνέπειες σχολικού εκφοβισμού για τους μάρτυρες

Σύμφωνα με την ερευνητική εργασία των Flanery, Singer & Wester (2004) οι μάρτυρες περιστατικών εκφοβισμού κατατρύχονται από ποικίλες συναισθηματικές

διαταραχές καθώς και από προβλήματα συμπεριφοράς όπως άγχος, μετατραυματικό στρες, θυμό, βία συμπεριφορά και τάσεις αυτοκαταστροφής. Η έκθεση σε βία επίσης σχετίζεται θετικά με την χαμηλή ακαδημαϊκή τους επίδοση και με τον κίνδυνο διάπραξης κακής συμπεριφοράς (Flanery, Singer & Wester, 2004). Πολλοί από αυτούς ίσως όταν συμβαίνουν περιστατικά εκφοβισμού, νιώθουν στεναχώρια και τους κατατρέχει η ανησυχία ότι την επόμενη φορά έρχεται η σειρά τους. Άλλοι εκνευρίζονται και άλλοι ντρέπονται και νιώθουν ενοχές που δεν μπορούν να βοηθήσουν τα θύματα. Ενώ, τέλος, κάποια άτομα δεν νοιάζονται και δεν ασχολούνται καθόλου με τα συμβάντα εκφοβισμού (Rigby, 2007). Είναι πολύ ενδιαφέροντα τα ευρήματα μακροχρόνιων ερευνών ότι θύτες και θύματα που έρχονται σε επαφή με τη βία για μεγάλο χρονικό διάστημα καταπιέζουν τα συναισθήματά τους και δεν νιώθουν μεγάλη ευαισθησία σε αρνητικές συμπεριφορές που λαμβάνουν χώρα στα σχολεία που φοιτούν (Harris & Petrie, 2003).

1.6. Χαρακτηριστικά θυτών-θυμάτων-μαρτύρων

1.6.1. Χαρακτηριστικά θυτών

Κύριο χαρακτηριστικό τους συνιστά η επιθετικότητα που τους διακρίνει. Είναι άτομα εμπαθή και παρορμητικά, ενώ ακόμα επικροτούν περιστατικά βίας και επιδιώκουν την επιβολή και κυριαρχία πάνω στα θύματά τους. Αποφεύγουν οποιαδήποτε μορφή συνεργασίας και τις περισσότερες φορές είναι κακόκεφοι. Η ενσυναίσθηση και η ευαισθησία τους προς τον κοινωνικό περίγυρο κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό που τους διακρίνει είναι η μεγάλη σωματική διάπλαση που έχουν συγκριτικά με τα θύματά τους (Olweus, 2002α· Rigby, 2003· Sprague & Walker, 2005). Τέλος, φαίνεται ότι οι δράστες έχουν υψηλά επίπεδα δημοτικότητας και συνήθως περιτριγυρίζονται από 2-3 άτομα που επικροτούν κάθε συμπεριφορά τους (Rigby, 2008).

Η στάση απέναντι σε βίαιες συμπεριφορές είναι θετικότερη στα άτομα που ασκούν εκφοβισμό (Cole, Cornell & Sheras, 2006) και οι πεποιθήσεις των αγοριών που συμμετέχουν στον εκφοβισμό είναι περισσότερο κανονιστικές αναφορικά με την

επιθετική συμπεριφορά από ότι αυτών που δεν συμμετέχουν (Marini et al., 2006). Οι θύτες επιπλέον θεωρούν λογική την εκδίκηση εις βάρος κάποιου ατόμου που δεν τους συμπεριφέρθηκε σωστά στο παρελθόν και τους προκάλεσε κακό (O'Brennan et al., 2009). Ένα ακόμα χαρακτηριστικό που διακρίνεται έκδηλα στους θύτες του σχολικού εκφοβισμού είναι ότι ενεργούν χωρίς ιδιαίτερη σκέψη και δεν έχουν την αίσθηση του αυτοελέγχου (O'Brennan et al., 2009· Pontzer, 2010· Unnever & Cornell, 2009). Επιπροσθέτως, κάποιες φορές μπορεί να μην προσέχουν στο μάθημα και να διακρίνονται από υπερκινητικότητα (Cho, Henderickson & Mock, 2009). Τα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας γίνονται θύτες και θύματα σχολικού εκφοβισμού πολύ πιο συχνά από ότι τα άτομα χωρίς αυτού του είδους τη διαταραχή (Unnever et al., 2009). Οι δράστες επίσης του σχολικού εκφοβισμού είναι πιο πιθανό να αποκρύψουν κάποια συναισθήματά τους όπως τη ντροπή και να τα αντικαταστήσουν με άλλα (Pontzer, 2010). Εκτός από τα παραπάνω, και η εξωτερική ομορφιά σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τον εκφοβισμό, καθώς οι κοπέλες που είναι πιο εμφανίσιμες είναι πιο πιθανό να πέσουν θύματα εκφοβισμού, ενώ τα περισσότερο εμφανίσιμα αγόρια τις περισσότερες φορές ασκούν σχολικό εκφοβισμό παρά δέχονται (Leenaars, Dane & Marini, 2008).

1.6.2. Χαρακτηριστικά θυμάτων

Τα θύματα έχουν μια αρνητική αυτοεικόνα. Διακατέχονται από χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, και θεωρούν ότι δεν μπορούν να πετύχουν τίποτα στη ζωή τους. Έχουν ανασφάλειες και υψηλά επίπεδα άγχους. Έχουν την πεποίθηση ότι δεν μπορούν να ασκήσουν έλξη στο αντίθετο φύλο και διακρίνονται από εσωστρέφεια και επιφυλακτικότητα. Επιπλέον απουσιάζει η κοινωνικότητα, καθώς δύσκολα μοιράζονται τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, ενώ δεν είναι τόσο δημοφιλή ανάμεσα στους συμμαθητές τους. Τα αγόρια θύματα έχουν συνήθως μικρότερη σωματική διάπλαση και ηλικία από ότι τα άτομα που ασκούν σχολικό εκφοβισμό (Olweus, 2002b· Rigby, 2003a· Sprague & Walker, 2005). Τα θύματα είναι κοινωνικά παραγκωνισμένα και έχουν εξαντληθεί συναισθηματικά λόγω του συχνού σχολικού εκφοβισμού που υφίστανται (Juvonen et al., 2003).

Ο Olweus (2009) διακρίνει τα θύματα σε παθητικά (passive) και προκλητικά (provocative). Τα παθητικά θύματα συναντώνται πιο συχνά και χαρακτηρίζονται από υποτακτικότητα, άγχος και ανασφάλεια, χαρακτηριστικά που ενισχύουν την θυματοποίησή τους, επειδή οι θύτες θεωρούν ότι αυτά τα άτομα δεν θα επιφέρουν αντίδραση. Από την άλλη μεριά τα προκλητικά θύματα χαρακτηρίζονται όχι μόνο από άγχος αλλά και από επιθετικότητα, υπερκινητικότητα και διάσπαση προσοχής. Η επιθετικότητα που εκπέμπουν σε συνδυασμό με τον εκνευρισμό που εκπέμπουν στον περίγυρό τους τα καθιστά θύματα σχολικού εκφοβισμού.

Οι θύτες και τα θύματα παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις ως προς τον τρόπο ερμηνείας των κοινωνικών σημάτων που δέχονται. Συνήθως εκδικούνται τα άτομα που τους ενόχλησαν ακόμα και αν αυτά τα άτομα δεν το έκαναν με πρόθεση, καθώς δεν μπορούν να πιστέψουν ότι αυτά τα άτομα δεν το έκαναν εσκεμμένα (Camodeca, Goosens, Schuengel & Terwogt, 2003). Τα άτομα που έχουν τις κοινωνικές τους ικανότητες αναπτυγμένες σε μεγάλο βαθμό είναι πολύ πιθανόν να γίνουν δράστες σχολικού εκφοβισμού στις ηλικίες 13-15 (Nation, Vieno, Perkins & Santinello, 2008). Η αντίληψη που έχουν τα παιδιά για την δημοτικότητά τους στο σχολείο μπορεί να συσχετισθεί με την επιθετικότητά τους (Mayeux & Cillessen, 2008). Τα παιδιά που θεωρούνται από τους συνομηλίκους τους και από τον εαυτό τους πιο δημοφιλή και τα παιδιά που θεωρούν ότι οι συνομηλικοί τους τους αντιπαθούν συνήθως παρουσιάζουν πιο επιθετικές τάσεις (Estell et al., 2009).

Το οικογενειακό περιβάλλον παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση εκφοβιστικών συμπεριφορών. Τα παιδιά που παίρνουν μέρος σε εκφοβιστικές συμπεριφορές έχουν λιγότερη στήριξη και φροντίδα από τους γονείς τους συγκριτικά με τα άτομα που δεν παίρνουν (Conners-Burrow et al., 2009). Τα παιδιά, που οι γονείς τους τα βοηθούν με τα μαθήματα στο σπίτι, δεν εκφοβίζουν συνήθως στο σχολείο και εκδηλώνουν λιγότερα προβλήματα διαγωγής από τα παιδιά που οι γονείς τους δεν τα βοηθούν με τα μαθήματά τους (Hill et al., 2004). Η κακοποίηση των παιδιών από τους γονείς τους (Cullerton-Sen et al., 2008) και ενδεχόμενο διαζύγιό τους μπορεί να τα ωθήσει στον εκφοβισμό (Malone et al., 2004).

Η διαχείριση της ντροπής συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τον εκφοβισμό (Ttofi et al., 2008). Οι γονείς που τιμωρούν τα παιδιά τους με σωματική βία οδηγούν συνήθως τα παιδιά τους στην άσκηση σωματικού εκφοβισμού, ενώ οι γονείς που δεν χρησιμοποιούν σωματική βία (απειλές κλπ.) οδηγούν τα παιδιά τους στα αντίστοιχα

είδη εκφοβισμού που δεν ενέχουν πρόκληση σωματικής βλάβης αλλά αντίθετα ενέχουν πρόκληση ψυχολογικής βλάβης (Kuppens, Grietens, Onghena & Michiels, 2009).

1.6.3. Χαρακτηριστικά μαρτύρων

Η στάση των μαρτύρων διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη ενός εκφοβιστικού επεισοδίου. Στο 85% των εκφοβιστικών περιστατικών οι μάρτυρες είναι παρόντες παίζοντας άλλοτε παθητικό και άλλοτε ενεργητικό ρόλο. Οι αμέτοχοι που έχουν ενεργητικό ρόλο απολαμβάνουν να πηγαίνουν στο σχολείο και έχουν προσαρμοστικές ικανότητες ανάλογα με τα περιστατικά που εκτυλίσσονται μπροστά τους. Στον αντίποδα, οι μάρτυρες που έχουν παθητικό ρόλο δεν έχουν τύψεις και δεν αισθάνονται καμία ηθική ευθύνη για το θύμα. Ακόμα οι μάρτυρες που έχουν ενεργητικό ρόλο μπορούν να διαχειριστούν αισθήματα ενοχής και ντροπής, καθώς αναλαμβάνουν τις ευθύνες που τους αναλογούν και επωμίζονται τις συνέπειες των πράξεών τους και κάνουν ό,τι χρειάζεται για να επανορθώσουν. Οι μάρτυρες που δεν κάνουν τα προαναφερόμενα είναι πιο πιθανό να πάρουν θέση υπέρ του θύτη (Ahmed, 2005). Οι μάρτυρες των εκφοβιστικών επεισοδίων τις περισσότερες φορές φοβούνται μήπως γίνουν τα επόμενα θύματα των θυτών ή μήπως κάνουν κάτι που θα επιδεινώσει την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει το θύμα. Αυτό έχει ως επακόλουθο να παρακολουθούν την εξέλιξη του εκφοβιστικού επεισοδίου και μερικές φορές κάποιοι από αυτούς επιχειρούν να υπερασπιστούν το θύμα (Τσίτουρα, 2006). Υπάρχουν σημαντικά ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία και μόνο η παρουσία των μαρτύρων σε κάποιο επεισόδιο εκφοβισμού αύξησε τη διάρκειά του, ενώ όταν οι μάρτυρες εκφράζουν αγανάκτηση για τις εκφοβιστικές πράξεις προς τους θύτες, οι πιθανότητες αυτές να σταματήσουν ξεπέρασαν το 50% (Rigby, 2008). Ο Olweus (Olweus Bullying Prevention Program, 2007a) διακρίνει 6 κατηγορίες μαρτύρων: α) μαθητές που διακατέχονται από θετικές στάσεις απέναντι στον εκφοβισμό αλλά δυσκολεύονται στην ανάληψη πρωτοβουλίας για την έναρξη κάποιου εκφοβιστικού επεισοδίου (οπαδοί ή μπράβοι/ followers or henchmen), β) μαθητές που ενισχύουν τα εκφοβιστικά επεισόδια είτε γελώντας είτε στρέφοντας την προσοχή των άλλων συνομηλίκων στο περιστατικό, χωρίς οι ίδιοι να συμμετέχουν ενεργά (παθητικοί θύτες ή υποστηρικτές/ passive bullies or supporters), γ) μαθητές που επιθυμούν την ύπαρξη

τέτοιου είδους επεισοδίων στο σχολείο τους αλλά διατείνονται ότι δεν τα υποστηρίζουν (πιθανοί-δυνητικοί θύτες ή παθητικοί υποστηρικτές/ possible bullies or passive supporters), δ) μαθητές που είναι ουδέτεροι και παθητικοί θεατές (disengaged onlookers), ε) μαθητές που ενδέχεται να υπερασπιστούν το θύμα (possible defenders) και στ) μαθητές που υπερασπίζοντα με κάθε τρόπο το θύμα (defenders). Οι Salmivalli et al. (1996) διακρίνουν τους μάρτυρες σε: α) βοηθούς του θύτη (assistants), β) ενισχυτές του θύτη (reinforcers), γ) αμέτοχους (outsiders) και δ) υπερασπιστές του θύματος (defenders).

1.7. Πρόληψη και αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού

Οι διαστάσεις που έχει πάρει το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού παγκοσμίως καθιστούν αναπόδραστη ανάγκη τη λήψη μιας σειράς μέτρων για την πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου. Οι δύο (2) αυτές έννοιες αλληλεξαρτώνται και συναντούν πολλά προσκόμματα αναφορικά με την μείωση περιστατικών σχολικού εκφοβισμού. Είναι λοιπόν εύλογο το ερώτημα για το ποιοι είναι υπεύθυνοι για την πάταξη αυτού του βδελυρού φαινομένου που έχει εξαπλωθεί ανησυχητικά στις μέρες μας. Μήπως ευθύνεται το σχολικό περιβάλλον και το οικογενειακό περιβάλλον; Ή μήπως ευθύνονται οι κρατικοί φορείς; Η απάντηση είναι όλοι ανεξαιρέτως.

Συνεπώς, με βάση τα παραπάνω, τα μέτρα αντιμετώπισης περιλαμβάνουν όλα τα επίπεδα, στα οποία τα παιδιά κινούνται, δηλαδή το *σχολικό επίπεδο*, το *οικογενειακό επίπεδο* και το *κρατικό επίπεδο* (Espelage & Swearer, 2003).

Σχολικό επίπεδο: Τόσο ο διευθυντής όσο και οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να συνεργαστούν προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο εκφοβισμός στον κυριότερο χώρο έκφρασής του, το σχολείο. Αρχικά θα πρέπει να επιβάλλονται κυρώσεις στο θύτη για κάθε εκφοβιστική πράξη απέναντι στους συμμαθητές του προκειμένου να υποστούν τις συνέπειες που επισείουν οι πράξεις τους (Macklem, 2003). Ο θύτης θα πρέπει να διδαχθεί μια σειρά δεξιοτήτων όπως την ενσυναίσθηση, τρόπους για να διαχειρίζονται οι θύτες το θυμό που τους καταβάλλει, έργα και δραστηριότητες που απαιτούν υπευθυνότητα και τέλος την προκοινωνική συμπεριφορά (Espelage & Swearer, 2003· Macklem, 2003). Ένας τρόπος παρέμβασης, όπως αναφέρεται και παραπάνω είναι η ενσυναίσθηση, η οποία μπορεί να αναπτυχθεί με τα βιωματικά παιχνίδια ή παιχνίδια

ρόλων, όπου ο θύτης θα έχει το ρόλο του θύματος, προκειμένου να αντιληφθεί την θέση του. Αυτός ο τρόπος παρέμβασης πιθανόν να μειώσει σε μεγάλο βαθμό την άσκηση εκφοβιστικής συμπεριφοράς στο μέλλον. Δραστηριότητες με τις οποίες μπορεί να καλλιεργήσει ο δάσκαλος την υπευθυνότητα προς τους συμμαθητές του είναι η εποπτεία της σχολικής τάξης, ο συντονισμός δραστηριοτήτων του σχολείου, η προστασία των αδυνάμων κ.α.. Έτσι οι θύτες θα νιώσουν ότι οι άλλοι τους επιδεικνύουν προσοχή και δε θα χρειαστεί να καταφύγουν σε εκφοβιστικές συμπεριφορές για να τραβήξουν την προσοχή των άλλων (Macklem, 2003).

Το πιο βασικό όσον αφορά την παρέμβαση είναι να καταφέρουν οι εκπαιδευτικοί να πείσουν το μαθητή να αναφέρει οποιοδήποτε συμβάν εκφοβισμού σε αυτούς. Το σχολικό σύστημα, αναφορικά με τα θύματα, θα πρέπει ξεδιπλώσει τα ταλέντα του κάθε μαθητή και τις δυνατότητες του, καθώς και να τα βοηθήσει στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση και στην δημιουργία φιλίας με άτομα που έχουν κοινά στοιχεία και ενδιαφέροντα. Επιπλέον, θα πρέπει να τα ενθαρρύνει στην πρόσκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως η αυτορρύθμιση και η διεκδικητικότητα στην ταυτόχρονη μείωση της ανασφάλειας που διακατέχει αυτά τα άτομα. Με την επίτευξη των ανωτέρω, ενισχύεται η αυτοπεποίθηση, η αυτοεκτίμηση και η αυτοεικόνα του θύματος. Έτσι, ίσως καταφέρουν να αντιμετωπίσουν το επόμενο εκφοβιστικό επεισόδιο που θα δεχτούν. Στην περίπτωση που όλες οι παραπάνω προσπάθειες δεν επιτύχουν και τα εκφοβιστικά επεισόδια συνεχίσουν εναντίον τους, τότε η ορθότερη λύση θα ήταν η μετάθεσή τους σε άλλη τάξη, ακόμα και σε άλλο σχολείο (Macklem, 2003).

Το σχολείο συνιστά τον πιο καθοριστικό φορέα κοινωνικοποίησης των παιδιών. Σύμφωνα με τον O'Moore (2000) ο σχολικός εκφοβισμός συνδέεται με τον ανταγωνισμό που υπάρχει στα σχολεία αναφορικά με την ακαδημαϊκή επίδοση. Επιπλέον, πολλοί δάσκαλοι οδηγούνται σε ακραίες συμπεριφορές όταν τα παιδιά δεν προσέχουν στην παράδοση του μαθήματος λ.χ. τα ταπεινώνουν μπροστά στους συμμαθητές τους, γεγονός που τα γεμίζει με λύπη και θυμό (O' Moore, 2000). Η ύπαρξη θετικού κλίματος στην τάξη μπορεί να μειώσει και να εξουδετερώσει τον εκφοβισμό (Espelage & Swearer, 2003). Για να επιτευχθεί αυτό το κλίμα επιβάλλεται να υιοθετηθούν στρατηγικές συνεργατικής μάθησης που θα προωθήσουν και θα εδραιώσουν το πνεύμα της συνεργασίας μέσα στη σχολική τάξη (O' Moore, 2000).

Οι περισσότεροι επικεντρώνονται στο θύτη και στο θύμα παραλείποντας τους μάρτυρες, των οποίων ο ρόλος είναι καίριος για την αντιμετώπιση φαινομένων

σχολικού εκφοβισμού. Ένας τρόπος για να αντιμετωπιστεί ο σχολικός εκφοβισμός είναι η εκπαίδευση τους κατά του σχολικού εκφοβισμού (Flannery, Singer & Wester, 2004). Οι μάρτυρες που απομακρύνονται όταν κάποιος μαθητής θυματοποιείται ή παραμένουν και παρακολουθούν χωρίς να παρεμβαίνουν ενθαρρύνουν τη συμπεριφορά του θύτη, ενώ αντίθετα οι παρευρισκόμενοι που αντιδρούν και κατακρίνουν το θύτη, τον αποθαρρύνουν ταυτόχρονα σε μεγάλο βαθμό (Ahmed, 2005).

Σύμφωνα με την Ahmed (2005), θα ήταν σκόπιμο οι μάρτυρες να διδαχθούν τεχνικές διαχείρισης της ντροπής, καθώς έχουν περισσότερο αναπτυγμένο από τους θύτες το συναίσθημα της δικαιοσύνης και τις υπευθυνότητας. Ακόμα διατείνεται ότι τα προγράμματα κατά του σχολικού εκφοβισμού θα πρέπει να βοηθούν τα παιδιά να αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους για τα λάθη τους, να αισθάνονται ντροπή όταν σφάλουν και να αναζητούν λύσεις για να διορθώσουν τα λάθη τους. Τέλος, υποστηρίζει ότι τα προγράμματα κατά του σχολικού εκφοβισμού θα πρέπει να περιλαμβάνουν εκπαίδευση των μαθητών στη μη διοχέτευση του θυμού τους σε άσχετα πρόσωπα και να αποβάλλουν συναισθήματα θυμού όταν κάτι δεν πάει καλά στην καθημερινότητά τους.

Οικογενειακό επίπεδο: Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην πρόληψη και την αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού υπό την προϋπόθεση, όμως, να υπάρχει συνεργασία με το σχολείο (Minton & O' Moore, 2006). Το θετικό κλίμα ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας μπορεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις του σχολικού εκφοβισμού (O' Moore, 2000). Η οικογένεια του θύτη συνήθως δίνει το κακό παράδειγμα στο σπίτι και έτσι οι θύτες τους μιμούνται. Η άσκηση επιθετικής συμπεριφοράς σε άλλα άτομα στο σχολείο από κάποιον μαθητή, ίσως οφείλεται σε επεισόδια βίας που διαδραματίζονται στο εσωτερικό του σπιτιού. Συνεπώς οι γονείς θα πρέπει να είναι προσεκτικοί για τα παραδείγματα που δίνουν στα παιδιά τους. Επιπλέον θα πρέπει να μην είναι απομακρυσμένοι από τα παιδιά τους και να είναι κοντά σε αυτά. Είναι απαραίτητη η αρωγή των γονέων για την κοινωνική προσαρμογή των παιδιών τους και την τόνωση της αυτοπεποίθησής τους. Απαιτείται η παρακίνηση για την ανάδειξη των έμφυτων κλίσεων και των ταλέντων τους και η παρότρυνση για την σύναψη φιλικών σχέσεων εντός και εκτός σχολείου με άτομα που τα ενδιαφέροντα και ο χαρακτήρας τους συγκλίνει με το δικό τους. Δεν θα πρέπει, όμως, σε καμία περίπτωση να είναι υπερπροστατευτικοί, επειδή αυτή η στάση τους ίσως επιφέρει τα αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα, και τα παιδιά τους υιοθετήσουν το ρόλο

του θύματος αυτή τη φορά. Οι γονείς θα πρέπει να ελέγχουν τις δραστηριότητες των παιδιών τους τόσο εντός όσο εκτός σχολείου. Ακόμα χρειάζεται να τίθενται κανόνες στο σπίτι, τους οποίους όταν το παιδί τους παραβαίνει να υφίσταται κάθε είδους τιμωρία εκτός από την σωματική (Olweus, 1993).

Κρατικό επίπεδο: Τέλος, απαιτείται συνεργασία του σχολείου με την κοινότητα και το κράτος για τη λήψη των κατάλληλων μέτρων για την αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού προκειμένου να επιτευχθεί δραστική μείωσή του (Flannery, Singer & Wester, 2004).

Τα δοκιμασμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού είναι πολύ λίγα (Jeffrey, Miller & Linn, 2001). Παρακάτω περιγράφονται ένα (1) ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό μοντέλο για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού, το οποίο προτάθηκε από τον Olweus, που ήταν ο πρώτος που μελέτησε το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού.

1.7.1. Μοντέλο Olweus για την πρόληψη και αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού

Ο Dan Olweus δημιούργησε και εφάρμοσε (1983) σε μαθητές και μαθήτριες σχολείων της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του Μπέργκεν της Νορβηγίας το «Olweus Bullying Prevention Program» (OBPP) ή αλλιώς «Πρόγραμμα Πρόληψης του Σχολικού Εκφοβισμού», το οποίο αποσκοπούσε στη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των μαθητών και στη δημιουργία θετικότερου και ασφαλέστερου κλίματος στο σχολικό περιβάλλον (Olweus Bullying Prevention Program, 2007b). Το πρόγραμμα διήρκεσε δύομισι χρόνια και το δείγμα ήταν 2500 μαθητές 42 σχολείων. Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή αυτού του εκπαιδευτικού προγράμματος ήταν άκρως ικανοποιητικά καθώς προέκυψε μείωση των περιστατικών εκφοβισμού κατά 50%, ενώ το κλίμα της τάξης βελτιώθηκε σημαντικά προς το καλύτερο (Olweus, 2002b). Αυτό το πρόγραμμα εφαρμόστηκε και σε κάποια σχολεία της Νότιας Καρολίνας των ΗΠΑ (δεκαετία του 90). Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του προγράμματος στη Νότια Καρολίνα ήταν καλύτερα από εκείνα του που προέκυψαν από την εφαρμογή του στο Μπέργκεν της Νορβηγίας (Limber, 2011· Olweus, 2005). Ακόμα έχει εφαρμοστεί και στην Σουηδία, Γερμανία, Ισλανδία, Αγγλία, Κροατία, Μεξικό και Καναδά. Από την

εφαρμογή του μειώθηκε ο σχολικός εκφοβισμός από 20-70%, γεγονός που δείχνει το μέγεθος της επιτυχίας που είχε αυτό το εκπαιδευτικό μοντέλο.

Σε *σχολικό επίπεδο* ο Olweus προτείνει:

- Να δημιουργηθεί συντονιστική επιτροπή που θα προλαμβάνει το σχολικό εκφοβισμό.
- Να συμπληρωθεί από τους μαθητές ανώνυμα ερωτηματολόγιο σχετικά με το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού.
- Να δημιουργηθούν και να εφαρμοστούν κανόνες κατά του σχολικού εκφοβισμού.
- Να συγκροτηθεί σύστημα εποπτείας.
- Να καταρτίζονται διαρκώς τα μέλη της συντονιστικής επιτροπής και τα μέλη του προσωπικού του σχολείου.
- Να τιμωρούνται οι μαθητές που εκφοβίζουν και να αμείβονται οι μαθητές που επιδεικνύουν την πρέπουσα συμπεριφορά.
- Να συμμετέχουν οι γονείς στην αντιμετώπιση και την πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού και να γίνονται συζητήσεις με όλους τους εκπαιδευτικούς του σχολείου με κύριο θέμα το σχολικό εκφοβισμό.
- Να συζητούν συχνά τα μέλη του προσωπικού του σχολείου ζητήματα αναφορικά με την εφαρμογή του προγράμματος.

Σε *επίπεδο τάξης*, ο Olweus προτείνει:

- Να υπάρξουν κανονισμοί και σε επίπεδο τάξης (τιμωρία και έπαινος)
- Να επιμορφώνονται οι μαθητές αναφορικά με το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού
- Να γίνονται παιχνίδια ρόλων
- Να γίνονται συναντήσεις των γονέων με τον εκπαιδευτικό της τάξης

Σε *ατομικό επίπεδο*, ο Olweus προτείνει:

- Συζητήσεις με τους θύτες σχολικού εκφοβισμού
- Συζητήσεις με τα θύματα σχολικού εκφοβισμού
- Συζητήσεις με τους γονείς θυτών και θυμάτων

Τέλος, σε *επίπεδο κοινότητας*, ο Olweus προτείνει:

- Να συμμετέχουν ενεργά μέλη της κοινότητας στη συντονιστική επιτροπή που θα έχει συσταθεί για την πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού.

- Να συνεργάζεται σχολείο και κοινότητα για την μετάδοση μηνυμάτων κατά του σχολικού εκφοβισμού, πράγμα που μπορεί να επιτευχθεί μέσα από δραστηριότητες που διοργανώνει η κοινότητα όπως η συμμετοχή δραστηριότητες αναψυχής, σε προγράμματα για τα παιδιά μετά το τέλος του σχολείου και σε συλλόγους (χορευτικούς, προσκοπικούς κ.α.).

(Olweus Bullying Prevention Program, 2007b)

"Οι σχέσεις προσκόλλησης παίζουν καθοριστικό ρόλο....από την κούνια έως τον τάφο."

— **John Bowlby**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΟΝΕΪΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ

Η θεωρία της προσκόλλησης θεωρείται ως πολλά υποσχόμενη στον ερευνητικό τομέα στις μέρες μας καθώς σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη και τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου καθώς και με τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Η προσκόλληση είναι μια πολυσύνθετη και ατελής διαδικασία. Από τη γέννηση του το βρέφος αλληλεπιδρά με τη μητέρα του προάγοντάς της μηνύματα για τις ανάγκες και τα συναισθήματά του (αν πεινάει, αν κρυώνει, αν είναι χαρούμενο κ.α.). Η αντίδραση της μητέρας παίζει σημαντικό ρόλο για την παροχή ασφαλούς βάσης στο βρέφος, ότι δηλαδή όποτε την χρειαστεί αυτή θα είναι εκεί. Η ποιότητα αυτής της σχέσης παίζει καίριο ρόλο για τη μελλοντική διαμόρφωση αντιλήψεων του βρέφους για το ίδιο και τους άλλους καθώς και για τη διάπλαση του χαρακτήρα του.

2.1. Θεωρία της προσκόλλησης ή θεωρία του δεσμού του Bowlby

Το 1969, ο Βρετανός ψυχαναλυτής John Bowlby, διατύπωσε τη θεωρία της προσκόλλησης (attachment theory), που αποτελεί μια από τις σημαντικότερες θεωρίες στο χώρο της ψυχολογίας. Η θεωρία του είχε ως έρεισμα την θεωρία τους Freud για τις πρώιμες εμπειρίες και γνωστικές δομές και την θεωρία εξέλιξης και προσαρμογής του Δαρβίνου (Bowlby, 1969).

Ο όρος *προσκόλληση* αναφέρεται «στον ισχυρό συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ του βρέφους και της μητέρας του ή / και των άλλων ατόμων του

στενού περιβάλλοντος κατά το πρώτο έτος της ζωής του. Η στενή αυτή σχέση χαρακτηρίζεται από αμοιβαία στοργή και τη μεγάλη επιθυμία των ατόμων να βρίσκονται μαζί» (Bowlby, 1958 στ. Δημητρίου, 2012).

Έως τα μέσα της δεκαετίας του 1950 κυριαρχούσε η θεωρία ότι οι συναισθηματικοί δεσμοί που σχηματίζουν τα βρέφη με τους γονείς τους στηρίζονται μόνο στην εξασφάλιση των βασικών τους αναγκών, όπως το τάισμα (Bowlby, 1979). Σύμφωνα με τον Bowlby (1969), ο όρος προσκόλληση συνδέεται άρρηκτα με την ανάπτυξη και την προσαρμογή. Το άτομο χρειάζεται εφ' όρου ζωής άλλα άτομα για να αναπτύξει δεσμούς. Το είδος προσκόλλησης ή της σχέσης που θα διαμορφωθεί από την πρώιμη βρεφική ηλικία με το άτομο που φροντίζει το βρέφος καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και το είδος και την διάρκεια αυτών των σχέσεων (Bowlby, 1982· Waters et al., 2000). Επομένως, οι συναισθηματικοί δεσμοί που σχηματίζουν τα βρέφη με τους γονείς τους δεν στηρίζονται μόνο στην εξασφάλιση των βασικών τους αναγκών αλλά είναι σημαντικοί για την επιβίωση του ατόμου (Patterson, 2009). Πρόκειται για μια αναπτυξιακή θεωρία, σύμφωνα με την οποία η ποιότητα της σχέσης με τους γονείς στην πρώιμη βρεφική ηλικία αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της γνωστικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του ατόμου σε όλα τα στάδια εξέλιξης του (Parkes, Hinde & Marris, 1991). Η θεωρία της προσκόλλησης τονίζει ότι η φυσιολογική ανθρώπινη ανάπτυξη εξαρτάται από τη ανάπτυξη αμοιβαίων διαπροσωπικών σχέσεων, και μελετά τον τρόπο με τον διαμόρφωσης της σχέσης γονέα-παιδιού από τη βρεφική ακόμα ηλικία (Bowlby, 1979, 1982). Εν κατακλείδι, όλα τα παραπάνω συνιστούν τις θεμέλιες λίθους, πάνω στις οποίες στηρίχθηκε η θεωρία προσκόλλησης του Bowlby.

Η θεωρία της προσκόλλησης του Bowlby μπορεί να θεωρηθεί και θεωρία ατομικών διαφορών στη χρήση στρατηγικών προσκόλλησης ανάμεσα στους ανθρώπους με βάση τις εμπειρίες του καθενός από τη ζωή. Ο Bowlby (1973), αναφέρεται στις διαφορετικές στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα, οι οποίες συνδέονται με τη ρύθμιση των συναισθημάτων. Ακόμα μπορεί να θεωρηθεί και ως μια θεωρία κινήτρων για το πώς λειτουργεί το σύστημα της προσκόλλησης σε όλους τους ανθρώπους (Hazan & Shaver, 1994).

Στην τριλογία του (Attachment and Loss ή Προσκόλληση και Απώλεια), ο Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) περιέγραψε ότι τα βρέφη γεννιούνται με μια ποικιλία συμπεριφορών προσκόλλησης που αποσκοπούν στην αναζήτηση και την διατήρηση

της εγγύτητας με τα πρόσωπα της προσκόλλησης (συνήθως η μητέρα ή ο πατέρας). Αυτές οι συμπεριφορές προσκόλλησης κατατάσσονται στο γενικότερο συμπεριφορικό σύστημα του άτομο, το οποίο είναι έμφυτο και καθολικό. Επειδή τα βρέφη έχουν την ανάγκη κάποιον να τους παράσχει για μεγάλο χρονικό διάστημα φροντίδα και προστασία, παρουσιάζουν συμπεριφορές προσκόλλησης κυρίως προς τη μητέρα τους, η οποία λειτουργεί σαν καταφύγιο για αυτά και μπορεί να ρυθμίσει τα συναισθήματά τους, απαλλάσσοντάς τα και από περιόδους ψυχολογικής δυσφορίας, άγχους και κινδύνου. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Bowlby (1988), το συμπεριφορικό σύστημα δεσμού θεωρείται ότι είναι ενεργό καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, γεγονός που διαφαίνεται από τις σκέψεις και τα συναισθήματα που κατατρέχουν το άτομο, που συνδέονται με την επιζήτηση βοήθειας και υποστήριξης. Απώτερος στόχος αυτού του εγγενούς συμπεριφορικού συστήματος προσκόλλησης είναι η εξελικτική ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στο περιβάλλον. Επομένως, σύμφωνα με την εξελικτική θεωρία το συμπεριφορικό σύστημα προσκόλλησης αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης των βρεφών που δεν έχουν πλήρως αναπτυγμένες ικανότητες λήψης τροφής κίνησης και προστασίας από κινδύνους (Bowlby, 1982, 1969). Το συμπεριφορικό σύστημα προσκόλλησης προκύπτει από τις γνωστικές λειτουργίες αλλά και από την αλληλεπίδραση με το πρόσωπο που τα φροντίζει. Επιπλέον το συμπεριφορικό σύστημα προσκόλλησης αλληλεπιδρά με άλλα συμπεριφορικά συστήματα του παιδιού, όπως το εξερευνητικό σύστημα, στο οποίο το παιδί χρησιμοποιεί το πρόσωπο με το οποίο είναι προσκολλημένο για να εξερευνήσει το περιβάλλον του, καθώς αυτό το άτομο του αποπνέει ασφάλεια και ανακούφιση (Walsh, 2010). Μπορούν ακόμα να ενεργοποιηθούν και άλλα συστήματα συμπεριφοράς όπως της εμπιστοσύνης και της φροντίδας προς τους άλλους. Η έρευνα έχει καταδείξει ότι οι στρατηγικές ασφαλούς προσκόλλησης συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ατομικότητας και της αυτονομίας (Kobak & Sceery, 1988).

2.2. Τύποι προσκόλλησης

Η Mary Ainsworth έκανε διάφορους πειραματισμούς πάνω στη θεωρία προσκόλλησης του Bowlby. Σε μια από τις αρχικές της έρευνες η Ainsworth είχε ως δείγμα 28 παιδιά κάποιων χωριών κοντά στην Καμπάλα της Ουγκάντας, τα οποία δεν

είχαν απογαλακτιστεί ακόμα. Αυτή και η ομάδα της επισκέπτονταν τα σπίτια των παιδιών ανά δύο βδομάδες και παρατηρούσαν τις αντιδράσεις τους για χρονικό διάστημα εννέα μηνών. Η Ainsworth εντυπωσιάστηκε όταν παρατήρησε ότι τα βρέφη αναζητούσαν τη μητέρα τους, όταν πεινούσαν, όταν ξυπνούσαν και όταν έφευγε η μητέρα τους. Θεωρούσαν τη μητέρα τους ως ένα ασφαλές λιμάνι για αυτά, εμφανίζοντας με αυτό τον τρόπο συμπεριφορές προσκόλλησης προς τη μητέρα τους (Ainsworth, 1991).

Αργότερα, το 1969, η Ainsworth και οι συνεργάτες της εξέτασαν με μια πειραματική διαδικασία την έννοια της «ασφαλούς βάσης» με τη « Συνθήκη του Ξένου» ή αλλιώς «Παράξενη κατάσταση» (Strange Situation). Στη συγκεκριμένη διαδικασία πήραν μέρος βρέφη που είχαν κλείσει το 1^ο έτος της ηλικίας τους (12-18 μηνών). Τα βρέφη τοποθετούνται σε ένα δωμάτιο με παιχνίδια, το οποίο είναι άγνωστο γι' αυτά. Η «*Συνθήκη του Ξένου*» αποτελείται από επτά (7) τρίλεπτα επεισόδια (Wilmshurst, 2010). Αυτά τα 7 επεισόδια είναι τα εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Η ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΥ (AINSWORTH ET AL., 1978)

		Επτά επεισόδια
1	30 δευτ.	Η μητέρα και το νήπιο στο δωμάτιο, το νήπιο εξερευνά το δωμάτιο για 3 λεπτά.
2	3 λεπτά	Ο ξένος εισέρχεται στο δωμάτιο για 1 λεπτό, συζητά με την μητέρα για 1 λεπτό και κάθεται στο έδαφος για να παίξει με το νήπιο για 1 λεπτό.
3	3 λεπτά	Η μητέρα εγκαταλείπει το νήπιο μόνο στο δωμάτιο, ο ξένος παίζει με το νήπιο και αποσύρεται για 3 λεπτά.
4	3 λεπτά	Η μητέρα επιστρέφει στο δωμάτιο, ο ξένος φεύγει διακριτικά, η μητέρα ηρεμεί το νήπιο και κάθεται κάτω για 3 λεπτά.
5	3 λεπτά	Η μητέρα φεύγει από το δωμάτιο και το νήπιο είναι μόνο για 3 λεπτά.
6	3 λεπτά	Ο ξένος επιστρέφει και αποπειράται να ηρεμήσει το νήπιο και μετά αποσύρεται για 3 λεπτά.
7	3 λεπτά	Η μητέρα επιστρέφει, ο ξένος φεύγει διακριτικά, η μητέρα ηρεμεί το νήπιο και κάθεται κάτω (εδώ τελειώνει η δοκιμασία ύστερα από περίπου 20 λεπτά).

Το 7^ο επεισόδιο θεωρείται και ως το πιο σημαντικό, όταν η μητέρα επιστρέφει στο δωμάτιο με τα παιχνίδια. Σε αυτό το επεισόδιο είναι διακριτές κάποιες μορφές συμπεριφοράς του νηπίου απέναντι στη μητέρα, που αντιστοιχούν και σε αντίστοιχους τύπους προσκόλλησης (*attachment patterns*).

Υπάρχει πληθώρα κατηγοριοποιήσεων των τύπων προσκόλλησης, όπως προκύπτουν από διάφορα ερευνητικά εργαλεία. Ένα από τα πιο γνωστά και ευρέως χρησιμοποιούμενα είναι αυτό της Ainsworth και των συν. που προκύπτει από την «Συνθήκη του Ξένου». Η προσκόλληση μπορεί να διακριθεί σε δύο (2) ευρύτερες κατηγορίες, την *ασφαλή* και την *ανασφαλή* προσκόλληση. Η τελευταία με τη σειρά της διακρίνεται σε τρεις (3) ακόμα τύπους: την *ανασφαλή προσκόλληση τύπου άγχους-αποφυγής*, την *ανασφαλή προσκόλληση τύπου αμφιθυμίας/αντίστασης* και τον *αποδιοργανωμένο/αποπροσανατολισμένο* τύπο προσκόλλησης. Ακολουθώς περιγράφονται οι παραπάνω τύποι προσκόλλησης (Ainsworth et al., 1978).

Ασφαλής τύπος προσκόλλησης (secure attachment): Αυτόν τον τύπο προσκόλλησης τον αναπτύσσουν συνήθως τα νήπια που μεγαλώνουν σε περιβάλλον, όπου τα πρόσωπα που το απαρτίζουν, εκδηλώνουν ευαισθησία και θετικά συναισθήματα προς αυτά, δείχνουν κατανόηση ως προς τις ανάγκες του και αντιδρούν γρήγορα για την ικανοποίηση αυτών των αναγκών (Bowlby, 1969). Όπως προέκυψε από την πειραματική διαδικασία «Συνθήκη του Ξένου», τα νήπια με ασφαλή δεσμό παρουσιάζουν εξερευνητικές τάσεις του χώρου όπου βρίσκονται όταν βρίσκεται στο χώρο η μητέρα τους ή κάποιο άλλο πρόσωπο, ενώ αντιλαμβάνονται ότι η μητέρα τους λείπει και όταν επιστρέφει επιθυμούν να βρίσκονται μαζί της. Σύμφωνα με τα ερευνητικά ευρήματα το 55% των νηπίων εμφανίζει ασφαλή προσκόλληση (Wenar & Kerig, 2008).

Δύο είναι οι στόχοι που θα πρέπει να επιτευχθούν για τη σύναψη υγιών σχέσεων μελλοντικά: α) να υπάρχει εμπιστοσύνη ανάμεσα στο νήπιο και τον φροντιστή του, να γνωρίζει δηλαδή το νήπιο ότι όποτε χρειαστεί τη μητέρα του θα είναι εκεί και β) η ύπαρξη συναισθηματικής ρύθμισης, που απορρέει από τα διαφορετικά πρότυπα αλληλεπίδρασης με τους φροντιστές τους (Gearity, 2005). Το παιδί που είχε αναπτύξει ασφαλή δεσμό προσκόλλησης έχει περισσότερη αυτοπεποίθηση και μπορεί να ανταπεξέλθει καλύτερα στην πίεση που θα έχει από τους συνομηλίκους του. Ακόμα η ασφαλής προσκόλληση οδηγεί σε ψυχολογική ευεξία και απαλλαγή από το άγχος (Thomson, 2000). Σύμφωνα με τη Schore (2001a), το παιδί ή ο ενήλικας που είχε αναπτύξει ασφαλή προσκόλληση με το φροντιστή μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα αγχογόνες καταστάσεις. Στην ηλικία των 3-5 ετών είναι πιο περίεργα, πιο ανταγωνιστικά, με υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης και με μεγαλύτερες ψυχολογικές αντοχές (Arend et al., 1979· Elicker et al., 1992· Jacobson & Wille, 1986·

Youngblade & Belsky, 1992). Είναι επίσης πιο κοινωνικά με τους γονείς τους, τους νηπιαγωγούς τους και μπορούν να διαμεσολαβούν στην επίλυση συγκρούσεων (Elicker et al., 1992). Επιπλέον είναι πιο ανεξάρτητα και ζητούν βοήθεια από τους εκπαιδευτικούς μόνο σε περίπτωση που την χρειάζονται πάρα πολύ. Όταν ενηλικιωθούν μεταφέρουν τις συμπεριφορές προσκόλλησης που είχαν αναπτύξει σε κοινωνικές καταστάσεις και στην αλληλεπίδρασή με τους συνομηλίκους τους (Laible et al., 2000).

Συνοψίζοντας, τόσο η ασφάλεια όσο και η προστασία που εκπέμπει ο φροντιστής προς το νήπιο επηρεάζουν την εμπραθητική του κατανόηση, την συναισθηματική του ρύθμιση, τον συμπεριφορικό του έλεγχο και την γνωστική του ανάπτυξη μελλοντικά. Η ανάπτυξη όλων αυτών των ικανοτήτων προσαρμογής οφείλεται στον ασφαλή τύπο προσκόλλησης (Kestenbaum et al., 1989). Τα νήπια που έχουν αναπτύξει μια ασφαλή προσκόλληση με τη μητέρα τους είναι πιο πιθανό να κοινωνικοποιηθούν ομαλότερα και να διαμορφώσουν πιο σταθερές διαπροσωπικές σχέσεις μελλοντικά σε σχέση με τα νήπια που έχουν αναπτύξει κάποια ανασφαλούς τύπου προσκόλληση. Ακόμα παρουσιάζουν καλύτερη αυτοεικόνα και πιο έντονα συναισθήματα εσωτερικής ασφάλειας. Όλα αυτά συνηγορούν ανάπτυξη περισσότερων κοινωνικών δεξιοτήτων και της ικανότητας τους αυτοελέγχου (Wilmshurst, 2011).

Ανασφαλής τύπος προσκόλλησης (insecure attachment): Αυτόν τον τύπο προσκόλλησης ενδέχεται να τον αναπτύξουν τα νήπια που ζουν σε περιβάλλον όπου τα σημαντικά γι' αυτά πρόσωπα (κυρίως η μητέρα) δεν εκδηλώνουν έντονα συναισθήματα και χαρακτηρίζονται από αντιφατικές και απρόβλεπτες αντιδράσεις καθώς και έλλειψη σταθερότητας (Wilmshurst, 2011). Τα άτομα που είχαν αναπτύξει αυτόν τον τύπο προσκόλλησης εμφανίζουν γενικευμένο άγχος και αμφιβάλλουν για τις ικανότητές τους (Thomson, 2000). Επιπρόσθετα μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη κι αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις όταν αλληλεπιδρούν κοινωνικά με άλλα άτομα (Waters & Cummings, 2000). Αυτός ο τύπος προσκόλλησης χωρίζεται σε 3 κατηγορίες:

- **Ανασφαλής προσκόλληση τύπου άγχους-αποφυγής (avoidant attachment):** Αυτός ο τύπος προσκόλλησης συνοδεύεται από την πεποίθηση ότι ο γονιός δε θα παράσχει προστασία στο νήπιο και ότι δεν αποτελεί ασφαλές λιμάνι σε περιπτώσεις άγχους (Patterson, 2009). Τα νήπια δεν ανησυχούν, όταν φεύγει η μητέρα τους, δεν ανακουφίζονται όταν αυτή επιστρέφει και προσπαθούν να την

αποφύγουν όταν αυτή ξαναεπιστρέφει και προσπαθεί να παίξει μαζί τους και να τα παρηγορήσει. Τα νήπια με αυτόν τον τύπο προσκόλλησης ενδέχεται ακόμα και να χτυπήσουν ή να σπρώξουν την μητέρα τους. Επίσης, δεν εκδηλώνουν ανησυχία κατά τη διάρκεια παραμονής τους με τον ξένο (Charlesworth, 2011· Δημητρίου-Χατζηνεοφύτου, 2001). Τα νήπια με ανασφαλή προσκόλληση τύπου άγχους-αποφυγής έχουν λιγότερες εξερευνητικές διαθέσεις από τα νήπια με ασφαλή δεσμό προσκόλλησης. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα περίπου το 20% των νηπίων αναπτύσσουν τον παραπάνω τύπο προσκόλλησης (Wenar & Kerig, 2008).

- **Ανασφαλής προσκόλληση τύπου άγχους-αμφιθυμίας/αντίστασης (*ambivalent attachment*):** Τα νήπια με αυτόν τον τύπο προσκόλλησης βιώνουν άγχος ακόμα και όταν η μητέρα είναι δίπλα τους, λίγο πριν αποχωρήσει από το δωμάτιο με τα παιχνίδια. Με βάση τα ευρήματα από τη «Συνθήκη του Ξένου», το νήπιο δεν ξεκολλά από τη μητέρα του και δεν επιθυμεί να εξερευνήσει το δωμάτιο με τα παιχνίδια. Κατά την αποχώρηση της μητέρας από το δωμάτιο, το νήπιο ένιωθε έντονη αναστάτωση και άγχος και τίποτα δεν το παρηγορούσε ακόμα και όταν η μητέρα επέστρεφε. Η συμπεριφορά που επέδειξαν τα νήπια κατά την επιστροφή της μητέρας ήταν αντιφατική. Από τη μία την προσέγγιζαν για να τα αγκαλιάσει και από την άλλη όταν εκείνη τα προσέγγιζε την κλωτσούσαν ή την έσπρωχναν προκειμένου να μην έρθουν σε επαφή μαζί της (Δημητρίου-Χατζηνεοφύτου, 2001 σελ.424). Το υπερβολικό ενδιαφέρον και η ενασχόληση με τη μητέρα μειώνει τις εξερευνητικές τάσεις αυτών των παιδιών. Περίπου 10% των νηπίων εμφανίζουν αυτόν τον τύπο προσκόλλησης (Wenar & Kerig, 2008).

Τα ευρήματα πιο πρόσφατων ερευνών ανέδειξαν έναν ακόμη τύπο ανασφαλούς προσκόλλησης που ονομάζεται αποδιοργανωμένος/αποπροσανατολισμένος τύπος προσκόλλησης (*disorganized attachment*).

- **Αποδιοργανωμένος/αποπροσανατολισμένος τύπος προσκόλλησης (*disorganized attachment*):** Θεωρείται ο πιο διαταραγμένος τύπος προσκόλλησης και εμφανίζεται σε νήπια που έχουν κακοποιηθεί, παραμεληθεί ή έχουν βιώσει κάποια άλλη τραυματική εμπειρία (Patterson, 2009· Δημητρίου-Χατζηνεοφύτου, 2001). Τα νήπια με αυτόν τον τύπο προσκόλλησης βιώνουν τα υψηλότερα επίπεδα ανασφάλειας και συναισθηματικής αστάθειας (Wilmshurst,

2011). Συμπεριφέρονται αντιφατικά προς τη μητέρα, καθώς άλλες φορές την προσεγγίζουν και άλλες απομακρύνονται απότομα. Επίσης, μετά την επιστροφή της μητέρας και την ενασχόληση μαζί τους, στην αρχή τα νήπια εκδηλώνουν έντονες θυμικές αντιδράσεις και αργότερα, όταν θα έχουν ξεκινήσει να παίζουν με τη μητέρα τους, «παγώνουν» και διατηρούν την ίδια στάση για λίγα δευτερόλεπτα. Τα συναισθήματά τους είναι μπερδεμένα και διακατέχονται από εσωτερικές συγκρούσεις (Δημητρίου-Χατζηνεοφύτου, 2001 σελ.424). Περίπου 15% των νηπίων εμφανίζουν αυτόν τον τύπο προσκόλλησης (Wenar & Kerig, 2008).

Είναι έκδηλο, λοιπόν, ότι οι διαφορετικοί τύποι προσκόλλησης που αναπτύσσονται τα νήπια συνδέονται άρρηκτα με την ποιότητα των σχέσεων που αναπτύσσει το νήπιο με τη μητέρα του ή γενικότερα με το πρόσωπο που τα φροντίζει (Wilmshurst, 2011).

2.3. Εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης

Στη θεωρία της προσκόλλησης, καίριος είναι ο ρόλος των *εσωτερικά ενεργών μοντέλων προσκόλλησης (internal working models of attachment)*. Η προσκόλληση που έχει αναπτύξει το βρέφος ή το νήπιο με τον φροντιστή του αποτελεί τη βάση ενός «εσωτερικού ενεργού μοντέλου προσκόλλησης», που επηρεάζει για το υπόλοιπο της ζωής του την ανάπτυξή του (Hughes, 2012· O' Connor, Collins & Supplee, 2012· Sabol & Pianta, 2012). Σύμφωνα με τον ορισμό του Bowlby (1988), τα εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης είναι «μια σειρά από κανόνες που χρησιμεύουν στην επεξεργασία των κοινωνικών πληροφοριών που αναδύονται από τις πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης και καθορίζουν την μελλοντική διαπροσωπική συμπεριφορά του ατόμου. Έχουν παραλληλιστεί με «με διαρκή σχήματα σχέσεων ή γνωστικές οργανωτικές δομές, οι οποίες ενσωματώνουν τις διαπροσωπικές γνώσεις και συμπεριφορές των παιδιών (Mantziopoulos, 2005)». Η Main με τους συνεργάτες της (1985) όρισαν τα εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης ως «νοητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων, τα οποία αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με τις φιγούρες προσκόλλησης». Δηλαδή είναι οι μνήμες και τα συναισθήματα του παιδιού που συνδέονται στενά με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, που ως επί το πλείστον είναι σχέσεις προσκόλλησης. Αυτά τα μοντέλα επηρεάζουν να

μεν την καθημερινή αλληλεπίδραση του βρέφους ή του νηπίου με το φροντιστή του αλλά και τις σχέσεις που θα συνάψουν μελλοντικά με άλλα πρόσωπα εκτός του φροντιστή τους (Mantziopoulos, 2005). Τα μοντέλα αυτά είναι δυναμικά και μεταβάλλονται πολύ δύσκολα, ενώ τείνουν να καθορίζουν τη συμπεριφορά των παιδιών αναφορικά με τους γονείς και να ασκούν επιρροή ως προς τη συμπεριφορά στις μετέπειτα σχέσεις (Bretherton, 1985· Bretherton & Munholland, 2008).

Τα εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης αποτελούνται από το *μοντέλο του εαυτού* και το *μοντέλο του άλλου* (Bowlby, 1973). Από τον ορισμό του Bowlby (1973) προκύπτει ότι αυτά τα μοντέλα έχουν ως έρεισμα τους δύο μεταβλητές: α) την προσδοκία του ατόμου για το αν και κατά πόσο ο φροντιστής του (πρόσωπο προσκόλλησης) θα το βοηθήσει και β) την προσδοκία του για το αν και κατά πόσο μπορεί να ανταποκριθεί το άτομο στη βοήθεια που του παρέχει ο φροντιστής του (πρόσωπο προσκόλλησης). Επιπλέον θεωρεί ότι αυτά τα δύο μοντέλα αλληλοσυμπληρώνονται. Αν το πρόσωπο προσκόλλησης παραμελούσε το νήπιο, το νήπιο όταν μεγαλώσει αναπτύσσει αρνητικό μοντέλο τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους.

Τα άτομα με ασφαλή εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης μπορούν και ανασύρουν μνήμες από το πρόσωπο προσκόλλησης και παρουσιάζουν συνοχή στη σκέψη του όσον αφορά τον εαυτό τους, τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή τους, τα γεγονότα του παρόντος και του παρελθόντος (Bowlby, 1973). Αντιθέτως, τα άτομα με ανασφαλή ενεργά μοντέλα προσκόλλησης χρησιμοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς που διαθέτουν και δεν ανασύρουν μνήμες από το πρόσωπο προσκόλλησης. Οι αμυντικοί μηχανισμοί επίσης ενεργοποιούνται για την καταπολέμηση του άγχους που πηγάζει από το γεγονός ότι η φιγούρα προσκόλλησης δεν του παρείχε μια ασφαλή βάση (Crowell et al., 2008). Ο κυρίαρχος τρόπος αξιολόγησης των εσωτερικά ενεργών μοντέλων προσκόλλησης είναι η Συνέντευξη Ενηλίκων για την Προσκόλληση (Adult Attachment Interview) (George, Kaplan & Main, 1985, 1991· Main & Goldwyn, 1984).

2.4. Μοντέλο ενήλικης προσκόλλησης

Οι Hazan & Shaver (1987) ήταν οι πρώτοι που τόνισαν ότι οι σχέσεις προσκόλλησης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο επιλογής του συντρόφου

του κάθε ατόμου και το πώς σχετίζεται με αυτόν. Αργότερα, η Bartholomew (1990) συστηματικοποίησε τον ορισμό του Bowlby αναφορικά με τα εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης και τα κατηγοριοποίησε σε κάποιους τύπους. Οι Bartholomew & Horowitz (1991) πρότειναν κάποιους τύπους συναισθηματικών σχέσεων προσκόλλησης, που προέκυψαν από τα αρνητικά και θετικά μοντέλα του εαυτού και του άλλου. Παρακάτω παρουσιάζονται οι *τύποι προσκόλλησης των ενηλίκων*:

Ασφαλής τύπος: Οι ενήλικες με ασφαλή τύπο προσκόλλησης έχουν μια θετική εικόνα τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους άλλους.

Έμμονος τύπος (preoccupied): Οι ενήλικες με αυτόν τον τύπο προσκόλλησης μια αρνητική αυτοεικόνα και μια θετική εικόνα για τους άλλους. Πρόκειται για άτομα ενδοτικά και συναισθηματικά χειραγωγήσιμα.

Τύπος Αποφυγής (avoidant): Αυτός ο τύπος περιλαμβάνει αρνητικά μοντέλα και για τους άλλους και για τον εαυτό. Διακρίνεται σε δύο (2) τύπους προσκόλλησης: τον *αποφυγής-απορριπτικό τύπο (dismissing)* και τον *αποφυγής-φοβικό τύπο (fearful)*.

Αποφυγής-Απορριπτικός τύπος (dismissing): Οι ενήλικες με αυτόν τον τύπο προσκόλλησης έχουν αρνητική εικόνα για τους άλλους και μια εξιδανικευμένη αυτοεικόνα (ιδεατό εγώ). Οι γονείς αυτών των ενηλίκων φρόντιζαν μεν για τις βασικές τους ανάγκες, αλλά γενικότερα ήταν απόμακροι απέναντί τους.

Αποφυγής-Φοβικός τύπος (fearful): Οι ενήλικες με αυτόν τον τύπο προσκόλλησης έχουν μια αρνητική εικόνα για τους άλλους αλλά και για τον εαυτό τους. Οι γονείς των ενηλίκων με αυτόν τον τύπο προσκόλλησης ήταν επιθετικοί απέναντί τους ή είχαν εκδηλώσει κατάθλιψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ BARTHOLOMEW-HOROWITZ (ΚΑΦΕΤΣΙΟΣ, 2003).

ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ		
	ΘΕΤΙΚΟ	ΑΡΝΗΤΙΚΟ
ΘΕΤΙΚΟ	<u>Ασφαλής</u> Υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Κατάλληλος έλεγχος και ρύθμιση των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων.	<u>Εμμονής</u> Εμμονή με τις διαπροσωπικές σχέσεις. Έμφαση σε αρνητικά συναισθήματα στον εαυτό και στους άλλους.
ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΑΛΛΟΥ	<u>Αποφυγής-Απορριπτικός</u> Αποφεύγει επαφές-επιδιώκει αυτονομία. Καταπίεση των συναισθημάτων	<u>Αποφυγής-Φοβικός</u> Κοινωνική αποφυγή. Καταπίεση συναισθημάτων-άγχος
ΑΡΝΗΤΙΚΟ		

2.5. Ο ρόλος του πατέρα

Το πρόσωπο της προσκόλλησης και ο κύριος φροντιστής των βρεφών είναι τις περισσότερες φορές η μητέρα. Όπως όλες οι αναπτυξιακές θεωρίες, έτσι και η θεωρία προσκόλλησης με εκφραστή της τον Bowlby, θεωρούσαν το ρόλο της μητέρας ως σημαντικότερο και πιο άμεσο από εκείνον του πατέρα. Σε καμία περίπτωση, όμως, δεν πρέπει να υπονομευτεί ή να παραβλεφθεί ο ρόλος του πατέρα.

Οι ρόλοι της μητέρας και του πατέρα είναι συμπληρωματικοί μεταξύ τους. Ο πατέρας συνήθως προάγει την ανεξαρτησία του παιδιού και το βοηθάει να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του. Ακόμα παροτρύνει τα παιδιά του σε επιτεύγματα. Ενώ ο ρόλος της μητέρας σχετίζεται κυρίως με τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού (Rosenberg & Wilcox, 2006). Το πρόσωπο του πατέρα έχει συνδεθεί με έννοιες όπως διαθεσιμότητα, ζεστασιά και εγγύτητα (Cabrerera et al., 2000). Στις μέρες μας ο πατέρας διαδραματίζει

συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού καθώς, σύμφωνα με τη θεωρία που ανέπτυξε ο Freud, βοηθά στην επίλυση του οιδιπόδειου συμπλέγματος (Jones, 2003). Βαρύνουσας σημασίας θεωρείται ακόμα η παρουσία του πατέρα στη ζωή του παιδιού ως προς την κοινωνική ανάπτυξη και ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού, καθώς το παιδί αισθάνεται πιο σίγουρο κοινωνικά (Metcalf, 2013). Σύμφωνα με τον Millar (2006), αν το παιδί τρέφει συναισθήματα αγάπης για τον πατέρα και αντίστοιχα ο πατέρας για το παιδί, η κοινωνική εξέλιξη του παιδιού θα είναι φυσιολογική. Ο τύπος προσκόλλησης με τον πατέρα έχει συσχετισθεί με την ανάδειξη προβληματικών συμπεριφορών και την εμφάνιση συγκρούσεων με τους συνομηλίκους του. Επομένως η πατρική εμπλοκή συμβάλλει στην μείωση των προβλημάτων διαγωγής στα παιδιά. Η εμπλοκή του πατέρα στην ανατροφή του παιδιού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς όσο περισσότερο εμπλέκεται ο πατέρας στην ανατροφή του παιδιού τόσο μεγαλύτερη ασφάλεια αισθάνεται το παιδί. Επιπρόσθετα, συμβάλλει στην πρόσκτηση δεξιοτήτων για την επίλυση κοινωνικών συγκρούσεων, ενώ επίσης βοηθάει το παιδί να ελέγξει τα αρνητικά του συναισθήματα (MacDonald & Parke, 1984· Lieberman, Doyle, & Markiewicz, 1999· Williams & Kelly, 2005). Ακόμα η πατρική εμπλοκή συμβάλλει στην αύξηση της αυτοπεποίθησης και της εμπραθητικής κατανόησης. Συν τοις άλλοις επιφέρει καλύτερες ακαδημαϊκές επιδόσεις, ενισχύει την ανάπτυξη στο γνωστικό τομέα, μειώνει τα ψυχολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα σε νεαρές κοπέλες και περιστέλλει την παραβατικότητα (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid & Bremberg, 2008). Η ενασχόληση του πατέρα με τα παιδιά συμβάλλει στην απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων από αυτά και στην αύξηση της αυτοεκτίμησης (Dubowitz et al., 2001). Παράλληλα η φροντίδα του πατέρα στο παιδί του είναι σημαντική για την ύπαρξη υψηλών επιπέδων ασφαλούς προσκόλλησης (Rosenberg & Wilcox, 2006).

Εν περιλήψει, αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι η συνεισφορά του πατέρα στην σφαιρική ανάπτυξη του παιδιού κρίνεται ιδιαίτερος σημαντική και συμβάλλει στην φροντίδα, την προστασία και στην γενικότερη διάπλαση της προσωπικότητας του παιδιού.

"Δεν υπάρχει καλύτερος τρόπος να ευχαριστήσεις το Θεό για την όρασή σου από το να βοηθήσεις κάποιον που ζει στο σκοτάδι."

— **Helen Keller**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

3.1. Ορισμοί τύφλωσης και μειωμένης όρασης

Οι ανθρώπινες αισθήσεις είναι ο δίαυλος επικοινωνίας του ανθρώπου με το περιβάλλον. Η όραση αποτελεί μια από τις πέντε μας αισθήσεις και συνιστά την κυριότερη αισθητηριακή λειτουργία του ανθρώπου. Θεωρείται η βασίλισσα των αισθήσεων και η απώλεια της μπορεί να καταστήσει τον άνθρωπο είτε τυφλό είτε μερικώς βλέποντα. Αποτελεί το πολυτιμότερο αγαθό για τον άνθρωπο και ενδεχόμενη απώλειά της μπορεί να διαταράξει την κοινωνική ευρυθμία και να απορρυθμίσει τις κοινωνικές δομές. Αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι η τύφλωση είναι ατομική αλλά και κοινωνική δυσλειτουργία.

Τυφλοί θεωρούνται οι άνθρωποι, οι οποίοι εξαιτίας κάποιας βλάβης στο οπτικό όργανο αδυνατούν να συλλάβουν τα οπτικά ερεθίσματα και η όρασή τους είναι τόσο μειωμένη που δεν είναι σε θέση να προσανατολιστούν σ' ένα άγνωστο μέρος χωρίς τη βοήθεια κάποιου και να ασκήσουν κάποιο επάγγελμα» (Κυπριωτάκης, 2000, σελ.21).

Σύμφωνα με τη δέκατη έκδοση του ICD (International Classification of Diseases) *τυφλό* νοείται κάθε άτομο με οπτική οξύτητα λιγότερη από 3/60 (μέτρα) με διόρθωση στο καλύτερο μάτι. Επιπρόσθετα, κάθε άτομο, που αν και μπορεί να παρουσιάζει ικανοποιητική οπτική οξύτητα, η περιφερική του όραση είναι περιορισμένη στις 10 μοίρες κεντρικά ή λιγότερο με τη βέλτιστη διόρθωση. Ενώ άτομο με χαμηλή όραση νοείται κάθε άτομο με οπτική οξύτητα λιγότερη από 6/18 αλλά ίση ή καλύτερη από

3/60, ενώ το οπτικό του πεδίο είναι περιορισμένο στις 20 μοίρες κεντρικά ή λιγότερο στο καλύτερο μάτι με τη βέλτιστη δυνατή διόρθωση (WHO, 2007 στ. Cattaneo & Vecchi, 2011).

Οι κατηγορίες που όρισε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σχετικά με τα άτομα με σοβαρά προβλήματα όρασης είναι:

Κατηγορία 1: Οπτική οξύτητα μεταξύ 3/10 (6/18 ή 20/70) και 1/10 (6/60 ή 20/200) (μερικώς βλέπων)

Κατηγορία 2: Οπτική οξύτητα μεταξύ 1/10 (6/60 ή 20/200) και 1/20 (3/60 ή 20/400) (μερικώς βλέπων)

Κατηγορία 3: Οπτική οξύτητα μεταξύ 1/20 (3/60 ή 20/400) και μέτρηση δακτύλων από 1 μέτρο (1/60 ή 1/50 ή 5/300) (τυφλός)

Κατηγορία 4: Οπτική οξύτητα μεταξύ μέτρησης δακτύλων από 1 μέτρο (1/60 ή 1/50 ή 5/300) και αντίληψη φωτός (τυφλός)

Κατηγορία 5: Οπτική οξύτητα μη αντίληψης φωτός (τυφλός) (ICD-10, 2008)

3.1.1. Ο νομικός ορισμός της τύφλωσης

Η νομοθεσία για την εκπαίδευση Ατόμων με Αναπηρία καλύπτει όλες τις άλλες αναπηρίες εκτός από την οπτική αναπηρία, αναπηρία για την οποία έχουν διατυπωθεί τόσο νομικοί όσο και εκπαιδευτικοί ορισμοί.

Ο ορισμός αυτός εδράζεται στην οπτική οξύτητα και στο οπτικό πεδίο. «*Οπτική οξύτητα*» ή διαφορετικά καθαρότητα της όρασης ορίζεται ως ικανότητα διάκρισης (είτε φυσιολογικά είτε με διορθωτικούς φακούς) λεπτομερειών (Λιοδάκης, 2000, σελ. 15). Η οπτική οξύτητα υπολογίζεται με βάση τα οπτότυπα του Snellen, που απαρτίζονται από γράμματα και αριθμούς (Heward, 2011). Η οπτική οξύτητα εκφράζεται με ένα κλάσμα, το οποίο έχει ως αριθμητή τη μέγιστη απόσταση (σε μέτρα ή πόδια) στην οποία μπορεί κάποιος να ξεχωρίσει δύο αντικείμενα, ενώ ο παρονομαστής αναφέρεται στη συνηθισμένη απόσταση, κατά την οποία ένα άτομο χωρίς προβλήματα όρασης μπορεί να διακρίνει τα ίδια αντικείμενα (Cattaneo & Vecchi, 2011). Το άτομο με όραση 3/60 σημαίνει ότι το άτομο αυτό θα πρέπει να σταθεί σε απόσταση 3 μέτρων για να δει ένα γράμμα, αριθμό ή σύμβολο, το οποίο κάποιος με φυσιολογική όραση θα το έβλεπε σε απόσταση 60 μέτρων (Powell, 2003).

«Οπτικό πεδίο» ορίζεται ως ο χώρος που μπορεί να αντιληφθεί ο οφθαλμός όταν είναι ακίνητος και κοιτά σε ένα καθορισμένο σημείο, σε αντίθεση με το βλεμματικό πεδίο που ορίζεται ως χώρος που αντιλαμβάνεται κάποιος όταν το κεφάλι παραμένει σταθερό αλλά το μάτι να κάνει κινήσεις προς πάσα κατεύθυνση (Λιοδάκης, 2000, σελ. 15-16).

3.1.2. Ο εκπαιδευτικός ορισμός της τύφλωσης-μερικής όρασης

Τυφλός θεωρείται ο μαθητής που στη προσπάθεια του να αποκτήσει γνώσεις χρησιμοποιεί την αφή και την ακοή καθώς και μη οπτικά μέσα για να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του σχολείου. *Μερικώς βλέποντες ή αμβλύωπες* χαρακτηρίζονται οι μαθητές που χρησιμοποιούν την όρασή τους για την παρακολούθηση του σχολικού προγράμματος, το οποίο έχει σαφώς υποστεί τις κατάλληλες τροποποιήσεις και προσαρμογές τόσο στο εκπαιδευτικό υλικό όσο και στο εκπαιδευτικό περιβάλλον (Παπαδόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με την *Ελληνική Νομοθεσία (Ν.958/1979)* τυφλό νοείται κάθε άτομο του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής στον οφθαλμό που βλέπει καλύτερα και με την καλύτερη δυνατή διόρθωση.

Σύμφωνα με την *Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση*:

- ❖ «Τυφλό είναι το άτομο του οποίου η κεντρική οπτική οξύτητα δεν υπερβαίνει τα 20/200 ή 2/20 στο καλύτερο μάτι, ύστερα από την καλύτερη δυνατή ιατρική παρέμβαση. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία το ποσοστό όρασης πρέπει να είναι κάτω του 1/20».
- ❖ «*Μερικώς βλέποντα* θεωρούνται τα άτομα των οποίων η οπτική οξύτητα με διόρθωση είναι μεταξύ 20/70 με 20/200 ύστερα από την καλύτερη δυνατή ιατρική παρέμβαση. Όμως: μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών που έχουν νομικά χαρακτηριστεί τυφλοί δεν έχουν καθόλου όραση και ένας αριθμός νομικά τυφλών μπορεί και διαβάζει μεγεθυμένο κείμενο».

3.2. Πληθυσμός των τυφλών

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ ή WHO) έχει προσπαθήσει να εκτιμήσει τον συνολικό αριθμό των τυφλών παγκοσμίως. Το 2010 αναφέρει ότι θα πρέπει να υπήρχαν περί τα 39 εκατομμύρια τυφλοί στον κόσμο. Ο αριθμός των ατόμων με χαμηλή όραση έχει εκτιμηθεί σε 246 εκατομμύρια. Δηλαδή, υπολογίζονται περίπου στα 285 άτομα με οπτική αναπηρία παγκοσμίως.

Περίπου το 90% των ατόμων με προβλήματα όρασης διαβίει στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σχεδόν τα 2/3 των ατόμων με διαταραχές όρασης και 82% των τυφλών παγκοσμίως έχουν ηλικίες άνω των 50 χρόνων, ηλικιακή ομάδα που απαρτίζει το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού. Υπολογίζεται ότι περίπου 19 εκατομμύρια παιδιά αντιμετωπίζουν κάποια οπτική αναπηρία. Από αυτά, τα 12 εκατομμύρια αντιμετωπίζουν διαθλαστικές δυσλειτουργίες του οπτικού οργάνου (μυωπία, υπερμετρωπία, αστιγματισμός κλπ.), δυσλειτουργίες που θα μπορούσαν εύκολα να διαγνωστούν και να διορθωθούν. Ενάμισι εκατομμύριο παιδιά παγκοσμίως δεν πρόκειται να ξαναδούν και απαιτούνται παρεμβάσεις οπτικής αναμόρφωσης για μια πλήρη φυσιολογική και προσωπική ανάπτυξη (WHO, 2012).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του Πανελληνίου Συνδέσμου Τυφλών, υπάρχουν περίπου 21.000 άτομα με οπτική αναπηρία για το 1990, ενώ οι τυφλοί που έχουν καταγραφεί στον νομό Θεσσαλονίκης είναι 1031 (περίπου 1% του συνολικού πληθυσμού). Είναι πολύ πιθανόν όμως ο πραγματικός αριθμός να είναι διαφορετικός λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι πολλοί τυφλοί ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και ότι πολλές οικογένειες αποφεύγουν να δηλώσουν την αναπηρία του παιδιού τους και ότι ακόμα κάποιοι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να δηλώσουν το πρόβλημα υγείας τους (Πολυχρονοπούλου, 2001).

3.3. Αίτια οπτικής αναπηρίας

Οι πρωταρχικές αιτίες, παγκοσμίως, της οπτικής αναπηρίας είναι οι διαθλαστικές δυσλειτουργίες του οπτικού οργάνου που δε διορθώνονται (43%) και ο καταρράκτης (33%). Άλλες αιτίες αποτελούν το γλαύκωμα (2%), η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς

κηλίδας, το τράχωμα, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η αδιαφάνεια του κερατοειδούς (όλα αυτά μαζί συγκεντρώνουν το 1%). Οι αιτίες τύφλωσης είναι: ο καταρράκτης (51%), το γλαύκωμα (8%), ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας (5%), η παιδική τύφλωση και η αδιαφάνεια του κερατοειδούς (4%), οι διαθλαστικές δυσλειτουργίες του οπτικού οργάνου που δε διορθώνονται και το τράχωμα (3%), η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (1%) και οι απροσδιόριστοι παράγοντες (21%). (WHO, 2012). Μια σειρά ερευνών που έλαβε χώρα στην Ευρώπη έδειξε ότι τα κύρια αίτια τύφλωσης είναι: ο καταρράκτης, το τράχωμα, το γλαύκωμα, ο διαβήτης, η αποκόλληση του αμφιβληστροειδή, ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004).

Τα κυριότερα αίτια της οπτικής αναπηρίας μπορούν να χωριστούν σε 2 γενικότερες κατηγορίες. Σε αυτά που οφείλονται σε *κληρονομικούς παράγοντες* και σε αυτά που οφείλονται σε *επίκτητους παράγοντες*.

Κληρονομικά αίτια:

- Η καταστροφή ή βλάβη του οπτικού νεύρου
- Διάφορα οικογενειακά εκφυλιστικά φαινόμενα όπως η έλλειψη χρωστικής ουσίας στον χοριοειδή, στην ίριδα (αλφισμός) και στον αμφιβληστροειδή,
- Οι διαθλαστικές ανωμαλίες κ.α.

(Κυπριωτάκης, 2000)

Επίκτητα αίτια:

- Μολυσματικές ασθένειες της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (ερυθρά στους πρώτους τρεις μήνες (3), κακώσεις κατά την ενδομήτρια ζωή, αφροδίσια νοσήματα (σύφιλη, βλενόρροια κ.α.) (Τσιναρέλης, 2005)
- Τραυματισμοί του κρανίου κατά τον τοκετό (Τσιναρέλης, 2005)
- Η ανεπαρκής οξυγόνωση κατά τη γέννηση του παιδιού που ονομάζεται υποξία και η υδροκεφαλία, η κατάσταση δηλαδή κατά την οποία συγκεντρώνεται υπερβολικό υγρό στον εγκέφαλο (Heward, 2011)
- Η οπισθοφακική ινοπλασία ή αλλιώς αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας είναι μια ασθένεια του ματιού που επηρεάζει τα πρόωρα νεογνά κατά την εντατική νεογνική φροντίδα, στην οποία η θεραπεία με οξυγόνο χρησιμοποιείται λόγω της υπολειπόμενης ανάπτυξης των πνευμόνων (Κυπριωτάκης, 2000)

- Παιδικές ασθένειες (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, ευλογιά, οστρακιά κ.α.) (Τσιναρέλης, 2005)
- Κακοήθεις όγκοι στους ιστούς του ματιού (Τσιναρέλης, 2005)
- Δηλητηριάσεις (Τσιναρέλης, 2005)
- Διάφορες οφθαλμολογικές παθήσεις (Τσιναρέλης, 2005)
- Διαταραχές στο μεταβολισμό (Τσιναρέλης, 2005)
- Τραυματισμοί του ματιού που οφείλονται σε εργατικά ατυχήματα όπως για παράδειγμα χημικά εγκαύματα, εκρήξεις και άλλα ενδοβόλβια σώματα ή σε τροχαία (Τσίρου, 2000)
- Θεραπείες με ναρκωτικές ουσίες όπως κάποιοι τύποι στεροειδών (Παπαδόπουλος, 2006)
- Μια κατάσταση γνωστή σαν «φλοιώδης οπτική αναπηρία» που είναι απόρροια νευρολογικών δυσλειτουργιών και ενδεχομένως να επιφέρει την καταστροφή οπτικών μονοπατιών πριν και μετά τον σχηματισμό τους (Παπαδόπουλος, 2006)
- Η ογκοκέρκωση ή τύφλωση των ποταμών οφείλεται σε ένα παράσιτο, το οποίο μεταδίδεται στον άνθρωπο από ένα είδος μύγας που ζει στα ορμητικά ποτάμια. Αποτελεί την κυριότερη αιτία τύφλωσης σε πολλές αφρικανικές χώρες. Περίπου μισό εκατομμύριο άνθρωποι είναι τυφλοί ή μερικώς βλέποντες λόγω αυτής της ασθένειας. Προκαλεί επίσης φαγούρα και αλλάζει το χρώμα του δέρματος. Για να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση είναι απαραίτητη η χορήγηση ενός παρασιτικού φαρμάκου, που λέγεται ιβερμεκτίνη. (<http://www.who.int/apoc/onchocerciasis/en/>)
- Τυφλότητα λόγω υποσιτισμού που μπορεί να οδηγήσει σε ξηροφθαλμία, η οποία οφείλεται στην έλλειψη της βιταμίνης Α, που συμβάλλει στην καλή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και είναι απαραίτητη για την όραση (Χατζηχαραλάμπους, 2000, σελ.10)
- Οι διαθλαστικές δυσλειτουργίες (αστιγματισμός, υπερμετροπία, μυωπία, πρεσβυωπία κλπ.) αν δεν τύχουν άμεσης παρέμβασης ενδέχεται να οδηγήσουν σε εκτενέστερες οπτικές δυσλειτουργίες ακόμα και σε τύφλωση (Κρουσταλλάκης, 2003· Λιοδάκης, 2000· Αργυρόπουλος, 2005)
- Μια μορφή τύφλωσης που ονομάζεται οπτική αγνωσία ή ψυχική τύφλωση, που προξενείται από βλάβη στον οπτικό φλοιό. Το άτομο με αυτό το είδος

τύφλωσης βλέπει μεν τα αντικείμενα αλλά δεν μπορεί να τα αναγνωρίσει. Το άτομο αυτό πολλές φορές διακρίνει τους γνωστούς του από την ομιλία (Λιοδάκης, 2000).

Παρακάτω παρουσιάζονται εκτενέστερα οι κυριότερες αιτίες μερικής όρασης και τύφλωσης παγκοσμίως:

Καταρράκτης: Ο καταρράκτης αποτελεί την κυριότερη αιτία τύφλωσης παγκοσμίως. Κάποιος πάσχει από καταρράκτη όταν ο οπτικός φακός χάνει την καθαρότητά του και είναι θολός. Οφείλεται σε γενετικούς, μεταβολικούς, περιβαλλοντικούς ή διατροφικούς παράγοντες και επιπρόσθετα μπορεί να οφείλεται σε άλλες οφθαλμικές ή οργανικές βλάβες όπως για παράδειγμα στο διαβήτη. Ο κυριότερος, όμως, λόγος εμφάνισής του είναι η ηλικία. Δεν υπάρχει φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία του. Αντιμετωπίζεται μόνο χειρουργικά αντικαθιστώντας το θολό φακό με έναν καθαρό τεχνητό φακό. Η επέμβαση συνήθως λαμβάνει χώρα σε εξωτερικά ιατρεία και διενεργείται με τοπική αναισθησία (Tasman & Jaeger, 2005).

Γλαύκωμα: Το γλαύκωμα σχετίζεται με την αυξημένη πίεση στο εσωτερικό του ματιού, που καταστρέφει σταδιακά το οπτικό νεύρο. Αποτέλεσμα να αυξάνεται η πίεση του υδατοειδούς υγρού του ματιού επειδή δεν μπορεί να διαφύγει από τους φυσικούς αποχετευτικούς αγωγούς του ματιού (Heward, 2011). Η μη άμεση αντιμετώπισή του θα οδηγήσει σε μερική απώλεια της όρασης, ακόμα και σε τύφλωση (Πολυχρονοπούλου, 2001). Το γλαύκωμα μπορεί να αντιμετωπιστεί μειώνοντας την ενδοφθάλμια πίεση χρησιμοποιώντας φαρμακευτική αγωγή (σταγόνες για το μάτι), χειρουργικά ή με laser (Λιοδάκης, 2000).

Τράχωμα: Αποτελεί την κυριότερη αιτία τύφλωσης από μόλυνση. Η μόλυνση αυτή εμφανίζεται πρωταρχικά στην βρεφική και την παιδική ηλικία. Η ασθένεια αυτή ευημερεί σε περιοχές όπου υπάρχει έλλειψη νερού, ανεπαρκής υγιεινή και σε περιοχές που υπάρχουν πολλές μύγες. Η μόλυνση αυτή συνεχίζεται για χρόνια και το συσσωρευτικό αποτέλεσμα πολλών φλεγμονωδών επεισοδίων μπορεί να οδηγήσει το άνω βλέφαρο να στρίψει προς τα μέσα, έτσι ώστε οι βλεφαρίδες να τρίβονται στο βολβό του ματιού, προκαλώντας έντονο πόνο και ουλή στο μάτι με αποτέλεσμα να οδηγεί σε συνεχή πόνο και φωτοφοβία. Η αντιμετώπισή του γίνεται χειρουργικά ή με τη χορήγηση αντιβιοτικών για τη θεραπεία της μόλυνσης και με τον καθαρισμό του προσώπου για να μην εξαπλωθεί η μόλυνση. Επιπλέον θα πρέπει να βελτιωθεί οι

περιβαλλοντικές συνθήκες με την πρόσβαση σε νερό και να τηρούνται κανόνες υγιεινής (<http://www.who.int/trachoma/disease/en/>).

Η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας: Πλήττει την κεντρική περιοχή του αμφιβληστροειδή χιτώνα που είναι υπεύθυνη για την κεντρική όραση. Συνήθως εμφανίζεται σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και όχι και τόσο συχνά στην παιδική ηλικία (Heward, 2011). Καθώς η ασθένεια προχωρά, το συχνότερο σύμπτωμά της είναι μια θολωμένη περιοχή κοντά στην κεντρική όραση και, αργότερα, τα αντικείμενα μπορεί να μην φαίνονται τόσο φωτεινά όσο ήταν. Κύριοι λόγοι εμφάνισής της είναι γενετικοί παράγοντες Δεν έχει βρεθεί κάποιος τρόπος αντιμετώπισής της (https://nei.nih.gov/health/maculardegen/armd_facts).

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια: Πλήττει άτομα στην παραγωγική τους ηλικία, δηλαδή από 20-64 ετών. Προκαλείται από αλλοιώσεις που λαμβάνουν χώρα στον αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού και συγκεκριμένα στα τριχοειδή του αγγεία εξαιτίας του αυξημένου ζαχάρου στο αίμα (σακχαρώδης διαβήτης) (Heward, 2001).

3.4. Χαρακτηριστικά ατόμων με οπτική αναπηρία

Έχουν διεξαχθεί πολλές που υποστηρίζουν ότι τα τυφλά άτομα ίσως έχουν ενισχυμένη ακουστική και απτική οξύτητα (Roder & Rosler, 2004· Theoret, Merabet & Pascual-Leone, 2004· Collignon, Voss et al., 2009). Τα άτομα με διαταραγμένη όραση διαχειρίζονται με ποικίλους τρόπους το πρόβλημά τους ανάλογα με το εύρος και την έκταση του προβλήματός τους, το μορφωτικό τους επίπεδο, το χρονικό σημείο που απέκτησαν την αναπηρία, από την ύπαρξη διαθέσιμων για το πρόβλημά τους υπηρεσιών κ.α (Morse, 2004). Παρατηρείται ότι τα τυφλά ή τα μερικώς βλέποντα παιδιά παρουσιάζουν καθυστερημένη *κινητική ανάπτυξη* συγκριτικά με τους βλέποντες καθώς δυσκολεύονται να συντονίσουν τις κινήσεις του και να προσανατολιστούν σωστά στο χώρο και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη γενική τους κινητικότητα. Ωστόσο, πλέον τα άτομα με προβλήματα όρασης μπορούν να χρησιμοποιούν το λευκό μπαστούνι ή τον συνοδευτικό σκύλο προκειμένου να καταφέρουν να κινηθούν και να προσανατολιστούν σωστά στο χώρο (Τσιναρέλης, 2005).

Στην βρεφική ηλικία δεν είναι εμφανείς οι διαφορές στη *γλωσσική ανάπτυξη* ανάμεσα στα άτομα με όραση και σε εκείνα με προβλήματα όρασης. Τα παιδιά με

κάποια οπτική αναπηρία αδυνατούν να ρυθμίσουν σωστά τον τόνο της φωνής τους, μιλούν πιο δυνατά και αργά, δεν κάνουν συχνή χρήση της γλώσσας του σώματος και η φωνητική τους ομιλία είναι περιορισμένη (Λιοδάκης, 2000). Το γλωσσικό τους επίπεδο τους επιτρέπει να διεξάγουν μια συζήτηση με τον συνομιλητή τους αλλά δεν τους επιτρέπει να συναναστραφούν κοινωνικά. Γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται να χρησιμοποιούν τις γλωσσικές δεξιότητες που διαθέτουν σε δεδομένο πλαίσιο. Εκτός από τα παραπάνω, δεν χρησιμοποιούν συχνά χειρονομίες, η γλώσσα τους χαρακτηρίζεται από στερεοτυπία και ρωτούν πολλές φορές χωρίς λόγο συγκριτικά με τα παιδιά χωρίς διαταραγμένη όραση (Pring & Tadic, 2010). Επιπλέον, χρησιμοποιούν τη γλώσσα για να επικοινωνήσουν και όχι για άλλους λόγους (π.χ. ανάπτυξη μιας ιδέας, πράγμα που κάνουν τα βλέποντα παιδιά (Κουτάντος, 2005). Αδυνατούν να συγχρονίσουν την σωματική με τη λεκτική τους επικοινωνία, ενώ πολλές φορές τα άτομα με προβλήματα όρασης επιδίδονται σε λανθασμένες αντιδράσεις όταν λαμβάνει χώρα ένα γεγονός λ.χ. μπορεί να γελάσουν ενώ το γέλιο δε θα έπρεπε (Sacks, 2006).

Το νοητικό δυναμικό των ατόμων με προβλήματα όρασης δε διαφέρει από τις διανοητικές ικανότητες των ατόμων δίχως προβλήματα όρασης. Ωστόσο, πολλές φορές παρατηρείται χαμηλότερη σχολική επίδοση από εκείνη των συνομήλικων βλεπόντων συμμαθητών τους, γεγονός που αποδίδεται στην καθυστερημένη εννοιολογική ανάπτυξη και στον αργό ρυθμό ανάγνωσης (Πολυχρονοπούλου, 2001). Τα παιδιά με διαταραγμένη όραση δεν μπορούν να κατηγοριοποιήσουν τις γνώσεις τους και τοποθετούν κάθε πληροφορία που λαμβάνουν σε ξεχωριστό πλαίσιο. Επιπλέον, τα άτομα με κάποιου είδους οπτική αναπηρία δυσκολεύονται να συσχετίσουν τις εμπειρίες μεταξύ τους. Επομένως, καθίσταται ιδιαίτερος δύσκολη η εκμάθηση αφηρημένων εννοιών, γλωσσικών εννοιών, ιδιωματικών εκφράσεων και αναλογιών (Heward, 2011).

Τα άτομα με οπτική αναπηρία θα πρέπει να προσπαθήσουν να κατακτήσουν τις παρακάτω κοινωνικές δεξιότητες: σωστή χρήση της γλώσσας του σώματος, σωστές χειρονομίες και αντιδράσεις, απόπειρες επαφής με τα μάτια με το συνομιλητή, να κοιτάν προς το μέρος που έρχεται η ομιλία ή ο θόρυβος που ακούν, να σταθούν και να κινηθούν ορθά στο χώρο και, τέλος, να καταλαβαίνουν πότε πρέπει να μιλήσουν ψιθυριστά και πότε κανονικά (Russotti, Shaw & Spungin, 2004).

Αποτελεί κοινή διαπίστωση το γεγονός ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία διακατέχονται από μοναδικές συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες και ότι υπάρχει

σαφής διαφοροποίηση μεταξύ τους ως προς το επίπεδο που μπορούν να προσαρμοστούν ψυχολογικά στο πρόβλημά τους (Jackson & Taylor, 2001). Η συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των ατόμων με προβλήματα όρασης εξαρτάται ως επί το πλείστον από την ηλικία, από το ακριβές χρονικό σημείο που έχασαν την όρασή τους και από τον πιθανό φόβο στους μερικώς βλέποντες ότι θα τυφλωθούν πλήρως (Sacks, 2010). Επιπροσθέτως, η συναισθηματική εξέλιξη του ατόμου με προβλήματα όρασης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις αντιδράσεις των ατόμων δίχως προβλήματα όρασης και από το είδος και την έκταση του προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας της συναισθηματικής κατάστασης αυτής της ομάδας είναι και η στάση των γονιών απέναντί της. Οι τύψεις συνειδήσεως που αισθάνονται οι γονείς ότι αυτοί είναι υπεύθυνοι για την κατάσταση του παιδιού τους, το συναίσθημα οίκτου και υπέρμετρης προστασίας, η συγκαλυμμένη ή κατάφωρη απόρριψή του αποτελούν τροχοπέδη για την συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού τους (Κρουσταλλάκης, 2004). Άλλοι θεωρούν το πρόβλημα του παιδιού τους ως θέλημα Θεού και άλλοι ως τιμωρία από το Θεό. Υπάρχουν, όμως, και οικογένειες που θεωρούν ότι τα παιδιά τους μπορούν να συνεισφέρουν στην οικογένεια με διάφορους τρόπους (Sacks, 2010). Συνεπώς, υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης μιας ποικιλίας συναισθηματικών διαταραχών όπως κατάθλιψη, αγωνία, ανησυχία (Lotery, Xu, Zlatava & Loftus, 2007· Walker, Anstey & Lord, 2006). Πολλές φορές οι βλέποντες τυγχάνει να υπερεκτιμούν τις δυνατότητες των ατόμων με κάποια οπτική αναπηρία και άλλες φορές θεωρούν ότι τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στη διεκπεραίωση κάποιων δραστηριοτήτων. Έτσι, επιδίδονται σε άστοχες συμπεριφορές προς τους τυφλούς ή τους μερικώς βλέποντες εκφράζοντας υπερβολική συμπάθεια και θαυμασμό για ικανότητες που θεωρείται δεδομένο ότι κατέχουν και ενδέχεται να εκφράσουν συναισθήματα λύπησης και υπερπροστασίας. Οι αντικειμενικές δυσκολίες των ατόμων με προβλήματα όρασης και η στάση της συντριπτικά πλειοψηφούσας ομάδας μπορούν να αναστείλουν την ομαλή ανάπτυξη της προσωπικότητας των ατόμων με οπτική αναπηρία. Η αυτοεκτίμησή τους πλήττεται από τα αισθήματα κατωτερότητας που βιώνουν, τους φόβους και την απομόνωση. Ελλοχεύει ο κίνδυνος εμφάνισης άρνησης, παραίτησης, υποχώρησης, επιθετικής συμπεριφοράς, απομόνωσης λόγω της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της στάσης της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με διαταραχές όρασης (Τσιναρέλης, 2005).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είναι εξαιρετικά δύσκολο για τα παιδιά με κάποια οπτική αναπηρία να διαβάσουν τη γλώσσα του σώματος και τις εκφράσεις του προσώπου των συνομηλίκων τους. Επίσης, δυσκολεύονται να ανταποκριθούν θετικά στην πρόσκληση για παιχνίδι από τους συμμαθητές τους. Συμπληρωματικά, τα παιδιά με οπτική αναπηρία δυσκολεύονται κατά την έναρξη του σχολείου στην κοινωνική προσαρμογή τους σε σχέση με τους βλέποντες μαθητές (Tadic et al., 2010). Καθώς τα παιδιά αυτά έχουν περιορισμένες κοινωνικές ικανότητες, επίκειται ο κίνδυνος της κοινωνικής απομόνωσης, ειδικότερα όταν η όραση χειροτερεύει όλο και περισσότερο ή όταν μπαίνουν στην εφηβεία και αλλάζουν σχολείο (Douglas et al., 2009). Τα παιδιά με οπτική αναπηρία βιώνουν πολλά προβλήματα στην καθημερινή τους επικοινωνία και κοινωνική αλληλεπίδραση. Αυτά τα προβλήματα συνίστανται στη δυσκολία αναγνώρισης άλλων ανθρώπων, στο ότι πρέπει να «διαπραγματεύονται» τη βοήθεια των άλλων (Naraine & Lindsay, 2011) και μπορεί να οδηγήσουν στην κοινωνική περιθωριοποίησή τους (Naraine & Lindsay, 2011· Richards et al., 2010). Αυτά τα προβλήματα συναντούν όλες οι ηλικίες (Gold et al., 2010). Στις μεγαλύτερες όμως ηλικίες υπάρχει η ανησυχία ότι όλες αυτές οι καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε χαμηλή αυτοπεποίθηση, σε κοινωνικό παραγκωνισμό ακόμα και σε αισθήματα μοναξιάς (Heine & Browning, 2004).

Η *ψυχολογική διάσταση* της οπτικής αναπηρίας γίνεται εμφανής τόσο στα άτομα που την έχουν όσο και στα άτομα που συναναστρέφονται πρώτη φορά μαζί τους. Η βιβλιογραφία κάνει λόγο για την αρνητική στάση της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με προβλήματα όρασης. Υπάρχουν τεκμήρια που αποδεικνύουν ότι οι μαθητές με διαταραχές όρασης δίνουν την ευκαιρία στους βλέποντες συμμαθητές και ομιλητές τους να υπερκεράσουν κάθε είδους άγνοια, προκατάληψη ή στερεότυπο. Πολύ συχνά χρησιμοποιούν μια ποικιλία στρατηγικών και εξισοροπητικούς συμβιβαστικούς τρόπους συμπεριφοράς όπως το χιούμορ, η αυτοπεποίθηση, το να βγάζουν τους βλέποντες συνομιλητές τους από την αμηχανία και να τους αποκαλύπτουν επακριβώς το επίπεδο της αναπηρίας τους (Powell, 2003).

"Η κώφωση δεν είναι το αντίθετο της ακοής. Είναι μια σιωπή γεμάτη ήχο."

— Mark Medhoff

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Η ακοή είναι μια από τις πέντε (5) αισθήσεις του ανθρώπου και είναι από τις πιο σημαντικές καθώς συνδέεται άρρηκτα με την ομιλία, μέσω της οποίας ο άνθρωπος εξωτερικεύει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του και προσλαμβάνει χρήσιμες πληροφορίες (Δελλασούδας, 2005).

4.1. Ορισμοί κώφωσης - βαρηκοΐας

4.1.1. Εκπαιδευτικός ορισμός κωφού - βαρήκοου

Σε συνδιάσκεψη των διευθυντών των σχολείων κωφών της Αμερικής διατυπώθηκε ο πιο ευρύτερα αποδεκτός στο χώρο της εκπαίδευσης ορισμός για την έννοια «κωφό άτομο». Με βάση, λοιπόν, αυτόν τον ορισμό, «κωφό είναι το άτομο το οποίο, εξαιτίας της απώλειας της ακοής του (ο βαθμός απώλειας της ακοής είναι συνήθως μεγαλύτερος από 70 dB, στις βασικές και στις υψηλές συχνότητες), παρεμποδίζεται στην κατανόηση της ομιλίας μέσω του ακουστικού καναλιού, χρησιμοποιώντας ή μη ακουστικά βαρηκοΐας ή άλλα τεχνικά βοηθήματα». Αναλογικά, «βαρήκοο είναι το άτομο το οποίο, εξαιτίας της απώλειας της ακοής του (ο βαθμός απώλειας της ακοής του κυμαίνεται συνήθως στα 25-69 dB σε όλες τις συχνότητες), δυσκολεύεται αλλά δεν παρεμποδίζεται στην κατανόηση της ομιλίας μέσω του ακουστικού καναλιού, χρησιμοποιώντας ή μη ακουστικά βαρηκοΐας ή άλλα τεχνικά βοηθήματα» (Moogres, 1996 στ. Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010, σελ.28-29).

Εν ολίγοις, κωφός είναι αυτός που δεν αντιλαμβάνεται την ομιλία με την ακοή του αλλά χρησιμοποιεί το οπτικό του κανάλι για να έχει πρόσβαση στην πληροφορία, ενώ οι βαρήκοοι, προκειμένου να έχουν πρόσβαση στην πληροφορία, χρησιμοποιούν και το οπτικό και το ακουστικό τους κανάλι, παρόλο που αντιμετωπίζουν δυσκολίες (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010, σελ.29).

4.1.2. Ιατρικοί ορισμοί

Στην ιατρική σπάνια χρησιμοποιούνται οι ορισμοί κωφός και κώφωση. Συνήθως χρησιμοποιούνται οι όροι βαρήκοος και βαρηκοΐα που δηλώνουν ότι άτομο θα μπορούσε να έχει πρόσβαση στη γνώση μέσω του ακουστικού καναλιού, χωρίς να αποκλείεται εντελώς η χρήση του όπως θα γινόταν με τους όρους κωφός και κώφωση. Στις ιατρικές γνωματεύσεις συναντάμε τους όρους βαρήκοος και βαρηκοΐα και χρησιμοποιούνται οι παρακάτω ορισμοί (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010, σ.31):

Ως προς το βαθμό απώλειας της ακοής (ΠΙΝΑΚΑΣ 4):

Φυσιολογική ακοή	0-25 dB
Ήπια βαρηκοΐα	26-40 dB
Μέτρια βαρηκοΐα	41-55 dB
Μετρίως σοβαρή βαρηκοΐα	56-70 dB
Σοβαρή βαρηκοΐα	71-90 dB
Βαριάς μορφής βαρηκοΐα	>90 dB

(Marschark, 2007)

Το ντεσιμπέλ (decibel ή dB) αποτελεί την πιο συνηθισμένη μονάδα μέτρησης της έντασης του ήχου ή ηχηρότητας. Η ένταση της κανονικής ομιλίας σε ένα ήσυχο περιβάλλον είναι 60-65 dB. Η ένταση δεν είναι όμως ο μοναδικός παράγοντας που επηρεάζει κατά πόσο μπορούμε να ακούσουμε την ομιλία. Σημαντικός παράγοντας είναι και η συχνότητα του ήχου, η οποία μετράται σε κύκλους ανά δευτερόλεπτο ή Χερτζ/Χερτζ (hertz ή Hz) (Marschark, 2007). Οι άνθρωποι μπορούν να ακούσουν ήχους εύρους 500-2000 Hz (Heward, 2011).

Ως προς την παθολογία του ακουστικού οργάνου:

- *Νευροαισθητήρια βαρηκοΐα:* Οφείλεται σε βλάβη στο νευροαισθητήριο σύστημα αντίληψης του ήχου και προσβάλλει το εσωτερικό αυτί, την κεντρική ακουστική οδό, τον ακουστικό φλοιό και το κοχλιακό νεύρο (Martin & Clark, 2006). Η ακουστική απώλεια είναι περισσότερη από 60 dB (Marschark, 2007).
- *Βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας ή αγωγής:* Οφείλεται σε βλάβη του συστήματος αγωγής του ήχου και πιο συγκεκριμένα με το έξω ή το μέσο αυτί (Martin & Clark, 2006). Είναι λιγότερη σοβαρή από τη νευροαισθητήρια και κυμαίνεται μέχρι τα 60 dB (Marschark, 2007).
- *Βαρηκοΐα μικτού τύπου:* Οφείλεται σε βλάβη και στο σύστημα αγωγής του ήχου και στο σύστημα αντίληψης του ήχου (Martin & Clark, 2006).

Ως προς το όργανο:

- *Αμφοτερόπλευρη βαρηκοΐα:* Ο παθών παρουσιάζει βαρηκοΐα και στα δυο του αυτιά.
- *Μονόπλευρη βαρηκοΐα:* Ο παθών παρουσιάζει βαρηκοΐα στο ένα του αυτί (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010).

Ως προς το χρόνο εμφάνισης της ακουστικής απώλειας:

- *Προγλωσσικά κωφό άτομο:* Ονομάζεται το άτομο που παρουσιάζει ακουστικές βλάβες πριν από την ανάπτυξη της ομιλούμενης γλώσσας (πριν από τα 2-3 χρόνια). Όλες οι εκ γενετής ακουστικές βλάβες είναι και προγλωσσικές αλλά όμως δεν ισχύει το αντίστροφο.
- *Μεταγλωσσικά κωφό άτομο:* Ονομάζεται το άτομο που παρουσιάζει ακουστικές βλάβες μετά την ανάπτυξη της ομιλούμενης γλώσσας (Walker, 2013· Smith, Shearer, Hildebrand & Van Camp, 2014).

4.2. Αίτια ακουστικής αναπηρίας

Βλάβες στο ακουστικό όργανο, στο ακουστικό κέντρο και στο ακουστικό νεύρο είναι ικανές να προκαλέσουν κώφωση και βαρηκοΐα. Τα κυριότερα αίτια των προβλημάτων ακοής μπορούν να χωριστούν σε 2 γενικές κατηγορίες. Σε αυτά που οφείλονται σε κληρονομικούς παράγοντες και σε αυτά που οφείλονται σε επίκτητους παράγοντες (Κυπριωτάκης, 2000).

Κληρονομικά αίτια:

- Ωτοσκλήρυνση, το σύνδρομο Alport, η οικογενής βαρηκοΐα αντιλήψεως (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004, σελ. 257),
- Μετάδοση της κώφωσης από τους γονείς με κώφωση και ο εκφυλισμός του ακουστικού νεύρου και η κακή κατασκευή του αυτιού (Κυπριωτάκης, 2000).

Επίκτητα αίτια: Διακρίνονται σε προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά.

Προγεννητικά αίτια:

- Μολυσματικές ασθένειες όπως η ερυθρά, η ιλαρά, η παρωτίτιδα ακόμα και η κοινή γρίπη, οι οποίες ενδέχεται να προσβάλλουν τη μητέρα κατά την ενδομήτρια ζωή (Κυπριωτάκης, 2000).
- Μόλυνση από κυτταρομεγαλοϊό (CMV): Ιό που μολύνει τα νεογέννητα. Αποτελεί κύριο αίτιο κώφωσης και βαρηκοΐας και μεταδίδεται είτε μέσω του πλακούντα είτε μέσω του μητρικού γάλακτος. Δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο (Mooges, 2007).
- Μεταβολικά σύνδρομα της μητέρας (σακχαρώδης διαβήτης, υποθυρεοειδισμός, νεφρίτιδα).
- Σύφιλη, τοξιναιμία της εγκυμοσύνης, τοξόπλασμα, διάφορα φάρμακα, επιπλοκές της εγκυμοσύνης, αλκοόλ ακόμα και το κάπνισμα και οι ναρκωτικές ουσίες (Κρουσταλλάκης, 2005).

Περιγεννητικά αίτια:

- Πρόωρη γέννηση ή τραυματισμός του εγκεφάλου κατά τον τοκετό (Κυπριωτάκης, 2000, σελ.31· Mooges, 2007).
- Η ανοξία ή υποξία του εγκεφάλου κατά τον τοκετό (Κυπριωτάκης, 2000, σελ.3· Κρουσταλλάκης, 2005).
- Η υπερβολική νάρκωση στη μητέρα (Κρουσταλλάκης, 2005).
- Όταν το αίμα της μητέρας δεν είναι συμβατό με το αίμα του βρέφους, κατάσταση που ορίζεται ως ασυμβατότητα Rhesus ή αιμολυτική νόσος του νεογνού (Κυπριωτάκης, 2000, σ.31· Κρουσταλλάκης, 2005).

Μεταγεννητικά αίτια:

- Οστρακιά, παρωτίτιδα, μηνιγγίτιδα, διφθερίτιδα, γρίπη, ιλαρά, πνευμονία, ωτίτιδα (Κρουσταλλάκης, 2005).
- Χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η στρεπτομυκίνη, νεομυκίνη και άλλα φάρμακα διουρητικά και κυτταροστατικά (Κρουσταλλάκης, 2005).

- Φλεγμονές του ακουστικού οργάνου (π.χ. ωτίτιδα, λαβυρινθίτιδα) (Κρουσταλλάκης, 2005).
- Τραυματισμοί: Ήχοι υψηλής έντασης, διάσειση του εγκεφάλου, χειρουργικά λάθη, κατάγματα του λιθοειδούς (Κρουσταλλάκης, 2005).
- Ψυχογενετικά αίτια που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην υστερική κώφωση (Κρουσταλλάκης, 2005).

Η εξεύρεση των αιτιών της βαρηκοΐας και της κώφωσης είναι εξαιρετικά δύσκολη, καθώς κοιτώντας κανείς την κλινική εργαστηριακή κατάσταση των πασχόντων παιδιών και το ιστορικό τους δεν προκύπτει καμία αιτιολογία, και συνεπώς τα περισσότερα από αυτά τα περιστατικά συνοδεύονται από την έκφραση «άγνωστη αιτιολογία» (Ζιάβρα & Σκευάς, 2009· Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010, σελ. 38).

4.3. Πληθυσμός των κωφών

Υπάρχουν 360 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως με κάποιο είδος ακουστικής αναπηρίας, ποσοστό που αποτελεί το 5,3% του παγκόσμιου πληθυσμού. Τα 328 εκατομμύρια από το σύνολο των ατόμων με ακουστική αναπηρία, δηλαδή το 91%, είναι ενήλικες (183 εκατομμύρια άντρες και 145 εκατομμύρια γυναίκες). Τα υπολειπόμενα 2 εκατομμύρια (9%) είναι παιδιά. Τα περισσότερα άτομα με ακουστικές αναπηρίες τοποθετούνται στην νότια Ασία και στην υποσαχάρια Αφρική (WHO, 2012).

4.4. Χαρακτηριστικά ατόμων με ακουστική αναπηρία

Τα παιδιά με οποιαδήποτε βαρηκοΐα παρουσιάζουν χαμηλή *ακαδημαϊκή επίδοση* στον τομέα της ανάγνωσης και των μαθηματικών σε σύγκριση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά και ότι το χάσμα μεταξύ τους όλο και μεγαλώνει (ASHA, 2007a στ. Heward, 2011). Σε καμία όμως περίπτωση δεν θα πρέπει να συγχέεται η επιτυχία ή αποτυχία τους στον ακαδημαϊκό τομέα με τις *διανοητικές τους ικανότητες*, καθώς κάτι τέτοιο δεν ισχύει και μάλιστα πολλοί κωφοί μαθητές διαπρέπουν ακαδημαϊκά (Karchmer & Mitchell, 2005· Williams & Finnegan, 2003). Τα κωφά ή βαρήκοα

αντιμετωπίζουν λεξιλογικές γραμματικές ή συντακτικές δυσκολίες. Τα παιδιά αυτά μπορεί να μιλούν δυνατά ή χαμηλόφωνα, ο τόνος τους μπορεί να παρουσιάζει διακυμάνσεις και ο λόγος τους να μην είναι καταληπτός λόγω της παράλειψης κάποιων ήχων όπως /κ/, /σ/, /τ/, /φ/ (Heward, 2011). Τα βαρήκοα παιδιά επιδίδονται σε αντικαταστάσεις και σε αλλοιώσεις γραμμάτων μέσα στις λέξεις. Αντιμετωπίζουν προβλήματα στις καταλήξεις των μορφημάτων και στις σύνθετες συντακτικές δομές, γι' αυτό η δομή των προτάσεων που κατασκευάζουν είναι απλή (Υποκείμενο-Ρήμα-Αντικείμενο) χωρίς πολλές λέξεις. Έχουν περιορισμένο λεξιλόγιο και αντιμετωπίζουν προβλήματα σημασιολογίας. Πολλές φορές δε γνωρίζουν κοινωνικούς κανόνες της συζήτησης και δεν ξέρουν πότε να πάρουν το λόγο στη συζήτηση και να κάνουν αλλαγή θέματος (Οκαλίδου, 2002). Ο λόγος των παιδιών με σοβαρά προβλήματα βαρηκοΐας και κώφωση είναι δυσνόητος σε σχέση με τα άτομα χωρίς σοβαρά προβλήματα ακοής. Επομένως, ο βαθμός απώλειας της ακοής επηρεάζει την καταληπτότητα του λόγου. Η φωνολογία τους είναι παρεμφερής με αυτήν των ακουόντων παιδιών, απλά ίσως να είναι πιο καθυστερημένη (Kuder, 2003). Αποφεύγουν τη χρήση δευτερευουσών προτάσεων και γενικότερα τη χρήση περίπλοκων προτάσεων. Η κατάσταση αυτή συνεχίζεται ακόμα και μετά την ενηλικίωσή τους και επηρεάζει και την χειλεανάγνωση καθώς υπάρχουν παρεξηγήσεις από λανθασμένες ερμηνείες των λεγομένων. Τα παιδιά χωρίς σοβαρά προβλήματα βαρηκοΐας και ακοής δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην πραγματολογική τους ανάπτυξη (Paul, 2001).

Τα άτομα με ακουστική αναπηρία παρουσιάζουν εύλογες δυσκολίες στον *επικοινωνιακό τομέα* καθώς στηρίζονται μόνο στην όρασή τους για να επικοινωνήσουν και όχι στην ακοή τους. Αυτό έχει ως αντίκτυπο να παρερμηνεύουν τα λεγόμενα των συνομιλούντων τους, ακόμα και να χάνουν τα λεγόμενά τους. Ακολούθως καθυστερούν να δημιουργήσουν σχέσεις με τους συνανθρώπους τους που δεν έχουν ακουστική αναπηρία (Marschark & Hauser, 2008). Οι φτωχές επικοινωνιακές τους δεξιότητες οδηγούν σε χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη, ενώ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους. Η χαμηλή αυτοπεποίθησή τους, τα ζητήματα ταυτότητας και οι οικογενειακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν ενδέχεται να οδηγήσουν σε συναισθηματικές διαταραχές, με κυρίαρχο το άγχος. Νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπως η ΔΕΠ-Υ και ο αυτισμός είναι πιο συνηθισμένες σε κωφά παιδιά, αλλά δεν διαγιγνώσκονται εγκαίρως (Walker, 2013).

Η κοινωνικοσυναισθηματική εξέλιξη των κωφών παιδιών εξαρτάται από την οικογένεια και τις δεξιότητες που μεταφέρει στο παιδί καθώς και από τον κοινωνικό του περίγυρο (Calderon & Greenberg, 2000· Crowe, 2003). Οι κωφοί γονείς αναμένουν να φέρουν στον κόσμο ένα κωφό παιδί και έτσι αποδέχονται ευκολότερα την αναπηρία του, γεγονός που συμβάλλει στην κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού (Crowe, 2003). Αντιπαραβάλλοντας τα κωφά παιδιά που γεννήθηκαν από κωφούς γονείς και τα κωφά παιδιά που γεννήθηκαν από ακούοντες γονείς, τα πρώτα υπερτερούν ως προς τα επίπεδα κοινωνικής ωριμότητας και συμπεριφορικού αυτοελέγχου λόγω της χρήσης της νοηματικής επικοινωνίας με τους γονείς τους από τα πρώτα κιόλας στάδια ανάπτυξης τους (Heward, 2011). Επιπλέον, τα κωφά παιδιά επιδεικνύουν καλύτερη συμπεριφορά και αναπτύσσονται κοινωνικοσυναισθηματικά ότι υπάρχει επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας και, ιδίως, με τις μητέρες (Calderon, 2000). Οι μαθητές με σοβαρά προβλήματα ακοής βιώνουν την απομόνωση στο σχολείο, χωρίς παρέες και διακατέχονται από το αίσθημα της δυστυχίας, όταν οι συναναστροφές τους με συνομηλίκους τους που παρουσιάζουν την ίδια μορφή αναπηρίας είναι περιορισμένες (ASHA, 2007a στ. Heward, 2011). Παρουσιάζουν καλύτερο έλεγχο της συμπεριφοράς τους και έχουν ωριμάσει περισσότερο κοινωνικά τα κωφά άτομα κωφών γονέων από εκείνα των ακούοντων. Αυτό οφείλεται στη χρήση της χειρομορφικής επικοινωνίας που γίνεται πολύ γρηγορότερα στις οικογένειες με κωφούς γονείς. Οι κωφοί συνήθως προτιμούν να εργάζονται, να ζουν και να αλληλεπιδρούν κοινωνικά με κωφά άτομα παρά με ακούοντα άτομα (Heward, 2011). Τα άτομα με κάποια απώλεια ακοής συνήθως νιώθουν κατάθλιψη, ψυχική κούραση, θυμό, κοινωνική περιθωριοποίηση και άρνηση (Andrews, 2004). Τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου που έχει αποδεχθεί την αναπηρία του είναι η δυναμικότητα που εκπέμπουν, η κοινωνική προσαρμογή τους, η ανεξαρτησία τους, ο ενστερνισμός της νοηματικής γλώσσας, η αυτοπραγμάτωση και η θετική αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση (Scheetz, 2004). Οι έρευνες έχουν καταδείξει ότι τα άτομα με κάποιο είδος ακουστικής αναπηρίας αντιμετωπίζουν συναισθηματικές διαταραχές. Δεν είναι συναισθηματικά ώριμα και επομένως δεν μπορούν να προσαρμοστούν στον συναισθηματικό τομέα, ενώ επίσης διακατέχονται από αισθήματα ντροπής. Ωστόσο, άλλες έρευνες δεν καταγράφουν ιδιαίτερες διαφορές στον κοινωνικοσυναισθηματικό τομέα ανάμεσα στα άτομα με ακουστική αναπηρία και χωρίς ακουστική αναπηρία. Τέλος, μπορεί ακόμα να διακατέχονται τα άτομα με

ακουστική αναπηρία από συναισθήματα κατωτερότητας και ματαίωσης (Mooges, 2007).

"Ακόμα και η πιο ασήμαντη κινητική αναπηρία μπορεί να κάνει δύσκολη την καθημερινή ζωή."

— Sara Furguson' io

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

5.1. Ορισμοί κινητικής/σωματικής αναπηρίας

Ο πιο ολοκληρωμένος ορισμός που αντικατοπτρίζει πλήρως την έννοια της *κίνησης*, την ορίζει ως « τον τρόπο με τον οποίο ζούμε και εκφράζουμε την παρουσία μας στον κόσμο με το σώμα μας». Η κίνηση προϋποθέτει την αρμονική συνεργασία του οστικού, του νευρικού και του μυϊκού συστήματος. Χαρακτηριστικά της κίνησης είναι η ταχύτητα, η επιτάχυνση, η δύναμη και η αρμονία που μπορεί να τυγχάνουν μερικής ή πλήρους αλλοίωσης στο πλαίσιο μιας γενικότερης κλινικής εικόνας (Σπετσιώτης & Σταθόπουλος, 2003).

Σύμφωνα με την IDEA (Individuals with Disabilities Education Act), «η *κινητική/ορθοπαιδική αναπηρία* είναι οποιαδήποτε σωματική αναπηρία που επηρεάζει αρνητικά την εκπαιδευτική διαδικασία». Στον ορισμό συγκαταλέγονται οι ακρωτηριασμοί, η εγκεφαλική παράλυση, η πολιομυελίτιδα, η φυματίωση των οστών και η έλλειψη ενός μέλους του σώματος. «Ως κινητική αναπηρία ορίζεται οποιαδήποτε αλλοίωση της κίνησης, είτε λόγω απώλειας, είτε λόγω περιορισμού κατόπιν βλάβης, η οποία ενδέχεται να έχει επιπτώσεις σε ορισμένους τομείς της καθημερινότητας του ατόμου, όπως η αυτοφροντίδα, η μάθηση, η επαγγελματική απασχόληση, η ψυχαγωγία, οι κοινωνικές συναναστροφές και η ανεξαρτητοποίηση» (Wilson-Jones, Morgan, Shelton & Thorogood, 2007).

5.2. Συχνότητα εμφάνισης κινητικής/σωματικής αναπηρίας

Είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί ο συνολικός πληθυσμός με κινητική αναπηρία, επειδή υπάρχουν πάρα πολλές αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν κινητικά προβλήματα στον άνθρωπο και δεν μπορούν να καταγραφούν επισήμως καθώς είναι ήπιας μορφής. Π.χ. μπορεί να καταγραφεί ο πληθυσμός των ατόμων με εγκεφαλική παράλυση που είναι μια σοβαρή μορφή αναπηρίας άλλα δεν μπορεί να καταγραφεί ο συνολικός αριθμός των ατόμων με σκολίωση για ευνόητους λόγους.

Σε ακαδημαϊκό, όμως, επίπεδο τη σχολική χρονιά 2005-2006 μόνο 60.000 άτομα με ορθοπεδικά κινητικά προβλήματα δέχτηκαν υπηρεσίες ειδικής εκπαίδευσης, αριθμός που αντιπροσωπεύει μόνο το 1% των συνολικού πληθυσμού που δέχονται υπηρεσίες ειδικής εκπαίδευσης. Ο μικρός αυτός αριθμός οφείλεται ότι δεν έχουν ακαδημαϊκά προβλήματα τα περισσότερα άτομα με κινητικές αναπηρίες και μπορούν να παρακολουθήσουν κανονικά το σχολείο (Hill, 1999). Ο δεύτερος λόγος είναι ότι μπορεί να έχουν και άλλες αναπηρίες και να κατατάσσονται σε εκείνες τις αναπηρίες και όχι στην κινητική (Heward, 2011).

5.3. Τύποι και αίτια κινητικής/σωματικής αναπηρίας

Η πλειοψηφία των κινητικών αναπηριών έχει συσχετισθεί με ορθοπεδικές παθήσεις. Υπάρχουν, όμως, και κινητικές αναπηρίες που συνδέονται με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και με το μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπου. Οι κινητικές αναπηρίες από ιατρικής πλευράς διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Νευρολογικές διαταραχές
- Μυοσκελετικές διαταραχές
- Εκ γενετής βλάβες
- Βλάβες από ατυχήματα
- Βλάβες από διάφορες ασθένειες

(ΔΕΠΠΣ, Προσαρμοσμένης Φυσικής Αγωγής για άτομα με κινητικές αναπηρίες- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2005).

Οι κυριότεροι τύποι κινητικής αναπηρίας είναι οι εξής:

- Εγκεφαλική παράλυση: Αποτελεί μια μόνιμη σωματική αναπηρία, η οποία είναι απόρροια κάποιας ανωμαλίας ανάπτυξης του εγκεφάλου ή αποτέλεσμα εγκεφαλικής κάκωσης. Τα άτομα που παρουσιάζουν εγκεφαλική παράλυση είναι αντιμέτωπα με ένα σύνθετο φάσμα κινητικών προβλημάτων (Paravasiliou, 2009). Τα σοβαρότερα περιστατικά αυτής της αναπηρίας εμφανίζονται από την ηλικία των 3 ετών και μετά και δεν μπορούν να ιαθούν, μόνο να αντιμετωπιστούν μέχρι κάποιο σημείο (Heward, 2011).

Τα αίτια που μπορούν να οδηγήσουν σε εγκεφαλική παράλυση ποικίλλουν και είναι άγνωστα (Pellegrino, 2007). Τις περισσότερες φορές την αποδίδουν ενδεχομένως σε τραύματα στο κεφάλι, σε ατυχήματα και σε προγεννητικές, περιγεννητικές και μεταγεννητικές ασθένειες που έχουν ως αντίκτυπο την μειωμένη οξυγόνωση του εγκεφάλου και το χαμηλό βάρος των βρεφών. Υπολογίζεται ότι στα 1000 βρέφη περίπου 2 με 3 άτομα παρουσιάζουν εγκεφαλική παράλυση (Odding et al., 2006).

Η ταξινόμηση της εγκεφαλικής παράλυσης μπορεί να γίνει είτε με βάση την *ανατομική θέση* είτε με βάση τον *τύπο της νευρομυϊκής διαταραχής*.

Με βάση την ανατομική θέση:

Μονοπληγία: Πλήττεται μόνο ένα μέλος του σώματος.

Διπληγία: Πλήττει και τα άνω και τα κάτω άκρα και σε μεγαλύτερο βαθμό τα κάτω.

Τριπληγία: Πλήττει συνήθως τα δύο κάτω άκρα και το ένα αριστερό ή δεξιό άνω άκρο. Δε συμβαίνει πολύ συχνά.

Τετραπληγία: Πλήττει όλο το σώμα, εμφανίζεται δηλαδή και στα τέσσερα (4) μέλη του σώματος. Μπορεί να υπάρξει ασύμμετρη κατανομή της αναπηρίας, καθώς μπορούν να υπάρξουν περιπτώσεις όπου τα άνω άκρα να προσβληθούν περισσότερο από τα κάτω.

Ημιπληγία: Πλήττεται μόνο η αριστερή ή η δεξιά πλευρά του σώματος, δηλαδή ή το αριστερό άνω και κάτω άκρο του σώματος ή το δεξιό.

Διπλή ημιπληγία: Πλήττονται κυρίως τα άνω άκρα του σώματος και πολύ λιγότερο τα κάτω.

Παραπληγία: Πλήττονται μόνο τα 2 κάτω άκρα του σώματος. Δε συμβαίνει πολύ συχνά στην εγκεφαλική παράλυση (Heward, 2011).

Με βάση τον τύπο νευρομυϊκής διαταραχής (διαταραχής μυϊκού τόνου):

Σπαστικότητα: Οι μύες συσπώνται βίαια και χωρίς τη θέληση του ατόμου με αποτέλεσμα η κίνηση να στερείται συγχρονισμού. Οι μύες που παρουσιάζουν σπαστικότητα λιγότερο γρήγοροι από τους φυσιολογικούς μύες και κουράζονται εύκολα. Είναι ακόμα πιο αδύναμοι και δεν παρουσιάζουν έντονη αντίδραση στα εξωτερικά ερεθίσματα. Η σπαστικότητα ενδέχεται να πλήξει ένα ή περισσότερα μέλη του σώματος, ενώ η κατάσταση του ατόμου συναισθηματικά επηρεάζει το μέγεθος της σπαστικότητας.

Αθέτωση: Ιδιαίτερο γνώρισμά της είναι οι βραδείες, σπασμωδικές και ανεξέλεγκτες κινήσεις. Πλήττει από όλο το μυϊκό σύστημα με μεγαλύτερη ένταση το πρόσωπο, τα δάχτυλα και τον καρπό.

Αταξία: Οι μυς δεν μπορούν να συνεργαστούν μεταξύ τους και υπάρχει και υποτονία. Μπορεί να είναι είτε στατική (συνεργασία των μυών που συμμετέχουν στη στάση και στην ισορροπία) είτε κινητική (συνεργασία της ομάδας των μυών που συμμετέχουν στις κινήσεις).

Υποτονία: Οι μυς δεν έχουν υψηλή τάση και μπορεί να είναι γενικευμένη και εκτεταμένη υποτονία. Τα παιδιά με υποτονία παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα κινητικής δραστηριότητας και αδυνατούν να αντιδράσουν σε κάποιο ερέθισμα. Συνήθως τα άτομα με υποτονία έχουν μικροκεφαλία και νοητική υστέρηση.

Τρόμος: Χαρακτηρίζεται από ακούσιες ρυθμικές κινήσεις των άκρων, του κεφαλιού και του κορμού ακανόνιστης μορφής, όταν το άτομο βρίσκεται σε κίνηση ή ακόμη και όταν δεν βρίσκεται σε κίνηση.

Δυσκαμψία: Όλα σχεδόν τα μέλη του σώματος παρουσιάζουν έντονη σπαστικότητα. Διαγιγνώσκεται από πολύ νωρίς. Χαρακτηριστικά της αποτελούν η δυσκαμψία και η μικρή περίμετρος του κεφαλιού, ενώ μπορεί να συνοδεύεται και από νοητική υστέρηση.

Είναι πολύ δύσκολο να παρουσιαστεί στα παιδιά μόνο ένας τύπος εγκεφαλικής παράλυσης. Οπότε μπορεί να έχουμε και μεικτές μορφές εγκεφαλικής παράλυσης (συνδυασμός αθετωσικής και σπαστικής μορφής) (Τζούδα, 2005). Η σπαστική μορφή εγκεφαλικής παράλυσης κατέχει την μερίδα του λέοντος, καθώς εμφανίζεται περίπου σε 40-60% των ατόμων ου παρουσιάζουν κάποια μορφή εγκεφαλικής παράλυσης. Έπεται η αθέτωση με ποσοστό 15-20% και

ακολουθούν οι υπόλοιπες μορφές με μικρότερα ποσοστά (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995).

- Επιληψία: Συνιστά μια από τις πιο σημαντικές νευρολογικές καταστάσεις. Η εγκεφαλική δραστηριότητα του ατόμου είτε αυτό είναι ξύπνιο είτε κοιμάται δεν σταματά. Οι κρίσεις επιληψίας εμφανίζονται από μη φυσιολογική δραστηριότητα των κυττάρων του εγκεφάλου, όταν δηλαδή τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου φορτιστούν με υπερβολική ηλεκτρική ενέργεια. Αίτια της επιληψίας μπορεί να είναι μια σειρά από καταστάσεις που οδηγούν σε κρίσεις, όπως δηλητηρίαση από μόλυβδο ή αλκοόλ, υψηλά επίπεδα πυρετού, υπογλυκαιμία, διάφορες μολύνσεις τους εγκεφάλου, γενετικοί παράγοντες, τραύματα και κακώσεις του κεφαλιού, διακοπής αιμάτωσης του εγκεφάλου κ.α. (Heward, 2011). Οι κρίσεις κάνουν ως επί το πλείστον την εμφάνισή τους κατά την παιδική ηλικία και μερικές φορές πιο καθυστερημένα. Όσες εμφανίζονται πριν τα 2 έτη υποδηλώνουν εξελικτική διαταραχή και όσες μετά τα 2 έτη οργανική βλάβη (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995). Η επιληψία δεν εμφανίζεται σε όλους ανεξαιρέτως με τον ίδιο τρόπο. Η επιληψία διακρίνεται στις εξής μορφές:

- ✓ *Μικρή επιληψία ή αλλιώς αφαιρετική κρίση*: Είναι η λιγότερο σοβαρή μορφή επιληψία και συμβαίνει εξαιρετικά συχνά μέχρι και 100 φορές την ημέρα σε κάποια παιδιά. Χαρακτηριστικά της αποτελούν η απώλεια συνείδησης για μικρό χρονικό διάστημα (δευτερόλεπτα έως ένα λεπτό περίπου), το ανοιγοκλείσιμο και το φτερούγισμα των ματιών και το κενό βλέμμα. Το παιδί ακόμα ενδέχεται να απωλέσει το φυσιολογικό χρώμα του προσώπου του και να του πέσει ό,τι κρατάει. Σε αυτή τη μορφή επιληψίας το παιδί ενδέχεται να θυμάται την κρίση που υπέστη (Heward, 2011).
- ✓ *Απλή εστιακή κρίση*: Το άτομο εκδηλώνει ξαφνικές σπασμωδικές κινήσεις χωρίς απώλεια της συνείδησής του. Εκδηλώνονται συνήθως σε εβδομαδιαία και μηνιαία βάση ή μία με δύο φορές το χρόνο (Heward, 2011).
- ✓ *Σύνθετη εστιακή κρίση ή αλλιώς ψυχοκινητική επιληψία*: Εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες και σπανιότατα σε παιδιά. Το άτομο διακατέχεται από παράξενη και ανεξήγητη συμπεριφορά, καθώς μπορεί να μείνει

ακίνητο, να μουρμουρίσει, να τρέχει, να φωνάζει, να πετά διάφορα αντικείμενα κ.α. (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995). Το άτομο δεν έχει επίγνωση της κατάστασής τους και χαρακτηριστικό αυτής της μορφής επιληψίας ενδέχεται να είναι το πλατάγισμα των χειλιών. Οι κρίσεις διαρκούς έως 3 λεπτά περίπου (Heward, 2011).

Ακόμα υπάρχει και άλλη μία διάκριση της επιληψίας: η γενικευμένη και η μερική. Στην πρώτη κατηγορία επιτελούνται εκκενώσεις στα κύτταρα μεγάλου τμήματος του εγκεφάλου, ενώ στη δεύτερη κατηγορία ξεκινά από ένα σημείο και φτάνει σε ένα μικρό μόνο μέρος τους εγκεφάλου.

➤ Δισχιδής ράχη (spina bifida): Είναι μια εγγενής νευρολογική διαταραχή. Υπάρχει ατελής ανάπτυξη της σπονδυλικής στήλης. Είναι μια κατάσταση κατά την οποία ο σπόνδυλος δεν περιβάλλει τον νωτιαίο μυελό και ένας μέρος του δεν παρουσιάζει φυσιολογική ανάπτυξη (Liptak, 2007). Υπάρχουν τρεις (3) τύποι δισχιδούς ράχης:

- ✓ *Λανθάνουσα δισχιδής ράχη*: Είναι μια κατάσταση, κατά την οποία οι σπόνδυλοι του κάτω μέρους της σπονδυλικής στήλης εμφανίζουν κάποιο είδος δυσμορφίας. Περίπου 10% του πληθυσμού παρουσιάζει λανθάνουσα δισχιδή ράχη (Liptak, 2007).
- ✓ *Μηνιγγοκήλη*: Προκύπτει από την πρόπτωση των μηνίγγων (ελαστικά προστατευτικά επιστρώματα που περιβάλλουν τον νωτιαίο μυελό) και προκαλείται από άνοιγμα τον σπονδυλικών τόξων. Ενδεικτικό σημάδι ύπαρξης μηνιγγοκήλης είναι η ύπαρξη μιας κύστης με υγρό χωρίς νευρικό ιστό στο συγκεκριμένο σημείο βλάβης (Τζούδα, 2005).
- ✓ *Μυελομηνιγγοκήλη*: Σε αυτή της μορφή δισχιδούς ράχης ο νωτιαίος μυελός και οι νευρικές ρίζες προεξέχουν. Πρόκειται για την πιο σοβαρή μορφή δισχιδούς ράχης και απαιτείται, προκειμένου να μην υπάρξει κάποια λοίμωξη και παράλυση, οι νευρικές ρίζες και ο νωτιαίος μυελός να τοποθετηθούν και πάλι στην σπονδυλική στήλη και να μην προεξέχουν (Liptak, 2007).

➤ Ορθοπεδικές και μυοσκελετικές διαταραχές: Συνήθως συγκαταλέγονται οι συγγενείς αναπηρίες, αρρώστιες όπως η φυματίωση των οστών και ακρωτηριασμοί από εγκαύματα ή μυϊκές βλάβες. Οι εκ γενετής ορθοπεδικές και

μυοσκελετικές διαταραχές είναι οι ακόλουθες (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995):

- ✓ Παραμορφώσεις και ελλείψεις μελών του σώματος
- ✓ Φωκομέλεια: Απουσιάζουν βραχίονες και αντιβράχια από τα χέρια και από τα πόδια οι μηροί και οι κνήμες και τα πόδια, συνεπώς, προσκολλώνται στον κορμό σαν τα πτερύγια της φώκιας.
- ✓ Συνδακτυλία: Ενώνονται 2 και πλέον δάχτυλα των χεριών και των ποδιών.
- ✓ Ραιβοποδία: Οφείλεται κατά κύριο λόγο στην κακή στάση και στην συμπίεση του εμβρύου. Χαρακτηρίζεται από καμπύλα σκέλη, κατά την οποία τα πόδια του παιδιού είναι στραμμένα με κατεύθυνση προς τα μέσα με αποτέλεσμα τα γόνατα να απομακρύνονται
- ✓ Ραιβόκρανο: Το κεφάλι κλίνει μόνιμα είτε προς τα αριστερά είτε προς τα δεξιά.
- ✓ Βλαιοποδία: Η εκτροπή προς τα έξω των ποδιών στο σημείο της ποδοκνημικής άρθρωσης.
- ✓ Ιπποποδία: Το βάδισμα με τη χρήση των άκρων των δακτύλων. Πολλά άτομα με σπαστική τετραπληγία την εμφανίζουν.
- ✓ Χονδροδυστροφία: Η ενδογενής διαταραχή του χόνδρινου ιστού του σκελετού, η οποία επιφέρει ατελή σχηματισμό των άκρων.

(Κρουσταλάκης, 2004)

Στις επίκτητες ορθοπεδικές και μυοσκελετικές διαταραχές ανήκουν η μυϊκή δυστροφία, η αιμοφιλία (αιμορροφιλία), η πολιομυελίτιδα και η νεανική αρθρίτιδα, οι οποίες περιγράφονται παρακάτω (Κρουσταλάκης, 2004· Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995):

- Μυϊκή δυστροφία: Μυϊκή δυστροφία είναι η προοδευτική ατροφία του μυϊκού συστήματος (Heward, 2011). Υπάρχουν πολλά είδη μυϊκής δυστροφίας που προσβάλλουν ή μόνο τους άνδρες ή μόνο τις γυναίκες ή και τα δύο φύλα. Οι πιο συνηθισμένες μυϊκές δυστροφίες είναι η κακοήθης *μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne* και η *μυϊκή δυστροφία τύπου Becker* (Τζούδα, 2005).
 - ✓ *Μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne*: Προσβάλλει μόνο τα αγόρια με συχνότητα 1 ανά 3500 γεννήσεις. Είναι το πιο σύννηθες και σοβαρό είδος μυϊκής δυστροφίας (Best, 2005). Εμφανίζεται στο 2^ο έτος της ηλικίας

και αναπτύσσεται πολύ γρήγορα. Χαρακτηριστικά της ασθένειας είναι η λόρδωση, η κυφοσκολίωση, η μυοκαρδιοπάθεια, «το βάδισμα της πάπιας», η λέπτυνση των μακρών οστών και η δυσκολία ανέγερσης από το έδαφος μετά το ξάπλωμα. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι ότι οι μύες της κνήμης φαίνονται πολύ μεγάλοι. Το παιδί δυσκολεύεται να ανεβεί τις σκάλες και να τρέξει. Μέσα σε 4 με 5 χρόνια το άτομο καθλώνεται σε αναπηρικό αμαξίδιο και πεθαίνει μετά από 20 με 25 χρόνια εξαιτίας λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004).

- ✓ *Μυϊκή δυστροφία τύπου Becker*: Και αυτή η νόσος είναι εγγενής προσβάλλει τα αγόρια αλλά κυρίως στα τέλη της εφηβικής ηλικίας και έως τα 20 έτη. Έχει παρόμοια συμπτώματα με τη μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne, αλλά παρουσιάζουν μικρότερη ένταση. Δεν θεραπεύεται αλλά μπορεί να προληφθεί μέσα από την διαδικασία εξέτασης του DNA (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004).
- Αιμοφιλία ή Αιμορροφιλία: Από τις πιο γνωστές κληρονομικές παθήσεις του αίματος που εκδηλώνεται κυρίως στους άνδρες, καθώς μεταδίδεται κληρονομικά από τη μητέρα. Κατά την αιμοφιλία το αίμα δεν πήζει φυσιολογικά με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ακατάσχετες αιμορραγίες. Σε περίπτωση που αυτές οι αιμορραγίες κάνουν την εμφάνισή τους στις αρθρώσεις, ενδέχεται να περιορίσουν την κίνηση του ατόμου και να προκαλέσουν κινητική αναπηρία (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995).
- Πολιομυελίτιδα: Η συγκεκριμένη ασθένεια έλαβε μεγάλες διαστάσεις τη δεκαετία του 1950. Στις μέρες μας έχει σχεδόν εξαλειφθεί η ύπαρξή της λόγω του εμβολιασμού. Οφείλεται στον ιό της πολιομυελίτιδας που προσβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (νωτιαίο μυελό ή εγκέφαλο). Δεν επηρεάζει τη νοημοσύνη των ατόμων. Ανάμεσα στα συμπτώματα αυτής της πάθησης ανήκουν η σπαστικότητα, η παράλυση, οι σκελετικές δυσμορφίες και η μυϊκή αδυναμία (Τζούδα, 2005).
- Νεανική αρθρίτιδα: Πρόκειται για την χρόνια αρθρίτιδα της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Οι αρθρώσεις εμφανίζουν φλεγμονές και μειώνεται σταδιακά το εύρος των κινήσεων. Χαρακτηριστικά της γνωρίζονται η μυϊκή ατροφία, τα πρηξίματα και ο πόνος στις αρθρώσεις, προβλήματα στο περπάτημα και

δυσκαμψία. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη (Βάσιος, Στεργιούλης & Σαρρής, 2006).

- Νωτιαία μυϊκή ατροφία (Spinal Muscular Atrophy, SMA): Πρόκειται για μια γενετική κληρονομική νόσο των κατώτερων κινητικών νευρώνων που βρίσκονται στον νωτιαίο μυελό. Η νόσος αυτή διακρίνεται σε τρεις (3) υποκατηγορίες:
 - ✓ *Ο τύπος 1 (νόσος των Werdnig-Hoffman)* : Χαρακτηριστικά αυτού του τύπου είναι η έντονη μυϊκή αδυναμία που παρουσιάζουν από τους πρώτους μήνες ζωής τα βρέφη. Το κλάμα τους δεν είναι δυνατό και τα περισσότερα παιδιά με αυτόν τον τύπο πεθαίνουν από πολύ νωρίς, μόλις στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους λόγω ανεπάρκειας του αναπνευστικού τους συστήματος. Αποτελεί τον πιο σοβαρό τύπο νωτιαίας μυϊκής ατροφίας.
 - ✓ *Ο τύπος 2 (ενδιάμεσος τύπος)*: Πρόκειται για πιο ήπιο τύπο από τον τύπο 1. Τα παιδιά κατορθώνουν να καθίσουν, αλλά κανένα δεν μπορεί να περπατήσει. Αποκτούν σταδιακά σκολίωση και εμφανίζουν λοιμώξεις στο αναπνευστικό τους σύστημα.
 - ✓ *Ο τύπος 3 (νόσος των Wohlfart - Kugelberg - Welanders)*: Τα άτομα με αυτόν τον τύπο παρουσιάζουν ελαφριά κινητικά προβλήματα και εμφανίζουν δυσκολίες στο περπάτημα σε προχωρημένη ηλικία (<http://www.iatronet.gr/ygeia/nevrologia/article/7704/nwtiaia-myiki-atrofia.html>).
- Κακώσεις νωτιαίου μυελού: Μπορεί να οφείλονται σε υπερέκταση της σπονδυλικής στήλης (π.χ. τραυματισμός σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα), σε κατάγματα στους σπονδύλους με αποτέλεσμα το σχίσμο του νωτιαίου μυελού ή σε κάποιο διεισδυτικό τραύμα (π.χ. από πυροβολισμό). Επιπλέον ενδέχεται να οφείλονται σε πράξεις βίας, σε πτώσεις και σε αθλήματα (National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2006). Το άτομο παραλύει στην περιοχή κάτω από το σημείο του τραυματισμού και όσο πιο ψηλά στην σπονδυλική στήλη είναι ο τραυματισμός τόσο μεγαλύτερη είναι και η παράλυση (Hill, 1999).
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις: Ενδέχεται να προκαλέσουν ολική ή μερική αναπηρία. Οφείλονται σε 2 αιτίες: α) στην πρωτογενή κάκωση, στην οποία συγκαταλέγονται διασχιστικές βλάβες, αξονική κάκωση, κατάτμηση των

οστών, θλάση του στελέχους και φλοϊκές θλάσεις και β) στην δευτερογενή κάκωση που περιλαμβάνει κακώσεις από ισχαιμικά επεισόδια, αιματώματα στο κεφάλι, ανοξαιμία και οιδήματα. Τα άτομα με τέτοιες κακώσεις παρουσιάζουν δυσκολίες στο περπάτημα και στην ισορροπία (Yorkston et al., 2006). Ακόμα επηρεάζεται η μνήμη και διασπάται η προσοχή τους, ενώ απουσιάζει ο νευρομυϊκός συντονισμός (Βάσιος, Στεργιούλης & Σαρρής, 2006).

- Αρθρογρύπωση: Είναι αποτέλεσμα της εκφύλισης του νωτιαίου μυελού και προσβάλλει τις αρθρώσεις. Αποτελεί χρόνια πάθηση και χαρακτηρίζεται από δυσκαμψία, μυϊκή αδυναμία, δυσκαμψία, περιορισμένη λειτουργικότητα και λέπτυνση των άκρων (Βάσιος, Στεργιούλης & Σαρρής, 2006· Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004).
- Ατελής οστεογένεση: Μία από τις πιο συνήθεις κληρονομικές γενετικές παθήσεις του συνδετικού ιστού, κατά την οποία τα οστά σπάνε εύκολα. Υπάρχουν τέσσερις (4) τύποι ατελούς οστεογένεσης (Τύπος I, II, III, IV), με τον τύπο I να είναι ο πιο ήπιος μορφής. Οφείλεται στη μετάλλαξη του γονιδίου που είναι υπεύθυνο για τη σύνθεση του κολλαγόνου τύπου I. Γενικότερα χαρακτηριστικά της νόσου είναι τα κατάγματα, η ατελής οδοντινογένεση και η απώλεια ακοής στα ενήλικα άτομα (<http://www.e-rheumatology.gr/scientific-articles/atelis-osteogenesi-osteogenesis-imperfecta>).
- Αχονδροπλασία: Είναι μια κληρονομική εγγενής γενετική διαταραχή και αποτελεί συχνή αιτία νανισμού (ICD-10, Q77.4). Το πρόβλημα με αυτή την πάθηση δεν είναι η δημιουργία χόνδρων αλλά η μετατροπή των χόνδρων σε οστά, ιδιαίτερα στα μακρά οστά. Χαρακτηριστικά αυτής της νόσου είναι το μικρό ανάστημα, μικρά δάχτυλα στα χέρια και στα πόδια, μειωμένος μυϊκός τόνος, μεγαλοκεφαλία, μειωμένη ανάπτυξη του μέσου τμήματος του προσώπου (υποπλασία) και το μέτωπο προεξέχει.
(<http://www.ygeiaonline.gr/component/content/article?id=13248:what-is-achondroplasia>)
- Αναπτυξιακή Διαταραχή του Κινητικού Συντονισμού ή Κινητική αδεξιότητα : Η κινητική αδεξιότητα, οι δυσκολίες δηλαδή που αντιμετωπίζουν πολλά παιδιά στην κίνηση και που δεν οφείλονται σε κάποιο γνωστό παθολογικό, νευρολογικό ή νοητικό αίτιο, έχει εδώ και πολλά χρόνια αναγνωριστεί σαν μια από τις έξι πιο συχνές αναπτυξιακές δυσλειτουργίες κατά την παιδική ηλικία

(Wall, Reid & Paton, 1990). Χαρακτηριστικά της κινητικής αδεξιότητας είναι η κακή φυσική κατάσταση, κοινωνικός παραγκωνισμός, χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, διαταραχές διαγωγής και αποτυχία σε κινητικές δεξιότητες που απαιτούν ακρίβεια και νευρομυϊκή προσαρμογή (Καΐλα & Φιλίππου, 1997).

- Ακρωτηριασμοί: Πρόκειται για την απώλεια μέλους ή τμήματος του σώματος και μπορεί να είναι απόρροια ενός τραυματισμού, μια βλάβης σε κάποιο αγγείο ή ενός όγκου. Μπορεί να έχει ως αποτελέσματα την μυϊκή αδυναμία και ένα φάσμα ψυχολογικών προβλημάτων (Βάσιος, Στεργιούλης & Σαρρής, 2006· Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004).
- Ασθένειες που προκαλούν ένα είδος αναπηρίας είναι και οι παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης (*σκολίωση, λόρδωση, κύφωση, σπονδυλόλυση, σπονδυλολίσθηση*).

Παραπάνω αναφέρθηκαν οι πιο σημαντικοί και οι πιο συχνοί τύποι κινητικής αναπηρίας. Αυτές είναι κάποιες από τις παθήσεις που μπορούν να προκαλέσουν κινητική/σωματική αναπηρία και αποτελούν αιτίες πρόκλησής της. Άλλες κινητικές αναπηρίες είναι ήπιες μορφές κι άλλες είναι πολύ σοβαρές μορφές αναπηρίας. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν και άλλα είδη κινητικής αναπηρίας που προσβάλλουν τον ανθρώπινο οργανισμό. Εντούτοις, είναι εξαιρετικά δύσκολο να καταγραφούν και να περιγραφούν όλοι οι τύποι κινητικής αναπηρίας. Συνεπώς περιεγράφηκαν οι πιο σημαντικοί.

5.4. Χαρακτηριστικά ατόμων με κινητική/σωματική αναπηρία

Τα άτομα με κινητικές/σωματικές αναπηρίες αποτελούν έναν πληθυσμό με πάρα πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά ανάλογα με το είδος της κινητικής αναπηρίας, επομένως μπορούμε να περιγράψουμε μόνο κάποια γενικά χαρακτηριστικά, μολονότι υπάρχουν αντικειμενικές δυσκολίες. Άλλες κινητικές αναπηρίες είναι πιο ήπιες και άλλες όχι, άλλες μπορεί να συνοδεύονται με νοητική υστέρηση και άλλες όχι κλπ.. Λόγω λοιπών αυτής της ποικιλομορφίας είναι εξαιρετικά δύσκολο να περιγραφούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, καθώς οι κινητικές αναπηρίες είναι πάρα πολλές. Παρακάτω περιγράφονται ορισμένα χαρακτηριστικά που έχει καταγράψει η διεθνής βιβλιογραφία.

Η κοινωνικοσυναισθηματική εξέλιξη των ατόμων με κινητική αναπηρία εξαρτάται πάρα πολύ από τους γονείς και από το κατά πόσο έχουν αποδεχτεί την αναπηρία των παιδιών τους (Finnie, 2009). Τα παιδιά που έχουν αναπτύξει κάποια μορφή κινητικής αναπηρίας μπορεί να επιδεικνύουν αδιαφορία και απάθεια. Ακόμα οι συνομήλικοί τους τα απομονώνουν και εκείνα αναπτύσσουν επιθετικές συμπεριφορές και στάσεις. Ακόμα τα άτομα με κάποια κινητική αναπηρία δε σημαίνει ότι έχουν ή θα αποκτήσουν και νοητική υστέρηση. Η νοητική υστέρηση που εμφανίζουν στον τύπο και το μέγεθος άλλων προβλημάτων που συνοδεύουν τη σωματική αναπηρία (Πολυχρονοπούλου, 2003). Τα άτομα με επίκτητες κινητικές αναπηρίες (από σοβαρό τραυματισμό ή από κάποιο είδος ασθένειας) είναι επιφορτισμένα με περισσότερο άγχος από ότι τα άτομα με εκ γενετής κινητικές αναπηρίες. Αυτό συμβαίνει καθώς τα άτομα με εγγενή κινητική αναπηρία έχουν αποδεχθεί την αναπηρία τους και έχουν μάθει να ζουν με αυτή. Αντιθέτως τα άτομα που απέκτησαν αργότερα την αναπηρία τους δεν έχουν ακόμα εξοικειωθεί στη νέα κατάσταση και δεν έχουν αναπροσαρμόσει τους στόχους τους. Τα εξωτερικά χαρακτηριστικά κάποιων (σώμα, πρόσωπο) ατόμων που παρουσιάζουν κάποιας μορφής κινητικής αναπηρίας και κάποιες ανεπιθύμητες, αλλά αναπόφευκτες καταστάσεις όπως η έκκριση σάλιου, η χρήση αναπηρικού αμαξιδίου, η ακράτεια κλπ. αναστέλλει την προσπάθειά τους να αναπτύξουν μια θετική αυτοεικόνα, με αποτέλεσμα να βιώνουν κοινωνική απόρριψη και περιθωριοποίηση. Επιπλέον τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης συγκριτικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία και ανησυχούν για την επίδοσή τους στο σχολείο και στα αθλήματα, για την εμφάνισή τους και για την αποδοχή από τους συνομηλίκους τους περισσότερο από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία (Shields, Murdoch Loy, Dodd & Taylor, 2006). Η κοινωνική αλληλεπίδραση των ατόμων με κινητική αναπηρία, η απόδοσή τους και η αυτονομία τους αυξάνονται όταν προσπαθούν όσο περισσότερο μπορούν για την επίτευξη των στόχων τους (Mackay, Charles, Kemp & Heckhausen, 2011).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα τα άτομα με κινητική αναπηρία διακατέχονται από συναισθήματα μοναξιάς (Tzonichaki & Kleftaras, 2002). Η κοινωνική τους εξέλιξη επίσης επηρεάζεται από τα εμπόδια που θέτει το περιβάλλον (Kef & Bos, 2006). Τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφανίζουν επίσης μειωμένη ευεξία (Livingston, Rosenbaum, Russell & Palisano, 2007) και είναι περισσότερο καταθλιπτικά και αγχώδη (Kennedy, Duff, Evans & Beedie, 2003). Σύμφωνα με τον

Dijkers (2005), τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφανίζουν αυτοκτονικές τάσεις, οι οποίες κυρίως οφείλονται στην χρόνια παραμέλησή τους και τα ποσοστά αυτοκτονιών στον πληθυσμό των κινητικά αναπήρων είναι πέντε φορές υψηλότερα από ότι στο γενικό πληθυσμό.

Τέλος, θα πρέπει να μνημονευθεί και ο αγώνας που κάνουν τα άτομα με κινητική αναπηρία για επαγγελματική αποκατάσταση. Ο αγώνας των ατόμων με κινητική αναπηρία για την κατάκτηση μιας θέσης εργασίας είναι διηνεκής και λαξευμένος με εμπόδια. Αυτό οφείλεται στους εργοδότες οι οποίοι παραβλέπουν τις δυνατότητες των ατόμων με σωματική αναπηρία καθώς και την προσωπική τους αξία και δεν τους προσλαμβάνουν λόγω της αναπηρίας τους (Κλεφταράς, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ

6.1. Έρευνες αναφορικά με τη γονεϊκή προσκόλληση ως παράμετρο εκφοβισμού και θυματοποίησης

Λόγω του έντονου ενδιαφέροντος που δημιούργησε η θεωρία της προσκόλλησης ή θεωρία του δεσμού του Bowlby πραγματοποιήθηκαν πολυάριθμες έρευνες που πραγματεύονταν την επίδρασή της σε διάφορους τομείς της ανθρώπινης ζωής. Ένας από αυτούς τους τομείς είναι και ο εκφοβισμός και η θυματοποίηση που συντελείται εντός και εκτός σχολείου. Η γονεϊκή προσκόλληση από την πρώιμη ηλικία μπορεί κάλλιστα να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα διαφόρων μελλοντικών συμπεριφορών. Μια τέτοια συμπεριφορά είναι η εκφοβιστική, ενώ παράλληλα έχει συσχετισθεί και με τη θυματοποίηση. Δηλαδή, ανάλογα με το είδος προσκόλλησης προς τη μητέρα ή τον πατέρα μπορεί να προβλεφθεί αν τα νήπια θα είναι μελλοντικά θύτες ή θύματα σχολικού εκφοβισμού. Ακολουθώντας, θα παρουσιαστεί συνοπτικά μια σειρά από έρευνες τόσο στον ελλαδικό όσο και στο διεθνή χώρο αναφορικά με τη συσχέτιση αυτών των δύο παραγόντων.

6.1.1. Έρευνες αναφορικά με τη γονεϊκή προσκόλληση ως παράμετρο εκφοβισμού και θυματοποίησης στον ελλαδικό χώρο

Στην έρευνα των Κόκκινου, Βουλγαρίδου & Κουκούτση (2014) βρέθηκε ότι οι περισσότεροι θύτες και αμέτοχοι εμφανίζουν ασφαλή δεσμό προσκόλλησης. Το δείγμα αποτέλεσαν 282 μαθητές και μαθήτριες των δύο τελευταίων τάξεων του δημοτικού που φοιτούσε σε σχολεία της Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης και της Κεντρικής Μακεδονίας.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα του Kokkinos (2013), σύμφωνα με την οποία ο τύπος προσκόλλησης σχετίζεται με τον εκφοβισμό και τη θυματοποίηση. Πιο

αναλυτικά, τα παιδιά που θεωρούν ότι έχουν αναπτύξει με την μητέρα τους ασφαλή δεσμό προσκόλλησης αναφέρουν μικρότερη εμπλοκή σε φαινόμενα εκφοβισμού και θυματοποίησης σε σύγκριση με άτομα που έχουν αναπτύξει ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης. Τα παιδιά με ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης προέρχονται από οικογένειες, στις οποίες βίωσαν ντροπή και απόρριψη. Το συγκεκριμένο εύρημα συμφωνεί με προηγούμενα ευρήματα που έδειξαν ότι τα παιδιά με ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ενδεχόμενης θυματοποίησης στο σχολείο, και κυρίως εκείνα που εμφανίζουν ανασφαλή προσκόλληση τύπου άγχους-αμφιθυμίας (ambivalent attachment) (Finnegan et al., 1998). Τα θύματα είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν ανασφαλή προσκόλληση τύπου-άγχους/αποφυγής (avoidant attachment) (Monks et al., 2005). Το δείγμα αποτέλεσαν 601 παιδιά ηλικίας 10-12 ετών που φοιτούσαν σε σχολεία της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης.

Σε συνάφεια με την έρευνα του Kokkinos (2013) βρίσκεται και η έρευνα του Kokkinos (2007) καθώς και σε αυτή βρέθηκε ότι τόσο ο εκφοβισμός όσο και η θυματοποίηση συνδέονται με την γονεϊκή προσκόλληση. Τα παιδιά που θεωρούσαν ότι είχαν αναπτύξει ασφαλή δεσμό προσκόλλησης ανέφεραν λιγότερα επίπεδα εκφοβισμού και θυματοποίησης στο σχολείο από ότι τα παιδιά που θεωρούν ότι έχουν αναπτύξει ανασφαλή δεσμό τύπου άγχους-αποφυγής και τύπου άγχους-αμφιθυμίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 434 μαθητές που φοιτούσαν στις δύο τελευταίες τάξεις των δημοτικών σχολείων της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης.

Η έρευνα των Mitsopoulou & Giovazolias (2013) έδειξε ότι τα παιδιά που θεωρούν ότι η μητέρα τους τους παρείχε λιγότερη φροντίδα (λιγότερη στοργή, λιγότερη ζεστασιά και απόρριψη) κινδυνεύουν περισσότερο να ασκήσουν εκφοβιστικές συμπεριφορές. Ακόμα βρήκαν ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις των παιδιών ότι δεν είχαν αυτονομία και ότι οι γονείς τους ήταν υπερπροστατευτικοί με την θυματοποίηση στο σχολείο. Παρόμοια ευρήματα παρουσίασαν και οι Fosse & Holen (2002) και ο Ladd (1992), ότι δηλαδή η υπερπροστασία των γονέων αποτρέπει τα παιδιά από το να αναπτύξουν τις κατάλληλες κοινωνικές ικανότητες για να αντιμετωπίσουν προβληματικές καταστάσεις, με αποτέλεσμα να γίνονται θύματα σχολικού εκφοβισμού. Βρήκαν επίσης ότι δεν υπάρχουν φυλετικές διαφορές αναφορικά με την προσκόλληση. Το δείγμα αποτέλεσαν 504 παιδιά της 4^{ης} και 5^{ης} τάξης του δημοτικού που φοιτούσαν σε σχολεία της Κρήτης.

Σε αντιστοιχία με την έρευνα των Mitsopoulou & Giouvazolias (2013) βρίσκεται και η έρευνα του Georgiou (2008a), τα παιδιά που έχουν ανατραφεί από υπερπροστατευτικές μητέρες είναι θύματα σχολικού εκφοβισμού. Ακόμα η φροντίδα της μητέρας συνδέθηκε αρνητικά με τον σχολικό εκφοβισμό. Η έρευνα αυτή συμφωνεί με αυτή των (Bowers et al., 1994· Perren & Hornung, 2005· Stevens et al., 2002). Το δείγμα συνιστούσαν 252 μαθητές που φοιτούσαν σε δημοτικά σχολεία μαζί με τις μητέρες τους με μέση ηλικία 11.5 έτη.

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα του Georgiou (2008b), η οποία βρήκε ότι υπάρχει επίδραση ανάμεσα στη μητρική φροντίδα, στην (υπερ)προστασία και στην θυματοποίηση στο σχολείο. Οι γονείς που ανταποκρίνονται σε υπερβολικό βαθμό στις ανάγκες τους παιδιού (permissive), και οι οποίοι κατά κάποιο τρόπο θεωρούνται υπερπροστατευτικοί, διατρέχουν τον κίνδυνο να αποτελέσουν τα παιδιά τους ενδεχόμενα θύματα σχολικού εκφοβισμού και όχι θύτες. Το δείγμα συνιστούσαν 377 Ελληνοκύπριοι μαζί με τις μητέρες τους με μέση ηλικία 11.6 έτη.

Ομοίως και η έρευνα του Georgiou (2000), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσο πιο μεγάλη είναι η προστασία της μητέρας (υπερπροστατευτισμός), τόσο πιο μεγάλος είναι ο κίνδυνος τα παιδιά να αποτελέσουν θύματα εκφοβισμού, καθώς οι υπερπροστατευτικές μητέρες μετατρέπουν τα παιδιά τους σε παθητικά και υποτακτικά όντα που δεν μπορούν να ελέγξουν τις σχέσεις τους (Besag, 1989· Bowers et al., 1994· Stevens et al., 2002· Perren & Hornung, 2005). Επίσης, προέκυψε ότι η ανταπόκριση και επομένως η φροντίδα της μητέρας προς το παιδί σχετίζεται αρνητικά με την εκφοβιστική συμπεριφορά, δηλαδή η φροντίδα της μητέρας δεν διαδραματίζει κάποιο ρόλο στο αν το παιδί γίνει θύτης σχολικού εκφοβισμού. Ακόμα προέκυψε ότι η καταθλιπτικότητα της μητέρας, γεγονός που δείχνει αποξένωση προς το παιδί της, μπορεί να καταστήσει τα παιδιά θύτες και θύματα σχολικού εκφοβισμού. Το δείγμα αποτέλεσαν 252 Ελληνοκύπριοι μαθητές των τριών τελευταίων τάξεων του δημοτικού σχολείου μαζί με τις μητέρες τους.

Τέλος, στην έρευνα των Nikiforou, Georgiou & Stavrinides (2003), που διεξήχθη στην Κύπρο, αποδείχθηκε ότι η κακή ποιότητα προσκόλλησης με τους γονείς αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα του εκφοβισμού και της θυματοποίησης. Επίσης βρέθηκε ότι η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα προσκόλλησης και στον εκφοβισμό και την θυματοποίηση είναι ισχυρότερα στα κορίτσια. Τα κορίτσια που είναι θύτες και θύματα

σχολικού εκφοβισμού είναι πιο αποξενωμένα από τον πατέρα τους. Στην παραπάνω έρευνα συμμετείχαν 303 άτομα των δύο τελευταίων τάξεων του δημοτικού.

6.1.2. Έρευνες αναφορικά με τη γονεϊκή προσκόλληση ως παράμετρο εκφοβισμού και θυματοποίησης στο διεθνή χώρο

Οι Mohebbi, Mirnasab & Wiener (2016) βρήκαν ότι οι θύτες σχολικού εκφοβισμού αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα μητρικής και πατρικής προστασίας από ότι τα θύματα σχολικού εκφοβισμού και τους αμέτοχους. Ακόμα οι θύτες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα πατρικής υπερπροστασίας από ότι οι αμέτοχοι και υψηλότερα επίπεδα πατρικής απολυταρχικότητας (ή χαμηλότερα επίπεδα αυτονομίας) από ότι τα θύματα και οι αμέτοχοι. Τέλος, οι θύτες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα μητρικού απολυταρχισμού από ότι τα θύματα. Το δείγμα αποτέλεσαν 240 μαθητές ηλικίας 15-19 ετών που φοιτούσαν σε σχολεία του Ιράν.

Η συμπεριφορά των γονέων που χαρακτηρίζεται από υψηλή φροντίδα αλλά χαμηλό έλεγχο-προστασία μπορεί να προβλέψει την θυματοποίηση των παιδιών (Baumrind, 1991). Στην έρευνα των Baldry & Farrington (2000) φάνηκε ότι η χαμηλή φροντίδα και ο υψηλός έλεγχος-προστασία προβλέπουν την εκφοβιστική συμπεριφορά, καθώς βρέθηκε ότι τα θύματα διαφωνούσαν συχνά με τους γονείς τους και ότι οι τελευταίοι ήταν αυταρχικοί. Στην έρευνα πήραν μέρος 238 άτομα ηλικίας 11-14 ετών που φοιτούσαν σε σχολεία της Ρώμης.

Σύμφωνα με τους Nation et al. (2008), τα άτομα που οι γονείς τους έπαιρναν αποφάσεις γι' αυτά και δεν έπαιρναν αποφάσεις από κοινού με τους γονείς τους θυματοποιούνταν περισσότερο και ασκούσαν περισσότερο εκφοβισμό. Ακόμα η συγκεκριμένη έρευνα συγκλίνει με τις προαναφερθείσες έρευνες ένεκα του γεγονότος ότι βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις των παιδιών ότι δεν είχαν αυτονομία και ότι οι γονείς τους ήταν υπερπροστατευτικοί με την θυματοποίηση στο σχολείο. Το δείγμα αποτελούνταν από μαθητές ηλικίας 11-15 ετών που φοιτούσαν σε σχολεία της Ιταλίας.

Ακόμα ο εκφοβισμός των συνομηλίκων στο σχολείο εκτός από την υπερπροστασία των γονέων σχετίζεται και με τη γονεϊκή απόρριψη, την απουσία γονικού ελέγχου και

την ανεπαρκή ενασχόληση με το παιδί (Cernkovich & Giordano 1987 στ. Georgiou, 2008b).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Conolly & O' Moore (2003), τα παιδιά που δέχονται σχολικό εκφοβισμό επιδεικνύουν μια αμφιθυμική σχέση με τον πατέρα τους και τη μητέρα τους. Επίσης υποστήριξαν ότι η απουσία του πατέρα είτε σωματικά είτε ψυχολογικά και η κατάθλιψη της μητέρας μπορούν να οδηγήσουν σε εκφοβιστικές συμπεριφορές. Συμμετείχαν 228 μαθητές 6-16 ετών από σχολεία της Ιρλανδίας.

Σύμφωνα με τους Flouri & Buchanan (2003), η ανάμειξη του πατέρα στη ζωή του παιδιού που δεν την θεωρεί όμως σαν υπερπροστατευτισμό σχετίζεται αρνητικά με την εκδήλωση εκφοβιστικής συμπεριφοράς. Επίσης έδειξαν ότι όσο λιγότερο εμπλέκονται οι γονείς στη ζωή του παιδιού τόσο πιθανότερο είναι να εμφανίσει εκφοβιστική συμπεριφορά. Το δείγμα αποτέλεσαν 1147 έφηβοι ηλικίας 14-18 ετών που φοιτούσαν σε σχολεία της Μεγάλης Βρετανίας.

Σύμφωνα με τους Eliot & Cornell (2009) η ανασφαλής προσκόλληση σχετίζεται με τις επιθετικές συμπεριφορές και την άσκηση εκφοβιστικής συμπεριφοράς προς τους συνομηλίκους. Σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνών (Jacobson & Willie, 1986· Pastor, 1981· Troy & Sroufe, 1987) που αναφέρονταν στην προσχολική ηλικία και υποστήριζαν και αυτές ότι η ανασφαλής προσκόλληση σχετίζεται με τον εκφοβισμό, η συγκεκριμένη έρευνα έχει δείγμα άτομα που βρίσκονται στην πρώιμη εφηβική ηλικία. Οι παραπάνω έρευνες (Jacobson & Willie, 1986· Pastor, 1981· Troy & Sroufe, 1987) έδειξαν ακόμα ότι τα παιδιά που συμμετείχαν σε εκφοβιστικά επεισόδια είχαν αναπτύξει ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης τύπου άγχους-αποφυγής, εύρημα που δεν υποστηρίζεται από την έρευνα των Eliot & Cornell (2009). Στην τελευταία έρευνα συμμετείχαν 141 μαθητές της τελευταίας τάξης του δημοτικού που φοιτούσαν σε σχολεία των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Παρομοίως οι Michiels, Grietens, Onghena & Kuppens (2008) αναφέρουν ότι η ανασφαλής προσκόλληση τύπου άγχους-αποφυγής συνδέεται με τον εκφοβισμό.

Οι Williams & Kennedy (2012) βρήκαν ότι τα κορίτσια είναι πιθανόν να ασκήσουν σωματικό εκφοβισμό, όταν έχουν αναπτύξει υψηλά επίπεδα ανασφαλούς προσκόλλησης τύπου άγχους-αποφυγής με τις μητέρες τους και όταν έχουν αναπτύξει ανασφαλή προσκόλληση τύπου άγχους (αποφυγής/αμφιθυμίας) με τον πατέρα τους. Ακόμα βρήκαν ότι τα κορίτσια είναι πιθανόν να αναπτύξουν έμμεσο εκφοβισμό, όταν

έχουν αναπτύξει ανασφαλής προσκόλληση τύπου άγχους (αποφυγής/αμφιθυμίας) με τις μητέρες τους, ενώ τα αγόρια εμφανίζουν έμμεσο εκφοβισμό, όταν έχουν με τη μητέρα τους και τα αγόρια έμμεσο εκφοβισμό, όταν έχουν αναπτύξει ανασφαλής προσκόλληση τύπου άγχους (αποφυγής/αμφιθυμίας) με τον πατέρα τους. Αναφορικά με την θυματοποίηση βρέθηκε ότι τα κορίτσια που νιώθουν άγχος για τη σχέση τους με την μητέρα τους είναι πιο πιθανό να είναι θύματα σχολικού εκφοβισμού. Στην έρευνα των Williams & Kennedy (2012) συμμετείχαν 144 προπτυχιακοί φοιτητές με μέση ηλικία 19,46 χρόνια. Τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας, ότι δηλαδή η ανασφαλής προσκόλληση προς τις μητέρες προβλέπει την θυματοποίηση και η ανασφαλής προσκόλληση με τον πατέρα προβλέπει τον έμμεσο εκφοβισμό παρουσιάζουν συνάφεια με τα ευρήματα του Mohr (2006). Τα παιδιά που οι μητέρες τους τα φροντίζουν και τα στηρίζουν λιγότερο είναι πιο πιθανόν να κατονομάσουν τον εαυτό τους ως θύματα σχολικού εκφοβισμού, ενώ τα παιδιά, που ο πατέρας τους τα φροντίζει και τα στηρίζει λιγότερο είναι πιθανόν να κατονομάσουν τον εαυτό τους ως θύτες σχολικού εκφοβισμού (Mohr, 2006 στ. Williams & Kennedy, 2012). Το δείγμα αποτέλεσαν 733 παιδιά με μέση ηλικία 13,3 έτη.

Στην έρευνα του Rigby (2007), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κορίτσια που οι γονείς τους τα ελέγχουν περισσότερο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να θυματοποιηθούν στο σχολείο. Το δείγμα αποτέλεσαν 1246 άτομα ηλικίας 12-16 χρονών που φοιτούσαν σε σχολεία της Αυστραλίας.

Σε παρεμφερή ευρήματα κατέληξε και η έρευνα των Ladd & Ladd (1998), σύμφωνα με την οποία η υπερπροστασία των γονέων και ιδιαίτερα των μητέρων, ο υπερβολικός έλεγχος στα παιδιά τους και η χαμηλή φροντίδα προς αυτά αυξάνει τον κίνδυνο θυματοποίησής τους τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια. Το δείγμα αποτέλεσαν 197 παιδιά που φοιτούσαν σε νηπιαγωγεία των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής μαζί με τα άτομα, με τα οποία είχαν αναπτύξει κάποιου είδους προσκόλληση. Με το παραπάνω εύρημα συμφωνούν και οι Finnegan et al. (1998), που βρήκαν ότι τα θύματα τείνουν να έχουν γονείς που τα φροντίζουν πολύ, που είναι υπερπροστατευτικοί και εμπλέκονται σε υπερβολικό βαθμό στη ζωή των παιδιών τους. Παρομοίως και η Doh (2002) συμπέρανε ότι η υπερπροστασία των γονέων και η υπερβολική ανάμειξή τους στην καθημερινή ζωή των παιδιών τους οδηγεί σε θυματοποίηση στο σχολείο.

Και οι Bowers, Smith & Binney (1994) συμπέραναν τα παιδιά που οι γονείς τους τους έλεγχαν περισσότερο ήταν πιο πιθανόν να θυματοποιηθούν από τους συνομηλίκους τους.

Ο Olweus (1980) παρατήρησε ότι στις οικογένειες των ατόμων που ασκούσαν σχολικό εκφοβισμό υπήρχε μεγάλος αρνητισμός προς το παιδί. Ακόμα βρήκε ότι τα θυματοποιημένα αγόρια είχαν πιο στενές σχέσεις με τη μητέρα τους και εκείνη ήταν υπερπροστατευτική. Το δείγμα αποτέλεσαν 127 αγόρια από την Σουηδία (76 ηλικίας 13 ετών και 51 ηλικίας 16 ετών).

Τα παιδιά που είναι παραμελημένα από τους γονείς τους εμφανίζουν υψηλή επικινδυνότητα θυματοποίησης στο σχολείο (Kim, 2005), ενώ οι Choi & Chae (2000) βρήκαν ότι τα θυματοποιημένα παιδιά της Νότιας Κορέας έχουν γονείς που δεν ικανοποιούν τις ανάγκες τους.

Σύμφωνα με την έρευνα του Rigby (1993), τα θυματοποιημένα κορίτσια παρουσιάζουν κακές σχέσεις με τις μητέρες τους. Ακόμα τα αγόρια μονογονεϊκών οικογενειών που θυματοποιούνται στο σχολείο αναφέρουν αρνητικές σχέσεις με τον πατέρα τους που είναι απών. Το δείγμα αποτέλεσαν 1012 άτομα ηλικίας 11-16 ετών που φοιτούσαν σε σχολεία της Αυστραλίας.

Τα ευρήματα της έρευνας των Seibert & Kerns (2014) έδειξαν ότι η ανασφαλής προσκόλληση τύπου αμφιθυμίας δεν συνδέεται με τη θυματοποίηση. Τα παιδιά με τέτοιου είδους προσκόλληση είναι κάπως παθητικά με τους συνομηλίκους τους, εντούτοις είναι αρκετά συνεργάσιμα και αποφεύγουν την απόρριψη. Ακόμα βρέθηκε ότι τα παιδιά με αποδιοργανωμένο/αποπροσανατολισμένο τύπο προσκόλλησης θυματοποιούνται πιο πολύ σε σχέση με τα παιδιά που ανήκουν σε άλλους τύπους προσκόλλησης. Στην έρευνα συμμετείχαν 1140 παιδιά.

Με βάση την ερευνητική εργασία των Erginoz et al. (2014), η απουσία ελέγχου του παιδιού από τον πατέρα καθιστά το παιδί θύτη ή θύμα σχολικού εκφοβισμού. Ακόμα προέκυψε ότι τα παιδιά που παρουσίαζαν δυσκολίες να συζητήσουν και να μοιραστούν τις ανησυχίες και τα προβλήματα με τους γονείς τους είχαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν θύματα σχολικού εκφοβισμού. Ακόμα διαπίστωσαν ότι τα παιδιά που παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα προσκόλλησης με τη μητέρα ήταν πιο πιθανόν να θυματοποιηθούν στο σχολείο. Η έρευνα διενεργήθηκε σε παιδιά 15 χρονών ανάμεσα σε 40 και πλέον χώρες.

Σύμφωνα με την έρευνα των Shin, Hong, Yoon & Espelage (2014), τα θύματα του σχολικού εκφοβισμού αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα απόρριψης από τη μητέρα σε σχέση με τους αμέτοχους. Οι θύτες και τα θύματα αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα παραμέλησης από τη μητέρα τους, ενώ τα θύματα αναφέρουν πολύ συχνές ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Το δείγμα αποτέλεσαν 227 άτομα της τελευταίας τάξης του δημοτικού που φοιτούσαν σε σχολεία της Νότιας Κορέας.

Στην έρευνα των Stevens et al. (2002), βρέθηκε ότι οι οικογένειες των θυτών και των θυμάτων δεν είχαν τόσο καλή λειτουργία, καθώς υπήρχαν συγκρούσεις, τιμωρίες και λιγότερο στενές σχέσεις με τους γονείς, όσο οι οικογένειες των ατόμων που δεν θυματοποιούνταν και δεν εμπλέκονταν σε περιστατικά εκφοβισμού. Το δείγμα αποτέλεσαν 1719 μαθητές των δύο τελευταίων τάξεων του δημοτικού.

Η έρευνα των Troy & Sroufe (1987) συμπέρανε ότι η θυματοποίηση σχετίζεται με την προσκόλληση. Τα παιδιά με ανασφαλή προσκόλληση τύπου άγχους-αποφυγής θυματοποιούνταν στο σχολείο και ήταν θύτες, ενώ τα παιδιά με ασφαλή προσκόλληση δεν υπήρξαν ποτέ ούτε θύματα σχολικού εκφοβισμού ούτε θύτες. Ακόμα τα παιδιά με ανασφαλή προσκόλληση τύπου άγχους-αμφιθυμίας ήταν πιο πιθανόν να είναι θύματα σχολικού εκφοβισμού. Το δείγμα αποτέλεσαν 38 παιδιά ηλικίας 4-5 ετών από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής.

Η έρευνα των Monks et al. (2005) έδειξε ότι τα θύματα ηλικίας 4-6 ετών παρουσιάζουν ανασφαλή προσκόλληση, όπως έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν και τα θύματα της μέσης παιδικής ηλικίας (6-12 ετών). Ανασφαλή προσκόλληση παρουσιάζουν και οι θύτες, ευρήματα στα οποία ευρήματα συνέκλινε και μια άλλη έρευνα που έγινε σε παιδιά ηλικίας 7-10 ετών (Myron-Wilson, 1998). Το δείγμα αποτελούταν από 104 άτομα ηλικίας 4-6 ετών που φοιτούσαν στα σχολεία του Λονδίνου.

Η έρευνα των Walden & Beran (2010) έδειξε ότι τα παιδιά που δεν είχαν καλή ποιότητα προσκόλλησης είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι θύτες και θύματα σχολικού εκφοβισμού σε σύγκριση με άτομα που έχουν καλή ποιότητα σχέσεων προσκόλλησης. Το δείγμα αποτέλεσαν 105 παιδιά με μέση ηλικία 10.5 χρόνια.

Οι Nickerson et al. (2008) βρήκαν ότι τα παιδιά που θεωρούν ότι έχουν υψηλά επίπεδα προσκόλλησης με τη μητέρα τους είναι πιο πιθανόν να υπερασπιστούν τα θύματα του σχολικού εκφοβισμού από ότι τα άτομα που θεωρούν ότι έχουν αναπτύξει χαμηλά επίπεδα προσκόλλησης.

Σύμφωνα με τους Shin, Lee, Yu & Ham (2016) η γονεϊκή προσκόλληση σχετίζεται αρνητικά με τη θυματοποίηση. Τα παιδιά που οι γονείς τους τα φροντίζουν, δεν θυματοποιούνται. Ακόμα βρήκαν ότι τα κορίτσια επηρεάζονται περισσότερο από τα αγόρια αναφορικά όταν δεν έχουν αναπτύξει επαρκή προσκόλληση. Το δείγμα αποτέλεσαν 800 μαθητές της 7^{ης}, 8^{ης} και 9^{ης} τάξης του γυμνασίου που φοιτούσαν σε σχολεία της Νότιας Κορέας.

Σε άλλη έρευνα δεν βρέθηκε καμία σημαντική σχέση αναφορικά με την προσκόλληση προς τους γονείς και την θυματοποίηση. Συγκρίθηκαν παιδιά των δύο τελευταίων τάξεων του δημοτικού με ασφαλή και με ανασφαλή προσκόλληση προς τους γονείς. Βρέθηκε ότι τα πρώτα δεν θυματοποιούνταν λιγότερο από τα δεύτερα (Coleman, 2003).

Οι έρευνες των Baldry & Farrington (2000) και Kaufmann et al. (2000) έδειξαν ότι το επιτρεπτικό στυλ των γονέων προβλέπει τη θυματοποίηση του παιδιού ενώ το authoritarian προβλέπει τον εκφοβισμό.

Σύμφωνα με τους Rican et al. (1993), τα παιδιά που θεωρούν ότι οι γονείς τους είναι authoritative είναι λιγότερο πιθανό να ασκήσουν εκφοβισμό. Στην έρευνα συμμετείχαν 418 αγόρια και κορίτσια ηλικίας 12 ετών.

6.2. Έρευνες αναφορικά με τον σχολικό εκφοβισμό σε παιδιά με αναπηρία

Τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο η έρευνα σε πληθυσμό με αναπηρία είναι περιορισμένη. Ακόμα λιγότερες, συνεπώς, είναι οι έρευνες που εξετάζουν τον σχολικό εκφοβισμό σε παιδιά με αναπηρία, παρά το γεγονός ότι ο εκφοβισμός σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης έχει μελετηθεί ακροθιγώς και σε βάθος. Αναντίρρητα τα παιδιά με αναπηρία απαρτίζουν μια ομάδα που είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στον εκφοβισμό και θυματοποιούνται συχνά. Τα άτομα που γίνονται συχνά θύματα σχολικού εκφοβισμού είναι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας), με σωματικές αναπηρίες, με προβλήματα λόγου και ομιλίας και με μαθησιακές δυσκολίες (Health Resources and Services Administration, 2004). Οι μαθητές που έχουν κάποια αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ή καταβάλλονται από χρόνιες ασθένειες κινδυνεύουν πολύ περισσότερο από τους τυπικά αναπτυσσόμενους συμμαθητές τους να θυματοποιηθούν στο σχολείο, εξαιτίας της διαφορετικότητάς

τους. Η έρευνα έχει αποδείξει ότι όσο πιο εμφανής είναι η αναπηρία κάποιου μαθητή τόσο πιο πολύ κινδυνεύει να καταστεί θύμα σχολικού εκφοβισμού στο σχολείο (Frederickson, 2010).

Η Πράπα (2011) αναφέρει ότι οι μαθητές με αναπηρία που φοιτούν σε ειδικά σχολεία θυματοποιούνται με ποσοστό της τάξεως του 18,5%, ασκούν εκφοβισμό με ποσοστό 17,3%. Τέλος, τάση τους για εκφοβισμό και για θυματοποίηση εκδηλώνεται με το ποσοστό 11%.

Σε άλλη έρευνα των Andreou, Didaskalou & Vlachou (2013) διαπιστώθηκε η συχνότητα εμφάνισης θυματοποίησης και εκφοβισμού ανάμεσα σε Έλληνες μαθητές που δέχονταν ειδική υποστηρικτική εκπαίδευση. Τα παιδιά με αναπηρία των τμημάτων ένταξης ασκούσαν ενεργά εκφοβιστικές συμπεριφορές και θυματοποιούνταν ακόμα πιο τακτικά. Τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές στον κοινωνικο-συναισθηματικό τομέα θυματοποιούνταν αρκετά συχνά. Στον αντίποδα τα άτομα με νοητική υστέρηση και αυτισμό ασκούσαν πολύ συχνά εκφοβιστικές συμπεριφορές. Οι ερευνητές κατέληξαν, με βάση τα ερευνητικά δεδομένα, ότι η θυματοποίηση των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή κάποια αναπηρία διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι στα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά και σχετίζεται ως επί το πλείστον με την αναπηρία τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 178 μαθητές των δύο τελευταίων τάξεων του δημοτικού, που φοιτούσαν σε 15 σχολεία 7 πόλεων της κεντρικής Ελλάδας.

Σε αντιστοιχία με την παραπάνω έρευνα βρίσκεται και η έρευνα των Didaskalou, Andreou & Vlachou (2009), που βρήκαν ότι τα άτομα που φοιτούσαν σε τμήματα ένταξης ήταν και θύτες και θύματα σχολικού εκφοβισμού. Στην έρευνα τους πήραν μέρος 173 μαθητές των δύο τελευταίων τάξεων του δημοτικού που φοιτούσαν σε σχολεία της Ελλάδας.

Οι Rose et al. (2011) βρήκαν ότι οι μαθητές με αναπηρία εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο θυματοποίησης και άσκησης εκφοβιστικής συμπεριφοράς από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία. Τα παιδιά με αναπηρία και οι συνομήλικοί τους, που φοιτούσαν σε σχολεία γενικής αγωγής, αναφέρουν ίδια ποσοστά αναφορικά με την άσκηση εκφοβισμού. Στην έρευνα συμμετείχαν 1009 μαθητές με μέση ηλικία 13 έτη, που φοιτούσαν σε σχολεία της Αμερικής. Και οι Rose, Espelage & Monda-Amaya (2009) αναφέρουν ότι τα άτομα με αναπηρίες που φοιτούσαν σε σχολεία ειδικής αγωγής ασκούσαν περισσότερο σχολικό εκφοβισμό και θυματοποιούνταν περισσότερο από ότι

οι συνομήλικοί τους που φοιτούσαν σε σχολεία γενικής αγωγής. Στην έρευνα συμμετείχαν 7.731 παιδιά, που φοιτούσαν σε δημοτικά σχολεία της Αμερικής και 14315 παιδιά, που φοιτούσαν σε γυμνάσια της Αμερικής.

Σε συνάφεια με τα παραπάνω ευρήματα βρίσκεται και η έρευνα των McLaughlin et al. (2010), που αναφέρουν ότι τα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή κάποια αναπηρία είναι θύματα σχολικού εκφοβισμού, αλλά και θύτες, με ποσοστά που υπερβαίνουν τον εθνικό μέσο όρο, ενώ και πολλές άλλες έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες όχι μόνο θυματοποιούνται αλλά ασκούν και εκφοβιστικές συμπεριφορές (Mishna, 2003· Lindsay, Dockrell & Mackie, 2008· Savage, 2005· Nabuzoka, 2003).

Σύμφωνα με τους Piquart & Pfeiffer (2011), οι μαθητές με μειωμένη όραση αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα θυματοποίησης και έμμεσου εκφοβισμού από τα τυφλά άτομα και τα άτομα χωρίς οπτική αναπηρία. Επιπρόσθετα τα άτομα με μειωμένη όραση αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα επιθετικότητας προς τους συνομηλικούς τους. Το δείγμα αποτέλεσαν 196 Γερμανοί έφηβοι μαθητές με και χωρίς οπτική αναπηρία. Υπήρχαν 98 βλέποντες και 98 άτομα με οπτική αναπηρία. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία 31 ήταν τυφλοί και 67 με μειωμένη όραση. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν μέση ηλικία 15,57 έτη. Μερικές έρευνες (Buultjens et al., 2002· Rosenblum, 2000· Roy & Sprinks, 2005) έδειξαν ότι νέοι άνθρωποι με οπτική αναπηρία δέχονται σχολικό εκφοβισμό. Εντούτοις, αυτές οι έρευνες σύμφωνα με τους Piquart & Pfeiffer (2011) δεν επιτρέπουν σύγκριση με άτομα χωρίς οπτική αναπηρία.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα Dane-Staples, Lieberman, Ratciff & Rounds (2013), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία είναι και θύτες και θύματα σχολικού εκφοβισμού. Η παραπάνω έρευνα εξέταζε κατά πόσο οι εκφοβιστικές συμπεριφορές ασκούνται από αθλητές και μη αθλητές με οπτική αναπηρία. Το δείγμα αποτέλεσαν 49 άτομα με οπτική αναπηρία.

Η έρευνα του Horwood et al. (2005) έδειξε ότι τα άτομα που φορούν γυαλιά έχουν μεγάλες πιθανότητες να θυματοποιηθούν, ενώ οι Nordhagen et al. (2005) βρήκαν ότι τα άτομα με κάποια οπτική αναπηρία έχουν αυξημένες πιθανότητες να γίνουν θύματα εκφοβισμού στο σχολείο, ενώ ακόμη έδειξαν ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία δεν είχαν περισσότερες πιθανότητες από τα βλέποντα άτομα να γίνουν θύτες σχολικού εκφοβισμού (Piquart & Pfeiffer, 2011).

Οι Piquart & Pfeiffer (2015) διαπίστωσαν ότι οι κωφοί μαθητές θυματοποιούνταν πιο συχνά από τους ακούοντες μαθητές, αλλά οι μεταξύ τους διαφορές ήταν πολύ μικρές, ενώ τα άτομα με βαρηκοΐα δεν ανέφεραν αυξημένα επίπεδα θυματοποίησης. Τόσο οι μαθητές με ακουστική αναπηρία όσο και οι τυπικώς αναπτυσσόμενοι μαθητές αναφέρουν ότι ασκούν εκφοβιστικές συμπεριφορές με την ίδια συχνότητα. Το δείγμα αποτέλεσαν 181 έφηβοι με κώφωση και βαρηκοΐα και 259 έφηβοι χωρίς κάποια ακουστική αναπηρία που φοιτούσαν σε σχολεία γενικής αγωγής. Το δείγμα συλλέχθηκε από σχολεία της Γερμανίας.

Μια σειρά από έρευνες έδειξε ότι ένα ποσοστό ανάμεσα στο 17 έως 32,5% των νέων ανθρώπων με ακουστική αναπηρία βιώνει εκφοβιστικές συμπεριφορές (Wheeler et al., 2007· Brunnberg et al., 2008· Bauman & Pero, 2010· Kvam & Loeb, 2010· Blake et al., 2012· Weiner et al., 2013). Ακόμα μια σειρά από συγκριτικές μελέτες έδειξε ότι παιδιά και έφηβοι με ακουστική αναπηρία αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα εκφοβισμού από τους ακούοντες συνομηλίκους τους (Hodgdon, 2005· Brunnberg et al., 2008· Wauters & Knoors, 2008· Weiner et al., 2013· Theunissen et al., 2014). Εντούτοις, μια άλλη σειρά συγκριτικών μελετών έδειξε ότι δεν αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα εκφοβισμού από τους ακούοντες συνομηλίκους τους (Kent, 2003· Percy-Smith et al., 2008· Bauman & Pero, 2010). Διάφορες έρευνες δεν έχουν εντοπίσει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό ακουστικής απώλειας και στη θυματοποίηση (Fellinger et al., 2009· Kouwenberg et al., 2012· Theunissen et al., 2014). Υπάρχουν, παρ' όλα αυτά δύο έρευνες που αναφέρουν υψηλά επίπεδα θυματοποίησης των μαθητών με σοβαρή ακουστική απώλεια (Wauters & Knoors, 2008· Kouwenberg et al., 2012). Σε μία έρευνα (Kent, 2003) που είχε αποκλειστικά ως δείγμα μαθητές με βαρηκοΐα δεν εντοπίστηκε σοβαρή επικινδυνότητα θυματοποίησης. Οι Kouwenberg et al. (2012) και οι Theunissen et al. (2014) αναφέρουν ότι οι μαθητές με ακουστική αναπηρία στα ειδικά σχολεία θυματοποιούνται περισσότερο από ότι οι μαθητές με ακουστική αναπηρία στα γενικά σχολεία. Έχει ακόμα βρεθεί ότι ο εκφοβισμός έχει την τάση μειώνεται στα δημοτικά και στα γυμνάσια (Wang, 2008· Blake et al., 2012· Weiner et al., 2013). Ακόμα έχει διαπιστωθεί ότι δεν παίζει κάποιο σημαντικό ρόλο τόσο η ηλικία όσο και η τάξη στα άτομα με και χωρίς ακουστική αναπηρία (Weiner et al., 2013). Συγκριτικές μελέτες ακόμα δεν έδειξαν διαφορές ανάμεσα στα άτομα με και χωρίς ακουστική αναπηρία αναφορικά με την άσκηση εκφοβισμού (Bauman & Pero, 2010· Kent, 2003·

Theunissen et al., 2014· Wauters & Knoors, 2008· Percy-Smith et al., 2008). Τέλος, οι Percy-Smith et al. (2008) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μαθητές με κοχλιακό εμφύτευμα είχαν μικρότερες πιθανότητες να εκφοβίσουν συνομηλίκους τους από ότι οι ακούοντες μαθητές.

Τα παιδιά και οι νέοι με εγκεφαλική παράλυση βιώνουν λεκτικό και σωματικό εκφοβισμό στο σχολείο (Lindsay & McPherson, 2012) και θυματοποιούνται συχνά στο σχολείο (Nadeau & Tessier, 2006). Στην τελευταία έρευνα συμμετείχαν 60 μαθητές που φοιτούσαν στις τρεις τελευταίες τάξεις κάποιων δημοτικών σχολείων του Καναδά. Επιπρόσθετα, σε μια έρευνα των Yude et al. (1998), η οποία κατέληξε σε παρεμφερή ευρήματα, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ημιπληγία είχαν λιγότερους φίλους και θυματοποιούνταν πιο συχνά από ότι τα παιδιά χωρίς εγκεφαλική παράλυση. Το δείγμα αποτέλεσαν 55 παιδιά ηλικίας 9-10 ετών που φοιτούσαν σε γενικά σχολεία και συγκρίθηκαν ως προς τη θυματοποίησή τους με τα παιδιά του σχολείου που δεν είχαν εγκεφαλική παράλυση. Επίσης, υψηλά επίπεδα θυματοποίησης εμφανίζουν και τα άτομα με επιληψία (Wilde & Haslam, 1996).

Επιπρόσθετα, τα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και αυτά με αυτισμό και σύνδρομο Asperger συνιστούν συχνά θύματα σχολικού εκφοβισμού (Crosse, Elyse & Ratnofsky, 1993).

Οι περισσότερες έρευνες έχουν δείξει ότι οι νέοι άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο θυματοποίησης, ενώ ακόμα μπορεί να είναι και δράστες σχολικού εκφοβισμού (Van Cleave & Davis, 2006). Η ίδια έρευνα έδειξε ότι τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορούν να γίνουν θύματα σχολικού εκφοβισμού, αλλά δε γίνονται θύτες.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε ότι έχει διεξαχθεί μια σειρά από έρευνες σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες. Σε μια έρευνα των Morrison et al. (1994), που συμμετείχαν 485 άτομα που φοιτούσαν σε γυμνάσια της Αμερικής, βρέθηκε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες θυματοποιούνται περισσότερο από τους υπόλοιπους μαθητές. Η μετανάλυση των Swanson & Malone (1992) από την άλλη πλευρά έδειξε ότι τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες είναι περισσότερο θύτες σχολικού εκφοβισμού και όχι θύματα.

Παρόμοια με τα ευρήματα των Morrison et al. (1994) είναι και τα ευρήματα της έρευνας των Martlew & Hodson (1991), σύμφωνα με τα οποία τα παιδιά με ήπιες μαθησιακές δυσκολίες ήταν θύματα σχολικού εκφοβισμού. Παρόμοια είναι και τα

ευρήματα των Whitney et al. (1994), οι οποίοι αναφέρουν στην έρευνά τους ότι το 55% των ατόμων με ήπιες μαθησιακές δυσκολίες και το 78 % με μέτριες μαθησιακές δυσκολίες βιώνουν σε υψηλά επίπεδα σχολικού εκφοβισμού, καθώς μόνο το 25 % των συνομηλίκων τους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες βιώνουν σχολικό εκφοβισμό. Αυτά τα ευρήματα επαληθεύονται και από άλλες έρευνες που οι μαθητές και οι δάσκαλοι κατονομάζουν τους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες ως θύματα σχολικού εκφοβισμού (Nabuzoka, 2003· Nabuzoka & Smith, 1993· Sabornie, 1994). Υψηλά επίπεδα θυματοποίησης βρέθηκαν και σε άτομα που τραυλίζουν (Hugh-Jones & Smith, 1999· Langevin et al, 1998).

6.3. Έρευνες αναφορικά με την γονεϊκή προσκόλληση παιδιών με αναπηρία

Σύμφωνα με την έρευνα της Lopez (2014), οι μητέρες και οι πατέρες των παιδιών με αναπηρία αναπτύσσουν με τα παιδιά τους ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης συγκριτικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Και άλλοι ερευνητές κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα (Hoffman et al., 2009· Howe, 2006). Ο λόγος που συμβαίνει το παραπάνω δεν είναι ξεκάθαρος και σύμφωνα με την Lopez (2014) ίσως οφείλεται στην αδυναμία των γονέων να κατανοήσουν τις ανάγκες των παιδιών τους. Επιπλέον θεωρεί ότι έχουν διεξαχθεί ελάχιστες ερευνητικές εργασίες αναφορικά με την γονεϊκή προσκόλληση ατόμων με αναπηρία. Οι Blacher & Meyer (1983) βρήκαν ότι οι σχέσεις προσκόλλησης ανάμεσα στα παιδιά με αναπηρία και τους γονείς τους είτε είναι καθυστερημένη είτε είναι απύσχα (Holt, 1968). Στην έρευνα των Lopez & Rich (2011) διαπιστώθηκε ότι οι πατέρες είχαν αναπτύξει σε μεγαλύτερο βαθμό από τη μητέρα σχέσεις ασφαλούς προσκόλλησης με το παιδί τους σε σύγκριση με τις μητέρες. Αυτός ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι μητέρες βιώνουν περισσότερο άγχος που σχετίζεται με την κύηση ενός παιδιού με αναπηρία.

Σύμφωνα με τους Ardito, Adenzato, Dell'Osbel, Izard & Veglia (2004), οι μητέρες των ατόμων με τύφλωση ήταν υπερπροστατευτικές. Επιπλέον κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτός ο υπερπροστατευτισμός τους δεν είχε απαραίτητα αρνητική επίδραση και σε περιπτώσεις που συνοδεύονταν από την αγάπη και τη ζεστασιά της μητέρας είχε θετική επίδραση. Οι Behl et al. (1996) βρήκαν ότι οι μητέρες των παιδιών με οπτική αναπηρία επενέβαιναν περισσότερο στη ζωή των παιδιών τους, τα έλεγχαν

περισσότερο και τους μιλούσαν περισσότερο σε σχέση με τις μητέρες των βλεπόντων παιδιών. Τα παιδιά και οι έφηβοι με εκ γενετής τύφλωση δεν διαφέρουν από τα άτομα χωρίς αναπηρία αναφορικά με την προσκόλληση. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τυφλά και χωρίς αναπηρία παιδιά και εφήβους ηλικίας 11-14 ετών, που φοιτούσαν σε σχολεία της Κωνσταντινούπολης (Demir, Bolat, Yavuz, Karacetin, Dogangun & Kayaalp, 2014). Ακόμα βρέθηκε ότι το 80% των παιδιών με ολική τύφλωση εκ γενετής που είχαν βλέποντες γονείς ανέπτυξαν ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης (Macrae, 2003).

Οι Pipp-Siegal & Bringen (1998) βρήκαν ότι οι μητέρες των ατόμων με κάποια ακουστική αναπηρία είναι πιο αυστηρές και επεμβαίνουν περισσότερο στη ζωή των παιδιών τους σε σχέση με τις μητέρες των ακουόντων παιδιών. Διαπιστώθηκε επίσης ότι τα κωφά παιδιά ακουόντων γονιών ήταν πιο πιθανόν να αναπτύξουν με τους γονείς τους ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης (Maher, 1989· Hadadian 1995· Thomson, Kennedy, & Kuebli, 2011). Οι Meadow-Orlans & Steinberg (1993) βρήκαν ότι οι γονείς των κωφών παιδιών που είχαν την ακοή τους δεν έδειχναν τόση ζεστασιά στα παιδιά τους και αγάπη και δεν ήταν ελαστικοί απέναντί τους. Οι Lederberg & Mobley (1990) βρήκαν ότι ένας μεγάλος αριθμός παιδιών με ακουστική απώλεια αναπτύσσει με τους γονείς τους ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης τύπους άγχους αμφιθυμίας και επίσης βρήκαν ότι τα παιδιά με ακουστική απώλεια έχουν τις ίδιες πιθανότητες με τα παιδιά χωρίς αναπηρία να αναπτύξουν ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης. Από την άλλη πλευρά οι Meadow, Greenberg & Erting (1983) βρήκαν ότι κωφά και ακούοντα παιδιά αναπτύσσουν όμοιους δεσμούς προσκόλλησης με τους γονείς τους. Ακόμα οι Greenberg & Marvin (1979) βρήκαν ότι τα κωφά παιδιά προσχολικής ηλικίας με ακούοντες γονείς μπορούν να αναπτύξουν ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης μαζί τους. Τα κωφά παιδιά αναπτύσσουν με τους γονείς τους ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης όταν οι γονείς τους έχουν αρνητική στάση απέναντι στην αναπηρία τους (Hadadian, 1995). Από ότι φαίνεται αυτό γενικεύεται σε όλα τα είδη αναπηριών. Ακόμα τα παιδιά με ακουστική αναπηρία έχουν τις ίδιες πιθανότητες με τα παιδιά χωρίς αναπηρία να αναπτύξουν ασφαλή δεσμό προσκόλλησης με τους γονείς τους (Ryan, 2012).

Στην έρευνα των Clements & Barnett (2002) που έγινε σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση και επιληψία κατά κύριο λόγο και σε παιδιά χωρίς αυτά τα είδη αναπηριών βρέθηκε ότι τα παιδιά με αναπηρία κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης. Το δείγμα αποτέλεσαν 72 βρέφη. Σύμφωνα με τους

Clements & Barnett (2002) υπάρχουν ενδείξεις ότι όσο αυξάνεται η σοβαρότητα της αναπηρίας των παιδιών τόσο περισσότερο αναπτύσσουν ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης. Οι Wasserman et al. (1985) διαπίστωσαν ότι οι μητέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία είναι πιο κοντά στα παιδιά τους και προσπαθούν να καταλάβουν τις ικανότητές τους σε σχέση με τις μητέρες των παιδιών χωρίς αναπηρία. Η παρουσία κάποιου είδους κινητικής αναπηρίας μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης κακής ποιότητας προσκόλλησης με τους γονείς (Caruzzi, 1989· Cox & Lambrenos, 1992).

Από τα ευρήματα κάποιων ερευνών διαφαίνεται το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών με αναπηρία έχει αναπτύξει με τους γονείς του ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης. Μόνο η αναπηρία αυτή καθ' αυτή δεν μπορεί να αποτελεί μοναδικό παράγοντα που οδηγεί στην ανάπτυξη τέτοιου είδους σχέσεων. Ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό η αναπηρία των παιδιών αλλά σημαντικό ρόλο επίσης διαδραματίζουν και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων και κατά πόσο έχουν θετική ή αρνητική στάση απέναντι στην αναπηρία των παιδιών τους (Howe, 2006). Σύμφωνα με την Lopez (2014), Είναι απαραίτητο να διεξαχθεί περαιτέρω έρευνα ανάμεσα στις μητέρες και τους πατέρες των παιδιών με αναπηρία αναφορικά με τη γονεϊκή προσκόλληση, καθώς οι ελάχιστες ερευνητικές εργασίες που έγιναν έδειξαν ότι υπάρχουν διακριτές διαφορές. Ωστόσο, θα πρέπει να διερευνηθούν και οι διαφορές ανάμεσα στους δύο γονείς αναφορικά με την προσκόλληση.

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1. Σκοπός της έρευνας

Βασικός σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο η γονεϊκή προσκόλληση των ατόμων με αναπηρία (τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία) τα καθιστά θύτες ή θύματα σχολικού εκφοβισμού καθώς και να αναδειχθεί η επίδραση συγκεκριμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών στην έρευνα και, τέλος, να διεκπεραιωθεί σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Επιμέρους σκοποί της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της γονεϊκής προσκόλλησης των ατόμων με αναπηρία και χωρίς αναπηρία, καθώς και η εξέταση του εκφοβισμού και της θυματοποίησης σε άτομα με και χωρίς αναπηρία.

7.2. Ερευνητικά ερωτήματα

- ❖ Ασκούν τα άτομα με αναπηρία (τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία) σχολικό εκφοβισμό και αν ναι, ασκούν περισσότερο εκφοβισμό από τα άτομα χωρίς αναπηρία;
- ❖ Δέχονται τα άτομα με αναπηρία σχολικό εκφοβισμό και αν ναι, δέχονται περισσότερο από τα άτομα χωρίς αναπηρία;
- ❖ Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες της έρευνας αναφορικά με το αν γίνονται θύματα ή θύτες σχολικού εκφοβισμού;
- ❖ Τι είδους προσκόλληση με τους γονείς τους έχουν αναπτύξει οι ομάδες του δείγματος;

- ❖ Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες της έρευνας αναφορικά με την γονεϊκή προσκόλληση και στη συνέχεια ειδικότερα αναφορικά με την φροντίδα και την προστασία των γονιών τους;
- ❖ Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην εξάσκηση σχολικού εκφοβισμού ατόμων με και χωρίς αναπηρία και στη θυματοποίησή τους ως προς το σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών;
- ❖ Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη γονεϊκή προσκόλληση των ατόμων με και χωρίς αναπηρία και στη συνέχεια ειδικότερα αναφορικά με την φροντίδα και την προστασία των γονιών τους ως προς το σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών;
- ❖ Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου βιωμάτων για συνομηλίκους (PEQ) και του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) τόσο για τα άτομα με αναπηρία όσο και για τα άτομα χωρίς αναπηρία;
- ❖ Ποιες παράμετροι του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) προβλέπουν τον εκφοβισμό και τη θυματοποίηση στο συνολικό δείγμα, στα άτομα χωρίς αναπηρία αλλά και στα άτομα με αναπηρία, τόσο ως ξεχωριστές ομάδες όσο και ως ενιαία ομάδα;

7.3. Ερευνητικά εργαλεία

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη διερεύνηση των στόχων της έρευνας ήταν οι αυτοαναφορές μέσω ερωτηματολογίων. Το ερωτηματολόγιο συνιστά την πιο συνήθη χρησιμοποιούμενη ερευνητική μέθοδο. Το πλεονέκτημα που διαθέτει αυτή η μέθοδος είναι ότι μπορούν να συγκεντρωθούν ερευνητικά δεδομένα από μεγάλο δείγμα με μικρό κόστος χρόνου. Κατά τη χορήγησή του δίνονται στους συμμετέχοντες στην έρευνα γενικές οδηγίες για την ορθή συμπλήρωσή του και κάποιες γενικές πληροφορίες για την έρευνα που διεξάγεται.

Το είδος των ερωτήσεων που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο είναι ερωτήσεις γνώμης ή άποψης. Ο τύπος των απαντήσεων είναι «κλειστού» τύπου. Το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης (βλ. Παράρτημα 3) έχει έκταση οκτώ σελίδων A4. Η συμπλήρωσή του απαιτεί περίπου δεκαπέντε λεπτά και περιλαμβάνει 89

ερωτήσεις. Στην πρώτη σελίδα, εμπεριέχεται μία μικρή επιστολή προς τους συμμετέχοντες, ενημερώνοντάς τους, για το σκοπό της έρευνας, για τη σπουδαιότητα της συνεισφοράς τους για την επιτυχή ολοκλήρωσή της, εξαιρώντας τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους.

Οι ερωτήσεις από το ένα έως δώδεκα (1-12) αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Πρόκειται για ερωτήσεις «κλειστού» τύπου, οι οποίες αφορούν το είδος της αναπηρίας των ερωτώμενων εφόσον υπάρχει (τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία, χωρίς αναπηρία), το φύλο, την ηλικία, τον τόπο καταγωγής, την ύπαρξη ή μη αδελφιών, το συνολικό αριθμό ατόμων που διαμένουν στο σπίτι της οικογένειας, το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας και του πατέρα, το επάγγελμα της μητέρας και του πατέρα και την οικογενειακή κατάσταση της μητέρας και του πατέρα.

Οι ερωτήσεις δεκατρία έως δεκαεφτά (13-17) αφορούν εάν ο συμμετέχων στην έρευνα έχει γίνει θύτης ή θύμα σχολικής βίας, καθώς και πως αντιλαμβάνεται τον όρο βία.

Οι ερωτήσεις δεκαοχτώ έως είκοσι ένα (18-21) αφορούν την σχέση που έχει ο ερωτώμενος με τους γονείς του.

Οι ερωτήσεις είκοσι δύο έως τριάντα εννέα (22-39) συναποτελούν το ερωτηματολόγιο βιωμάτων με τους συνομήλικους (Peer Experiences Questionnaire – PEQ) των Vernberg, Jacobs & Hershberger (1999, μετάφραση - προσαρμογή, Γιοβαζολιάς Θ., Κουρκούτας Η. & Μητσοπούλου Ε., 2010). Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε για να ανιχνεύσει τα βιώματα θυματοποίησης και τις συμπεριφορές εκφοβισμού απέναντι στους άλλους. Συγχρόνως έχει τη δυνατότητα να διερευνά τις στάσεις και τις αντιλήψεις για την επιθετικότητα. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη (θυματοποίηση εαυτού) διερευνά την έκθεση παιδιών σε συμπεριφορές εκφοβισμού και περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις. Η δεύτερη υποκλίμακα (θυματοποίηση του άλλου) διερευνά τη διάπραξη συμπεριφορών εκφοβισμού σε άλλα παιδιά και περιλαμβάνει και αυτή 9 ερωτήσεις. Η τρίτη υποκλίμακα (στάσεις-αντιλήψεις για την επιθετικότητα) διερευνά τις στάσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με τις επιθετικές συμπεριφορές και περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις. Έτσι, ο συνολικός αριθμός των ερωτήσεων ανέρχεται σε 31. Η τελευταία υποκλίμακα δε χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία. Η βαθμολόγηση στις δύο πρώτες υποκλίμακες (θυματοποίηση εαυτού/ θυματοποίηση άλλου) γίνεται με βάση μια

κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων (1= Ποτέ, 2= Μια ή δύο φορές, 3= Λίγες φορές, 4= περίπου μια φορά την εβδομάδα, 5= Λίγες φορές την εβδομάδα). Οι υψηλότερες βαθμολογίες στις δύο αυτές υποκλίμακες υποδηλώνουν αυξημένα ποσοστά θυματοποίησης και στις δύο μορφές. Σε κάθε ερώτηση τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα μιας μόνο επιλογής. Η τελική βαθμολογία για κάθε τμήμα του ερωτηματολογίου προκύπτει από την άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων. Υπάρχουν συσχετίσεις με άλλες μεταβλητές (κοινωνικοδημογραφικές) καθώς και με ποικίλα ψυχομετρικά εργαλεία, όπως η Κλίμακα Σχέσεων με τους Γονείς (Parental Behaviour Inventory· Parker, Tupling & Brown, 1979· μετάφραση Sideridis & Kafetsios, 2005) και η Κλίμακα Συναισθηματικής Ενσυναίσθησης (Bryant, 1982· προσαρμογή Τσίτσας, Γιοβαζολιάς, Μητσοπούλου, & Αντωνοπούλου, 2008), γεγονός που φανερώνει ότι το ερωτηματολόγιο έχει αρκετά καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's α) κυμαίνεται σε καλά επίπεδα. Οι τιμές για το συνολικό ερωτηματολόγιο είναι 0,86, για την υποκλίμακα θυματοποίηση εαυτού είναι 0,82 και για την υποκλίμακα θυματοποίηση του άλλου είναι 0,85.

Οι ερωτήσεις σαράντα έως ογδόντα εννέα (40-89) συνιστούν το Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (Parental Bonding Instrument – PBI). Το PBI δημιουργήθηκε από τους Parker, Tupling & Brown (1979), με σκοπό να αποτελέσει ένα σταθερό όργανο μέτρησης του συναισθηματικού δεσμού που αναπτύσσεται ανάμεσα στο γονέα και το παιδί. Το PBI προσαρμόστηκε στην Ελληνική γλώσσα, με τη μέθοδο της μετάφρασης- επαναμετάφρασης, για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης από καθηγήτρια της Αγγλικής γλώσσας, με ειδικευση στη μετάφραση- διερμηνεία. Στην πιλοτική εφαρμογή των τεστ σε 15 άτομα, δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα στην κατανόηση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Η κλίμακα διαθέτει καλή φαινομενική εγκυρότητα. Το φύλο του εξεταζόμενου ατόμου ή η κοινωνικοοικονομική του κατάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζουν τα αποτελέσματα. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων είναι πολύ υψηλή για χρονικό διάστημα 8-12 μηνών. Ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's α) είναι 0,76.

Αυτοί που το συμπληρώνουν προσπαθούν να θυμηθούν ολόκληρη την περίοδο της παιδικής τους ηλικίας και αξιολογούν ξεχωριστά τη συμπεριφορά του πατέρα και της μητέρας τους σε ερωτηματολόγιο 25 ερωτήσεων. Η απάντηση βαθμολογείται σε μια κλίμακα 4 διαβαθμίσεων (πολύ συχνά, αρκετά συχνά, λίγες φορές, σχεδόν ποτέ),

ανάλογα με το πόσο συχνή ή όχι ήταν η συμπεριφορά του γονέα. Για τη συμπλήρωση της κλίμακας δεν υπάρχει χρονικό όριο, συνήθως όμως απαιτούνται 10 λεπτά.

Το PBI αποτελείται από δύο κλίμακες, τη φροντίδα (care) και την προστασία (protection), οι οποίες οδηγούν σε 4 διαφορετικούς τύπους προσκόλλησης ανάλογα με την υψηλή ή χαμηλή βαθμολογία. Η υψηλή ή χαμηλή φροντίδα- προστασία καθορίζεται από κάποια βαθμολογικά αποτελέσματα (cut-off scores), τα οποία οριοθετούν την κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Πιο συγκεκριμένα, για τις μητέρες η φροντίδα θεωρείται υψηλή εάν το τελικό άθροισμα ισούται ή είναι μεγαλύτερο του 27.0 ενώ για την προστασία έχει καθοριστεί το όριο του 13.5. Για τους πατέρες η φροντίδα θεωρείται υψηλή εάν το τελικό άθροισμα ισούται ή ξεπερνά το 24.0, ενώ η αντίστοιχη βαθμολογία για τη διάσταση της προστασίας είναι το 12.5.

Η ιδανική συμπεριφορά της μητέρας ή του πατέρα χαρακτηρίζεται από υψηλή φροντίδα, χωρίς όμως να είναι υπερπροστατευτική (optimal bonding). Αντιθέτως, η υψηλή προστασία και η χαμηλή φροντίδα, δεσμός χωρίς συναίσθημα (affectionless bonding) θεωρείται ως η πιο προβληματική σχέση που μπορεί να δημιουργηθεί ανάμεσα στο γονέα και το παιδί, εφόσον το παιδί χωρίς να βιώνει τη στοργή και την αγάπη αισθάνεται ένα συνεχή έλεγχο. Σε περίπτωση χαμηλής βαθμολογίας και των δύο διαστάσεων θεωρούμε ότι δεν έχει δημιουργηθεί κανένα είδος δεσμού (absent bonding) και το παιδί αισθάνεται ότι ο γονέας είναι πάντα απών. Τέλος, η υπερπροστασία σε συνδυασμό με την υψηλή φροντίδα (affectionate bonding) θεωρείται μια αρκετά καλή σχέση προσκόλλησης εφόσον το παιδί βιώνει την αγάπη και τη στοργή και μπορεί με αυτό τον τρόπο να δικαιολογήσει και την υπερπροστασία.

Αν και σε ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής τύπου σχέσεων – προσκόλλησης παιδιού-γονέων θα μπορούσαν να μετρηθούν πολλές διαφορετικές διαστάσεις και συμπεριφορές η επιλογή της φροντίδας και της προστασίας ως βασικές διαστάσεις του PBI δεν ήταν τυχαία (Parker, 1990). Οι δύο αυτές διαστάσεις (φροντίδα – προστασία) προτείνονται από πολλές παραγοντικές μελέτες ως βασικές διαστάσεις που καθορίζουν όλες τις διαπροσωπικές σχέσεις (Hinde, 1974) και παράλληλα φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη του παιδιού αποτελώντας τη βάση των περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών (Parker, 1983).

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι οι μητέρες εμφανίζονται συνήθως με υψηλότερα αποτελέσματα τόσο στην κλίμακα της φροντίδας όσο και στην κλίμακα της προστασίας σε σχέση με τους πατέρες. Το φύλο του ατόμου που το συμπληρώνει ή η

κοινωνικοοικονομική του κατάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζουν τα αποτελέσματα. Η αξιοπιστία επανεξέτασης είναι πολύ υψηλή για έως 8-12 μήνες και αρκετά σταθερή για μία περίοδο έως και 10 χρόνια (Parker, 1990).

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε ότι οι διαστάσεις του PBI έχουν συνδεθεί με ένα αριθμό ψυχιατρικών διαταραχών. Για παράδειγμα, η υπερπροστασία και η έλλειψη ενδιαφέροντος - φροντίδας φαίνεται να συνδέονται με την ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής, κατάθλιψης και κοινωνικής φοβίας (Parker, 1981).

7.4. Δείγμα συμμετεχόντων

7.4.1. Διαδικασία επιλογής δείγματος

Η επιλογή του αντιπροσωπευτικού δείγματος προς εξασφάλιση αμεροληψίας έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία από άτομα με τύφλωση, κώφωση και με σωματική-κινητική αναπηρία, καθώς επίσης και από άτομα χωρίς αναπηρία. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν δια χειρός ή στάλθηκαν ταχυδρομικώς στις 3 ομάδες ατόμων με αναπηρία (τύφλωση, κώφωση και κινητική αναπηρία) και στην ομάδα ελέγχου. Η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων διήρκεσε από τον Οκτώβριο του 2016 έως τον Ιανουάριο του 2017. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε πολλές περιοχές της Ελλάδας και από τις περισσότερες περιφέρειές της. Συνολικά μοιράστηκαν 240 ερωτηματολόγια στις ομάδες πληθυσμού της έρευνας και επεστράφησαν τα 202. Ωστόσο, από τα ερωτηματολόγια που επεστράφησαν εξαιρέθηκαν από την παρούσα έρευνα 32 ελλιπώς συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, καθώς δεν ήταν ορθώς συμπληρωμένα. Κατ' αυτόν τον τρόπο προέκυψε ο τελικός αριθμός των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, ο οποίος ανέρχεται στα 170 ερωτηματολόγια.

7.4.2. Περιγραφικά στοιχεία δείγματος

Στην παρούσα έρευνα, τις πειραματικές ομάδες αποτελούν τρεις ομάδες ατόμων με αναπηρία και συγκεκριμένα 36 άτομα με τύφλωση (21,2%), 38 άτομα με κώφωση (22,4%) και 50 άτομα με κινητική αναπηρία (29,4%). Την ομάδα ελέγχου απαρτίζουν

46 άτομα χωρίς καμία αναπηρία (27,1%) (Πίνακας 5). Η δομή του δείγματος ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, την περιοχή διαβίωσης, την ύπαρξη αδελφιών, το συνολικό αριθμό μελών της οικογένειας, το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, το επάγγελμα των γονέων και την οικογενειακή κατάσταση των γονέων (Πίνακας 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Είδος Αναπηρίας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χωρίς αναπηρία	46	27,1	27,1	27,1
	Τύφλωση	36	21,2	21,2	48,2
	Κώφωση	38	22,4	22,4	70,6
	Κινητική αναπηρία	50	29,4	29,4	100,0
	Σύνολο	170	100,0	100,0	

Φύλο

Από τα άτομα με τύφλωση τα 23 είναι αγόρια και τα 13 είναι κορίτσια, από τα άτομα με κώφωση τα 14 είναι αγόρια και τα 24 είναι κορίτσια, ενώ από τα άτομα με κινητική αναπηρία τα 22 είναι αγόρια και τα 28 είναι κορίτσια. Τέλος, από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία τα 18 είναι αγόρια και τα 28 κορίτσια. Στο σύνολο του δείγματος, τα 77 (45,3%) είναι αγόρια και 93 (54,7%) είναι κορίτσια (Πίνακας 6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΦΥΛΟ

		Φύλο			
		Αγόρι		Κορίτσι	
		N	%	N	%
Είδος Αναπηρίας	Τύφλωση	23	63,9%	13	36,1%
	Κώφωση	14	36,8%	24	63,2%
	Κινητική αναπηρία	22	44,0%	28	56,0%
	Χωρίς αναπηρία	18	39,1%	28	60,9%
	Σύνολο	77	45,3%	93	54,7%

Ηλικία

Από τους ερωτώμενους με τύφλωση, 14 είναι ηλικίας 10-12 ετών, 6 είναι ηλικίας 13-15 ετών, 6 είναι ηλικίας 16-18 ετών και 10 είναι ηλικίας 19-21 ετών. Από τα άτομα με κώφωση 10 είναι ηλικίας 10-12 ετών, 3 είναι ηλικίας 13-15 ετών, 15 είναι ηλικίας 16-18 ετών και 10 είναι ηλικίας 19-21 ετών. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία 12 είναι ηλικίας 10-12 ετών, 7 είναι ηλικίας 13-15 ετών, 5 είναι ηλικίας 16-18 ετών και 26 είναι ηλικίας 19-21 ετών. Τέλος, από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία 3 είναι ηλικίας 10-12 ετών, 11 είναι ηλικίας 13-15 ετών, 16 είναι ηλικίας 16-18 ετών και 16 είναι ηλικίας 19-21 ετών. Στο σύνολο του δείγματος 39 (22,9%) είναι ηλικίας 10-12 ετών, 27 (15,9%) είναι ηλικίας 13-15 ετών, 42 (24,7%) είναι ηλικίας 16-18 ετών και 62 (36,5%) είναι ηλικίας 19-21 ετών (Πίνακας 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΗΛΙΚΙΑ

		Ηλικία							
		10-12		13-15		16-18		19-21	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Είδος Αναπηρίας	Τύφλωση	14	38,9%	6	16,7%	6	16,7%	10	27,8%
	Κώφωση	10	26,3%	3	7,9%	15	39,5%	10	26,3%
	Κινητική αναπηρία	12	24,0%	7	14,0%	5	10,0%	26	52,0%
	Χωρίς αναπηρία	3	6,5%	11	23,9%	16	34,8%	16	34,8%
	Σύνολο	39	22,9%	27	15,9%	42	24,7%	62	36,5%

Τόπος κατοικίας

Από τους συμμετέχοντες στη έρευνα με τύφλωση, οι 10 κατάγονται από χωριό και οι υπόλοιποι 26 από πόλη. Από τα άτομα με κώφωση, οι 9 κατάγονται από χωριό και 29 από πόλη. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία, οι 10 κατάγονται από χωριό και οι 40 από πόλη. Τέλος, από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία οι 24 κατάγονται από χωριό κωμόπολη και οι 21 από πόλη, ενώ 1 άτομο δεν απάντησε αναφορικά με τον τόπο κατοικίας. Στο σύνολο του δείγματος οι 53 κατάγονται από χωριό (31,4%) και οι 116 (68,6%) από πόλη (Πίνακας 8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

		Τόπος κατοικίας			
		Χωριό		Πόλη	
		N	%	N	%
Είδος Αναπηρίας	Τύφλωση	10	27,8%	26	72,2%
	Κώφωση	9	23,7%	29	76,3%
	Κινητική αναπηρία	10	20,0%	40	80,0%
	Χωρίς αναπηρία	24	53,3%	21	46,7%
	Σύνολο	53	31,4%	116	68,6%

Αδέλφια

Από τα άτομα με τύφλωση, τα 26 έχουν αδέρφια και τα 10 δεν έχουν αδέρφια. Από τους συμμετέχοντες με κώφωση, οι 28 έχουν αδέρφια και οι 9 δεν έχουν αδέρφια, ενώ ένα άτομο δεν δήλωσε αν έχει ή όχι αδέρφια. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα 35 έχουν αδέρφια και τα 15 δεν έχουν αδέρφια. Τέλος, από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία, τα 44 έχουν αδέρφια και τα 2 δεν έχουν αδέρφια. Στο σύνολο του δείγματος 133 (78,7%) έχουν αδέρφια και 36 (21,3%) δεν έχουν αδέρφια (Πίνακας 9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΑΔΕΛΦΙΑ

		Αδέλφια			
		Ναι		Όχι	
		N	%	N	%
Είδος Αναπηρίας	Τύφλωση	26	72,2%	10	27,8%
	Κώφωση	28	75,7%	9	24,3%
	Κινητική αναπηρία	35	70,0%	15	30,0%
	Χωρίς αναπηρία	44	95,7%	2	4,3%
	Σύνολο	133	78,7%	36	21,3%

Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι της οικογένειας

Από τους ερωτώμενους με τύφλωση, οι 16 ζουν σε σπίτι όπου διαμένουν συνολικά 3 άτομα, οι 12 σε σπίτι με 4 άτομα στο σύνολο, οι 5 με 5 άτομα και οι 2 με 7 άτομα και άνω, ενώ ένα άτομο δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση. Από τους συμμετέχοντες με κώφωση, οι 14 ζουν σε σπίτι όπου διαμένουν 3 άτομα στο σύνολο,

οι 11 σε σπίτι όπου διαμένουν συνολικά 4 άτομα, οι 11 σε σπίτι με 5 άτομα στο σύνολο, ένας συμμετέχων δήλωσε ότι διαμένει σε σπίτι με συνολικά 6 άτομα και ένας ακόμα δήλωσε ότι ζει σε σπίτι με συνολικό αριθμό ατόμων 7 άτομα και άνω. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, οι 24 ζουν σε σπίτι όπου διαμένουν συνολικά 3 άτομα, οι 14 σε σπίτι με 4 άτομα στο σύνολο, οι 4 με 5 άτομα, οι 2 με 6 άτομα και ένα άτομο δήλωσε ότι ζει σε σπίτι με συνολικό αριθμό ατόμων 7 και άνω, ενώ 5 άτομα δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση. Τέλος, από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία οι 7 ζουν σε σπίτι όπου διαμένουν συνολικά 3 άτομα, οι 24 σε σπίτι με 4 άτομα, οι 7 με 5 άτομα και οι 7 με 6 άτομα, ενώ ένα άτομο δεν έδωσε κάποια απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση. Στο σύνολο του δείγματος οι 61 (37,4%) ζουν σε σπίτι με 3 άτομα συνολικά, οι 61 (37,4%) με 4, οι 27 (16,6%) με 5, οι 10 (6,1%) με 6 και οι 4 (2,5%) με 7 και άνω (Πίνακας 10).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

		Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι της οικογένειας									
		3		4		5		6		7 και άνω	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Είδος Αναπηρίας	Τύφλωση	16	45,7%	12	34,3%	5	14,3%	0	0,0%	2	5,7%
	Κώφωση	14	36,8%	11	28,9%	11	28,9%	1	2,6%	1	2,6%
	Κινητική αναπηρία	24	53,3%	14	31,1%	4	8,9%	2	4,4%	1	2,2%
	Χωρίς αναπηρία	7	15,6%	24	53,3%	7	15,6%	7	15,6%	0	0,0%
	Σύνολο	61	37,4%	61	37,4%	27	16,6%	10	6,1%	4	2,5%

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Από τους ερωτώμενους με τύφλωση, η μητέρα 7 ατόμων έχει τελειώσει το δημοτικό, 3 ατόμων έχει τελειώσει το γυμνάσιο, 13 ατόμων έχει τελειώσει το λύκειο, 12 ατόμων έχει τελειώσει το πανεπιστήμιο, ενώ ενός ατόμου δεν πήγε σχολείο. Από τους συμμετέχοντες με κώφωση, η μητέρα 6 ατόμων έχει τελειώσει το δημοτικό, 6 ατόμων έχει τελειώσει το γυμνάσιο, 12 ατόμων έχει τελειώσει το λύκειο, 4 ατόμων έχει τελειώσει κάποιο κολλέγιο, 8 ατόμων έχει τελειώσει το πανεπιστήμιο, ενός ατόμου δεν πήγε σχολείο και ένας απάντησε δεν ξέρω / δεν απαντώ. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, η μητέρα 7 ατόμων έχει τελειώσει το δημοτικό, 7 ατόμων έχει τελειώσει το

γυμνάσιο, 14 ατόμων έχει τελειώσει το λύκειο, 3 ατόμων έχει τελειώσει κολλέγιο, 17 ατόμων έχει τελειώσει πανεπιστήμιο, ενός ατόμου δεν πήγε σχολείο, και ένας δήλωσε δεν ξέρω / δεν απαντώ. Τέλος, από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία, η μητέρα 5 ατόμων έχει τελειώσει το δημοτικό, 4 ατόμων έχει τελειώσει το γυμνάσιο, 14 ατόμων έχει τελειώσει το λύκειο, ενός ατόμου έχει τελειώσει κάποιο κολλέγιο, 21 ατόμων έχει τελειώσει το πανεπιστήμιο και ένας απάντησε δεν ξέρω / δεν απαντώ. Στο σύνολο του δείγματος, η μητέρα 25 (14,7%) ατόμων έχει τελειώσει το δημοτικό, 20 (11,8%) ατόμων έχει τελειώσει το γυμνάσιο, 53 (31,2%) ατόμων έχει τελειώσει το λύκειο, 8 (4,7%) ατόμων έχει τελειώσει κολλέγιο, 58 (34,1%) ατόμων έχει τελειώσει πανεπιστήμιο, 3 (1,8%) ατόμων δεν πήγε σχολείο, και 3 (1,8%) άτομα μας απάντησαν δεν ξέρω / δεν απαντώ (Πίνακας 11).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

		Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας													
		Δημοτικό		Γυμνάσιο		Λύκειο		Κολλέγιο		Πανεπιστήμιο		Δεν πήγε σχολείο		Δεν ξέρω / δεν απαντώ	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Είδος Αναπηρίας	Τύφλωση	7	19,4%	3	8,3%	13	36,1%	0	0,0%	12	33,3%	1	2,8%	0	0,0%
	Κώφωση	6	15,8%	6	15,8%	12	31,6%	4	10,5%	8	21,1%	1	2,6%	1	2,6%
	Κινητική αναπηρία	7	14,0%	7	14,0%	14	28,0%	3	6,0%	17	34,0%	1	2,0%	1	2,0%
	Χωρίς αναπηρία	5	10,9%	4	8,7%	14	30,4%	1	2,2%	21	45,7%	0	0,0%	1	2,2%
	Σύνολο	25	14,7%	20	11,8%	53	31,2%	8	4,7%	58	34,1%	3	1,8%	3	1,8%

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Από τους ερωτώμενους με τύφλωση, ο πατέρας 9 ατόμων έχει τελειώσει το δημοτικό, 3 ατόμων έχει τελειώσει το γυμνάσιο, 9 ατόμων έχει τελειώσει το λύκειο, ενός ατόμου έχει τελειώσει κάποιο κολλέγιο, 13 ατόμων έχει τελειώσει το πανεπιστήμιο, ενώ ένας απάντησε δεν ξέρω/δεν απαντώ. Από τα άτομα με κώφωση, ο πατέρας 7 ατόμων έχει τελειώσει το δημοτικό, 4 ατόμων έχει τελειώσει το γυμνάσιο, 10 ατόμων έχει τελειώσει το λύκειο, 3 ατόμων έχει τελειώσει κάποιο κολλέγιο, 10 ατόμων έχει τελειώσει το πανεπιστήμιο, 2 ατόμων δεν πήγε σχολείο και ένας δήλωσε δεν ξέρω / δεν απαντώ, ενώ ένα άτομο δεν απάντησε καθόλου σε αυτή την ερώτηση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, ο πατέρας 10 ατόμων έχει τελειώσει το δημοτικό, 3 ατόμων έχει τελειώσει το γυμνάσιο, 14 ατόμων έχει τελειώσει το λύκειο, 2 ατόμων

έχει τελειώσει κάποιο κολλέγιο, 15 ατόμων έχει τελειώσει το πανεπιστήμιο, 2 ατόμων δεν πήγε σχολείο και 4 απάντησαν δεν ξέρω/δεν απαντώ. Τέλος, από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία, ο πατέρας 6 ατόμων έχει τελειώσει το δημοτικό, 6 ατόμων έχει τελειώσει το γυμνάσιο, 12 ατόμων έχει τελειώσει το λύκειο, ενός ατόμου έχει τελειώσει κάποιο κολλέγιο, 20 ατόμων έχει τελειώσει πανεπιστήμιο και ένας απάντησε δεν ξέρω / δεν απαντώ. Στο σύνολο του δείγματος, ο πατέρας 32 (18,9%) ατόμων έχει τελειώσει το δημοτικό, 16 (9,5%) ατόμων έχει τελειώσει το γυμνάσιο, 45 (26,6%) ατόμων έχει τελειώσει το λύκειο, 7 (4,1%) ατόμων έχει τελειώσει κολλέγιο, 58 (34,3%) ατόμων έχει τελειώσει πανεπιστήμιο, 4 (2,4%) ατόμων δεν πήγε σχολείο και 7 (4,1%) άτομα μας απάντησαν δεν ξέρω / δεν απαντώ. Τέλος, ένα άτομο δεν απάντησε καθόλου σε αυτή την ερώτηση (Πίνακας 12).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ

		Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα													
		Δημοτικό		Γυμνάσιο		Λύκειο		Κολλέγιο		Πανεπιστήμιο		Δεν πήγε σχολείο		Δεν ξέρω / δεν απαντώ	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Είδος Αναπηρίας	Τύφλωση	9	25,0%	3	8,3%	9	25,0%	1	2,8%	13	36,1%	0	0,0%	1	2,8%
	Κώφωση	7	18,9%	4	10,8%	10	27,0%	3	8,1%	10	27,0%	2	5,4%	1	2,7%
	Κινητική αναπηρία	10	20,0%	3	6,0%	14	28,0%	2	4,0%	15	30,0%	2	4,0%	4	8,0%
	Χωρίς αναπηρία	6	13,0%	6	13,0%	12	26,1%	1	2,2%	20	43,5%	0	0,0%	1	2,2%
	Σύνολο	32	18,9%	16	9,5%	45	26,6%	7	4,1%	58	34,3%	4	2,4%	7	4,1%

Επάγγελμα μητέρας

Από τους συμμετέχοντες με τύφλωση, η μητέρα 6 ατόμων εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, 5 ατόμων ως ιδιωτικός υπάλληλος, 3 ατόμων ως επιχειρηματίας, 7 ατόμων είναι συνταξιούχος, 14 ατόμων δεν εργάζεται και ενός μας δήλωσε άλλο, δηλαδή ότι έχει κάποιο άλλο επάγγελμα που δεν αναφέρεται στο ερωτηματολόγιο. Από τους ερωτώμενους με κώφωση, η μητέρα 6 ατόμων εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, 6 ατόμων ως ιδιωτικός υπάλληλος, 2 ατόμων ως επιχειρηματίας, 9 ατόμων είναι συνταξιούχος, 8 ατόμων δεν εργάζεται, 2 ατόμων παίρνει αναπηρικό επίδομα και 5 άτομα δήλωσαν άλλο. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, η μητέρα 8 ατόμων εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, 11 ατόμων ως ιδιωτικός υπάλληλος, ενός ατόμου ως τραπεζικός υπάλληλος, ενός ατόμου ως στρατιωτικός, 6 ατόμων είναι

συνταξιούχος, 21 ατόμων δεν εργάζεται και 2 άτομα μας δήλωσαν άλλο. Τέλος, από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία, η μητέρα 11 ατόμων εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, 17 ατόμων ως ιδιωτικός υπάλληλος, ενός ατόμου ως τραπεζικός υπάλληλος, 3 ατόμων είναι επιχειρηματίες, 3 ατόμων είναι συνταξιούχος, 10 ατόμων δεν εργάζεται και ένας μας δήλωσε άλλο. Στο σύνολο του δείγματος, η μητέρα 31 (18,2%) ατόμων εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, 39 (22,9%) ατόμων εργάζεται ως ιδιωτικός υπάλληλος, 2 (1,2%) ατόμων εργάζεται ως τραπεζικός υπάλληλος, ενός (0,6%) ατόμου ως στρατιωτικός, 8 (4,7%) ατόμων ως επιχειρηματίας, 25 (14,7%) ατόμων είναι συνταξιούχος, 53 (31,2%) ατόμων δεν εργάζεται, 2 (1,2%) ατόμων παίρνει αναπηρικό επίδομα και 9 (5,3%) άτομα μας δήλωσαν άλλο (Πίνακας 13).

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

	Επάγγελμα μητέρας																	
	Δημόσιος υπάλληλος		Ιδιωτικός υπάλληλος		Τραπεζικός υπάλληλος		Στρατιωτικός		Επιχειρηματίας		Συνταξιούχος		Δεν εργάζεται		Αναπηρικό επίδομα		Άλλο	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Τύφλωση	6	16,7%	5	13,9%	0	0,0%	0	0,0%	3	8,3%	7	19,4%	14	38,9%	0	0,0%	1	2,8%
Κώφωση	6	15,8%	6	15,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	5,3%	9	23,7%	8	21,1%	2	5,3%	5	13,2%
Κινητική αναπηρία	8	16,0%	11	22,0%	1	2,0%	1	2,0%	0	0,0%	6	12,0%	21	42,0%	0	0,0%	2	4,0%
Χωρίς αναπηρία	11	23,9%	17	37,0%	1	2,2%	0	0,0%	3	6,5%	3	6,5%	10	21,7%	0	0,0%	1	2,2%
Σύνολο	31	18,2%	39	22,9%	2	1,2%	1	0,6%	8	4,7%	25	14,7%	53	31,2%	2	1,2%	9	5,3%

Επάγγελμα πατέρα

Από τους ερωτώμενους με τύφλωση, ο πατέρας 9 ατόμων εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, 10 ατόμων ως ιδιωτικός υπάλληλος, 3 ατόμων ως τραπεζικός υπάλληλος, 3 ατόμων ως επιχειρηματίας, 8 ατόμων είναι συνταξιούχος και ένα άτομο δήλωσε ότι ο πατέρας του ασκεί κάποιο άλλο επάγγελμα. Από τα άτομα με κώφωση, ο πατέρας 8 ατόμων εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, 4 ατόμων ως ιδιωτικός υπάλληλος, ενός ατόμου ως τραπεζικός υπάλληλος, 2 ατόμων ως επιχειρηματίας, 9 ατόμων είναι συνταξιούχος, 5 ατόμων δεν εργάζεται, 2 ατόμων παίρνει αναπηρικό επίδομα και 7 άτομα δήλωσαν άλλο. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, ο πατέρας 14 ατόμων εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, 7 ατόμων ως ιδιωτικός υπάλληλος, 7 ατόμων ως στρατιωτικός, ενός ατόμου ως επιχειρηματίας, 9 ατόμων είναι συνταξιούχος, 5 ατόμων δεν εργάζεται και 7 άτομα δήλωσαν άλλο. Τέλος, από τους συμμετέχοντες χωρίς καμία

αναπηρία ο πατέρας 13 ατόμων εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, 12 ατόμων ως ιδιωτικός υπάλληλος, ενός ατόμου ως τραπεζικός υπάλληλος, 2 ατόμων ως στρατιωτικός, 5 ατόμων είναι επιχειρηματίας, 4 ατόμων είναι συνταξιούχος, 5 ατόμων δεν εργάζονται, ενός ατόμου παίρνει αναπηρικό επίδομα και 2 άτομα δήλωσαν άλλο. Στο σύνολο του δείγματος ο πατέρας 44 (26%) ατόμων εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, 33 (19,5%) ατόμων εργάζεται ως ιδιωτικός υπάλληλος, 5 (3%) ατόμων εργάζεται ως τραπεζικός υπάλληλος, 9 (5,3%) ατόμων ως στρατιωτικός, 11 (6,5%) ατόμων ως επιχειρηματίας, 30 (17,8%) ατόμων ως συνταξιούχος, 15 (8,9%) ατόμων δεν εργάζεται, 3 (1,8%) ατόμων παίρνει αναπηρικό επίδομα και 19 (11,2%) άτομα δήλωσαν άλλο (Πίνακας 14).

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

	Επάγγελμα πατέρα																	
	Δημόσιος υπάλληλος		Ιδιωτικός υπάλληλος		Τραπεζικός υπάλληλος		Στρατιωτικός		Επιχειρηματίας		Συνταξιούχος		Δεν εργάζεται		Αναπηρικό επίδομα		Άλλο	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Τύφλωση	9	25,0%	10	27,8%	3	8,3%	0	0,0%	3	8,3%	8	22,2%	0	0,0%	0	0,0%	3	8,3%
Κώφωση	8	21,1%	4	10,5%	1	2,6%	0	0,0%	2	5,3%	9	23,7%	5	13,2%	2	5,3%	7	18,4%
Κινητική αναπηρία	14	28,0%	7	14,0%	0	0,0%	7	14,0%	1	2,0%	9	18,0%	5	10,0%	0	0,0%	7	14,0%
Χωρίς αναπηρία	13	28,9%	12	26,7%	1	2,2%	2	4,4%	5	11,1%	4	8,9%	5	11,1%	1	2,2%	2	4,4%
Σύνολο	44	26,0%	33	19,5%	5	3,0%	9	5,3%	11	6,5%	30	17,8%	15	8,9%	3	1,8%	19	11,2%

Οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Από τους ερωτώμενους με τύφλωση, η μητέρα και των 36 είναι παντρεμένη. Από τα άτομα με κώφωση η μητέρα των 32 είναι παντρεμένη, των 3 είναι διαζευγμένη, ενός είναι σε διάσταση και η μητέρα 2 ατόμων είναι ξαναπαντρεμένη. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία, η μητέρα των 38 είναι παντρεμένη, των 6 είναι διαζευγμένη, ενός είναι σε διάσταση και 5 άτομα δήλωσαν ότι η μητέρα τους δεν ζει/απεβίωσε. Τέλος, από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία, η μητέρα των 42 είναι παντρεμένη και των 3 είναι διαζευγμένη, ενώ ένα από τα άτομα χωρίς κάποια αναπηρία δεν δήλωσε την οικογενειακή κατάσταση της μητέρας του. Στο σύνολο του δείγματος, η μητέρα 148 (87,6%) ατόμων είναι παντρεμένη, 12 (7,1%) ατόμων είναι διαζευγμένη,

2 (1,2%) ατόμων είναι σε διάσταση, 2 (1,2%) ατόμων είναι ξαναπαντρεμένη και 5 ατόμων (3%) δεν ζει/απεβίωσε (Πίνακας 15).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ

		Οικογενειακή κατάσταση μητέρας									
		Παντρεμένη		Διαζευγμένη		Σε διάσταση		Ξαναπαντρεμένη		Δεν ζει / απεβίωσε	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Είδος Αναπηρίας	Τύφλωση	36	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Κώφωση	32	84,2%	3	7,9%	1	2,6%	2	5,3%	0	0,0%
	Κινητική αναπηρία	38	76,0%	6	12,0%	1	2,0%	0	0,0%	5	10,0%
	Χωρίς αναπηρία	42	93,3%	3	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Σύνολο	148	87,6%	12	7,1%	2	1,2%	2	1,2%	5	3,0%

Οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Από τους ερωτώμενους με τύφλωση, ο πατέρας 35 ατόμων είναι παντρεμένος και ενός ατόμου δεν ζει/απεβίωσε. Από τα άτομα με κώφωση, ο πατέρας 31 ατόμων είναι παντρεμένος, 2 ατόμων είναι διαζευγμένος, ενός είναι σε διάσταση και 4 είναι ξαναπαντρεμένος. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία, ο πατέρας 39 ατόμων είναι παντρεμένος, 4 είναι διαζευγμένος, 2 είναι ξαναπαντρεμένος και 5 δεν ζει/απεβίωσε. Τέλος, από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία ο πατέρας 41 ατόμων είναι παντρεμένος, 2 είναι διαζευγμένος, ένας είναι ξαναπαντρεμένος και 2 ατόμων δεν ζει/απεβίωσε. Στο σύνολο του δείγματος, ο πατέρας 146 (85,9%) ατόμων είναι παντρεμένος, 8 (4,7%) ατόμων είναι διαζευγμένος, ενός (0,6%) ατόμου είναι σε διάσταση, 7 (4,1%) ατόμων είναι ξαναπαντρεμένος και 8 (4,7%) ατόμων δεν ζει/απεβίωσε (Πίνακας 16).

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΤΕΡΑ

		Οικογενειακή κατάσταση πατέρα									
		Παντρεμένος		Διαζευγμένος		Σε διάσταση		Ξαναπαντρεμένος		Δεν ζει / απεβίωσε	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Είδος Αναπηρίας	Τύφλωση	35	97,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,8%
	Κώφωση	31	81,6%	2	5,3%	1	2,6%	4	10,5%	0	0,0%
	Κινητική αναπηρία	39	78,0%	4	8,0%	0	0,0%	2	4,0%	5	10,0%
	Χωρίς αναπηρία	41	89,1%	2	4,3%	0	0,0%	1	2,2%	2	4,3%
	Σύνολο	146	85,9%	8	4,7%	1	0,6%	7	4,1%	8	4,7%

7.5. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS for Windows version 23.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Η ύπαρξη συνοχής μεταξύ των κλιμάκων υπολογίστηκε μέσω του δείκτη Cronbach α ή δείκτη εσωτερικής συνέπειας (internal consistency coefficient), ο οποίος δείχνει την ομοιογένεια της κλίμακας και είναι ένας από τους πιο διαδεδομένους χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας που υπολογίστηκε από τον Cronbach (1951). Ο δείκτης αυτός μπορεί να ερμηνευτεί ως ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ μιας κλίμακας και όλων των πιθανών κλιμάκων που περιλαμβάνουν τον ίδιο αριθμό θεμάτων και οι οποίες θα μπορούσε να δημιουργηθούν από ένα υποθετικό σύνολο θεμάτων, τα οποία μετρούν το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Θεωρητικά οι τιμές του μπορεί να κυμαίνονται από το μείον άπειρο έως το 1, αλλά μόνο οι θετικές τιμές έχουν νόημα.

Ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας:

- $< 0,6$ η κλίμακα είναι αναξιόπιστη
- 0,6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο (μη αποδεκτό για κλίμακες με πολλά items)
- 0,7 επαρκές, αλλά όχι καλό
- 0,8 καλύτερο
- 0,9 πολύ υψηλή αξιοπιστία (μάλλον σπάνιο)

Για να ελέγξουμε εάν οι μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήσαμε το κριτήριο των Kolmogorov-Smirnov (Andrey Kolmogorov και Nikolai Smirnov) λόγω του ότι το μέγεθος του συνολικού δείγματός μας ($n= 170$) είναι μεγαλύτερο του 50 και βρέθηκε ότι καμία δεν την ακολουθεί (Παράρτημα 1). Για τον έλεγχο, όμως, της κανονικότητας των δεδομένων των κλιμάκων για κάθε ομάδα πληθυσμού του δείγματος (άτομα χωρίς αναπηρία, άτομα με τύφλωση, άτομα με κώφωση, άτομα με κινητική αναπηρία), χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο των Shapiro-Wilk (Samuel Sanford Shapiro και Martin Wilk), καθώς κάθε ομάδα πληθυσμού της έρευνας περιλαμβάνει λιγότερα από 50 άτομα.

Για τη σχέση που πιθανόν παρατηρείται ανάμεσα σε ονομαστικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε το Pearson's Chi-square (χ^2) test. Το τεστ αυτό βασίζεται στην σύγκριση των συχνοτήτων που παρατηρούμε στην κάθε κατηγορία (observed

frequencies), με τις συχνότητες που θα αναμέναμε να έχουμε στις κατηγορίες αυτές από τύχη (expected frequencies). Με άλλα λόγια, έχουμε ένα θεωρητικό μοντέλο για το πως θα περιμέναμε να είναι τα δεδομένα μας, και το συγκρίνουμε με το πως είναι τα δεδομένα μας και παίρνουμε μία εκτίμηση (goodness-of-fit).

Για τη διερεύνηση της διαφοράς μέσω όρων μεταξύ δύο ομάδων ως προς μια εξαρτημένη μεταβλητή, τα δεδομένα της οποίας ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, ενώ για τα αριθμητικά δεδομένα με μη κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό ισοδύναμο κριτήριο Mann Whitney's U. Στην περίπτωση που οι ομάδες ήταν περισσότερες από δύο εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova), όπου τα αριθμητικά δεδομένα ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και το μη παραμετρικό ισοδύναμο κριτήριο Kruskal Wallis (πήρε το όνομά του από τους William Kruskal και W. Allen Wallis), στην περίπτωση που δεν υπήρχε κανονικότητα στα αριθμητικά δεδομένα.

Για την συσχέτιση των κλιμάκων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Spearman Rho. Χρησιμοποιήθηκε το συγκεκριμένο τεστ διότι δεν έχουμε 2 τουλάχιστον υποκλίμακες με κανονική κατανομή σε κάθε ομάδα του δείγματος για να χρησιμοποιήσουμε παραμετρικό τεστ και έχουμε μόνο μία υποκλίμακα.

Τέλος, οφείλεται να αναφερθεί ότι για το σύνολο των επαγωγικών στατιστικών διαδικασιών, το επίπεδο σημαντικότητας α ορίστηκε στο 0,05. Επομένως σε όλους τους στατιστικούς ελέγχους οι υπολογιζόμενες κρίσιμες τιμές (p-values) συγκρίθηκαν με την παραπάνω τιμή ($\alpha = 5\%$). Στις περιπτώσεις που η κρίσιμη τιμή εμφανίστηκε μικρότερη ή ίση του επιπέδου σημαντικότητας α υπήρχε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (δηλαδή απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης του αντίστοιχου ελέγχου), ενώ σε διαφορετική περίπτωση δεν υπήρξε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (δηλαδή η μηδενική υπόθεση του αντίστοιχου ελέγχου δεν μπορούσε να απορριφθεί).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1. Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στις ερωτήσεις με ανεξάρτητη μεταβλητή το είδος αναπηρίας

Το γεγονός εάν κάποιος από τους ερωτώμενους έχει τύχει να ασκήσει εκφοβισμό στο σχολείο εξαρτάται από το είδος της αναπηρίας ($X^2= 8,382$, $df= 3$, **Asymp.Sig= 0.039**) (Πίνακας 18). Από τον Πίνακα 17, παρατηρείται ότι λιγότερα άτομα με κινητική αναπηρία έχουν ασκήσει βία στο σχολείο από το αναμενόμενο, ενώ περισσότερα άτομα με τύφλωση και κώφωση έχουν ασκήσει εκφοβισμό στο σχολείο από το αναμενόμενο. Αναφορικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία, ασκούσαν εκφοβιστικές συμπεριφορές όσα άτομα αναμενόταν.

Άρα με βάση τα παραπάνω μπορούμε να εξάγουμε το συμπέρασμα ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία ασκούν λιγότερο εκφοβισμό από το αναμενόμενο, ενώ τα άτομα με τύφλωση και κώφωση ασκούν περισσότερες εκφοβιστικές συμπεριφορές από το αναμενόμενο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Χ² ΤΕΣΤ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΈΤΥΧΕ ΠΟΤΕ ΝΑ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΒΙΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ;»

		Έτυχε ποτέ να ασκήσεις βία στο σχολείο;		Σύνολο		
		Ναι	Όχι			
Είδος Αναπηρίας	Χωρίς αναπηρία	Count	11	35	46	
		Expected Count	10,8	35,2	46,0	
	Τύφλωση	Count	12	24	36	
		Expected Count	8,5	27,5	36,0	
	Κώφωση	Count	12	26	38	
		Expected Count	8,9	29,1	38,0	
	Κινητική αναπηρία	Count	5	45	50	
		Expected Count	11,8	38,2	50,0	
			Count	40	130	170
			Expected Count	40,0	130,0	170,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Χ² ΤΕΣΤ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ

«ΕΤΥΧΕ ΠΟΤΕ ΝΑ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΒΙΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ;»

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,382 ^a	3	,039
Likelihood Ratio	9,160	3	,027
Linear-by-Linear Association	2,674	1	,102
N of Valid Cases	170		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,47.

Στον παρακάτω πίνακα 19 παρουσιάζονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα του Kruskal Wallis Test με ανεξάρτητη μεταβλητή το είδος αναπηρίας.

- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνει η μητέρα σου σε σένα (για παιχνίδι, για βόλτα, για διάβασμα κλπ.)» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 21,841$, $df= 3$, $p= 0.000$ (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 93,41, για τα άτομα με κώφωση να είναι 91,05, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 88,01 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 54,72 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι στα άτομα με αναπηρία η μητέρα τους αφιερώνει περισσότερο χρόνο σε σχέση με τις μητέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τις μητέρες των ατόμων με τύφλωση να αφιερώνουν τις περισσότερες ώρες και να ακολουθούν των ατόμων με κώφωση και, τέλος, οι μητέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ένας μαθητής /τρια με πείραξε με πολύ άσχημο τρόπο» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 19,639$, $df= 3$, $p= 0.000$ (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 99,54, για τα άτομα με κώφωση να είναι 94,64, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 92,62 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 59,22 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι τα άτομα με αναπηρία δέχονται συχνότερα πειράγματα από συμμαθητές τους με πολύ άσχημο τρόπο σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να δέχονται συχνότερα πειράγματα και να ακολουθούν τα άτομα με κώφωση και τέλος τα άτομα με κινητική αναπηρία.

- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ένας μαθητής/τρια είπε ότι θα με χτύπαγε ή θα με τραυμάτιζε» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 12,433$, $df= 3$, **p= 0.006** (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 100,85, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 91,30, για τα άτομα με κώφωση να είναι 85,97 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 66,79 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι τα άτομα με αναπηρία δέχονται συχνότερα απειλές από συμμαθητές τους ότι θα τους χτύπαγαν ή θα τους τραυμάτιζαν σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να δέχονται συχνότερα απειλές και να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ένας μαθητής/τρια με αγνόησε επίτηδες για να πληγώσει τα αισθήματά μου» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 17,859$, $df= 3$, **p= 0.000** (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 94,89, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 95,54, για τα άτομα με κώφωση να είναι 91,82 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 59,62 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι τα άτομα με αναπηρία αγνοούνται συχνότερα από συμμαθητές τους επίτηδες για να πληγωθούν τα συναισθήματά τους σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να αγνοούνται συχνότερα από συμμαθητές τους και να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ένας μαθητής/τρια είπε ψέματα για μένα για να μην με συμπαθούν οι άλλοι μαθητές» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 8,158$, $df= 3$, **p= 0.043** (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 97,50, για τα άτομα με κώφωση να είναι 91,89, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 86,59 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 69,64 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι συμμαθητές των ατόμων με

αναπηρία έλεγαν συχνότερα ψέματα για αυτούς για να μην τους συμπαθήσουν οι άλλοι συμμαθητές σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να αγνοούνται συχνότερα από συμμαθητές τους και να ακολουθούν τα άτομα με κώφωση και τέλος τα άτομα με κινητική αναπηρία.

- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ένας μαθητής/τρια με χτύπησε, με κλώτσησε ή με έσπρωξε με κακοήθη τρόπο» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 19,646$, $df= 3$, $p= 0.000$ (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 108,99, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 88,41, για τα άτομα με κώφωση να είναι 85,29 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 64,13 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία τους χτυπούσαν, κλωτσούσαν ή έσπρωχναν με κακοήθη τρόπο συχνότερα σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να τα χτυπάνε, κλωτσάνε, σπρώχνουν συχνότερα και να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ένας μαθητής/τρια με άρπαξε, με κράτησε ή με άγγιξε με τρόπο που δεν μου άρεσε» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 16,091$, $df= 3$, $p= 0.001$ (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 109,89, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 85,14, για τα άτομα με κώφωση να είναι 83,97 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 68,07 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία τους άρπαζαν, τους κρατούσαν ή τους άγγιζαν με τρόπο που δεν τους άρεσε συχνότερα, σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να τα άρπαζα, να τα κρατούσαν ή να τα άγγιζαν με τρόπο που δεν τους άρεσε συχνότερα και να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση.

- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Κάποιοι μαθητές με άφησαν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο.» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 8,999$, $df= 3$, **p= 0.029** (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 95,90, για τα άτομα με τύφλωση να είναι 94,51, για τα άτομα με κώφωση να είναι 82,42 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 69,68 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία τους άφησαν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο συχνότερα σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με κινητική αναπηρία να τα άφησαν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο συχνότερα και να ακολουθούν τα άτομα με τύφλωση και, τέλος, τα άτομα με κώφωση.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ένας μαθητής/τρια με κινήγησε σαν να ήθελε πραγματικά να μου κάνει κακό» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 9,926$, $df= 3$, **p= 0.019** (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 100,97, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 87,45 για τα άτομα με κώφωση να είναι 86,78 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 70,22 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία τους κινήγούσαν σαν να ήθελαν πραγματικά να τους κάνουν κακό συχνότερα σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να τα κινήγαν σαν να ήθελαν πραγματικά να τους κάνουν κακό συχνότερα και ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Κάποιοι μαθητές μαζεύτηκαν εναντίον μου και μου φέρθηκαν άσχημα» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 13,848$, $df = 3$, **p= 0.003** (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 98,25, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 93,49, για τα άτομα με κώφωση να είναι 85,03 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 64,94 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω

συμπεραίνουμε ότι οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία μαζεύονταν εναντίον τους και τους συμπεριφέρονταν άσχημα συχνότερα σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να μαζεύονταν εναντίον τους και να τους συμπεριφέρονταν άσχημα οι συμμαθητές τους συχνότερα και να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση.

- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Πείραξα ή κορόιδεψα έναν μαθητή/τρια με πολύ άσχημο τρόπο» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 22,327$, $df= 3$, **p= 0.000** (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 103,88, για τα άτομα με κώφωση να είναι 97,25, για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 83,27 και για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 65,39 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι τα άτομα με τύφλωση πείραζαν ή κορόιδευαν ένα συμμαθητή τους με πολύ άσχημο τρόπο συχνότερα, ακολουθούν τα άτομα με κώφωση, στη συνέχεια τα άτομα χωρίς αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κινητική αναπηρία.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Άρπαξα, κράτησα ή άγγιξα άλλον μαθητή/τρια με τρόπο που δεν του/της άρεσε» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 17,433$, $df= 3$, **p= 0.001** (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 103,53, για τα άτομα με κώφωση να είναι 93,37, για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 79,67 και για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 71,90 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι τα άτομα με τύφλωση και τα άτομα με κώφωση άρπαζαν, κρατούσαν ή άγγιζαν τους συμμαθητές τους με τρόπο που δεν τους άρεσε συχνότερα σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να ασκούν την παραπάνω ενέργεια συχνότερα. Λιγότερο συχνά άρπαζαν, κρατούσαν ή άγγιζαν τους συμμαθητές τους με τρόπο που δεν τους άρεσε τα άτομα με κινητική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία καθώς και με τα άτομα με τύφλωση και κώφωση.

- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Κυνήγησα έναν μαθητή/τρια προσπαθώντας να του/της κάνω κακό» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 11,211$, $df= 3$, **p= 0.011** (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 94,49, για τα άτομα με κώφωση να είναι 91,91, για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 81,46 και για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 77,88 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι τα άτομα με τύφλωση και τα άτομα με κώφωση κυνήγησαν έναν συμμαθητή τους προσπαθώντας να του κάνουν κακό συχνότερα σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να εξασκούν την παραπάνω ενέργεια συχνότερα από ότι τα άτομα με κώφωση. Λιγότερο συχνά κυνηγούσαν ένα συμμαθητή τους για να του κάνουν κακό τα άτομα με κινητική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, καθώς και με τα άτομα με τύφλωση και κώφωση.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Εγώ και κάποιοι μαθητές μαζευθήκαμε και φερθήκαμε άσχημα σε άλλων μαθητή/τρια» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 20,526$, $df = 3$, **p= 0.000** (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 102,39, για τα άτομα με κώφωση να είναι 92,88, για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 80,89 και για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 71,97 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι τα άτομα με τύφλωση και τα άτομα με κώφωση μαζεύονταν με κάποιους συμμαθητές τους και συμπεριφέρονταν άσχημα σε άλλους συμμαθητές τους συχνότερα σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να το κάνουν συχνότερα από ότι τα άτομα με κώφωση. Λιγότερο συχνά μαζεύονταν με κάποιους συμμαθητές τους και συμπεριφέρονταν άσχημα σε άλλους συμμαθητές τους τα άτομα με κινητική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, καθώς και με τα άτομα με τύφλωση και κώφωση.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Η μητέρα έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 9,022$, $df = 3$,

$p= 0.029$ (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 97,17, για τα άτομα με κώφωση να είναι 83,88, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 83,69 και για τα άτομα με τύφλωση να είναι 72,79 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι μητέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία ήταν συχνότερα συναισθηματικά αδιάφορες σε σχέση με τις μητέρες των ατόμων με αναπηρία, με τις μητέρες των ατόμων με τύφλωση να είναι λιγότερο συχνά συναισθηματικά αδιάφορες, ακολουθούν οι μητέρες των με κινητική αναπηρία και, τέλος, οι μητέρες των ατόμων με κώφωση.

- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ο πατέρας μου με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2 = 10,424$, $df = 3$, $p= 0.015$ (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 94,84, για τα άτομα με τύφλωση να είναι 91,90, για τα άτομα με κώφωση να είναι 87,70 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 66,89 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι πατέρες των ατόμων με αναπηρία τους άφησαν να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούσαν, συχνότερα σε σχέση με τους πατέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με κινητική αναπηρία να τα αφήνουν συχνότερα να κάνουν πράγματα που τα ευχαριστούσαν, να ακολουθούν τα άτομα με τύφλωση και τέλος με κώφωση.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ο πατέρας μου εισέβαλε στην προσωπική μου ζωή» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 15,893$, $df= 3$, $p= 0.001$ (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με κώφωση να είναι 100,83, για τα άτομα με τύφλωση να είναι 92,50, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 87,00 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 63,92 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι πατέρες των ατόμων με αναπηρία εισέβαλαν στην προσωπική τους ζωή συχνότερα σε σχέση με τους πατέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με κώφωση να εισβάλλουν οι πατέρες τους συχνότερα στην προσωπική τους ζωή, να ακολουθούν τα άτομα με τύφλωση και, τέλος, τα άτομα με κινητική αναπηρία.

- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ο πατέρας μου με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 9,983$, $df= 3$, $p= 0.019$ (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 100,31, για τα άτομα με κώφωση να είναι 88,70, για τα άτομα με τύφλωση να είναι 75,28 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 73,25 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι πατέρες των ατόμων με αναπηρία τους άφηναν να παίρνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους συχνότερα σε σχέση με τους πατέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με κινητική αναπηρία να τα αφήνουν οι πατέρες τους να παίρνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους συχνότερα, να ακολουθούν τα άτομα με κώφωση και, τέλος, τα άτομα με τύφλωση.
- ❖ Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του «Ο πατέρας μου μου επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα» και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 7,844$, $df= 3$, $p= 0.049$ (Πίνακας 19), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 93,04, για τα άτομα με κώφωση να είναι 91,80, για τα άτομα με τύφλωση να είναι 84,75 και για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 69,34 (Πίνακας 20). Οπότε με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι πατέρες των ατόμων με αναπηρία τους επέτρεπαν να ντύνονται όπως επιθυμούσαν συχνότερα σε σχέση με τους πατέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με κινητική αναπηρία οι πατέρες τους να τους επιτρέπουν να ντύνονται όπως θέλουν συχνότερα, να ακολουθούν τα άτομα με κώφωση και, τέλος, τα άτομα με τύφλωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: KRUSKAL WALLIS TEST ME ANEΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Test Statistics ^{a,b}	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
18. Πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνει η μητέρα σου σε σένα (για παιχνίδι, για βόλτα, για διάβασμα κλπ.);	21,841	3	,000
21. Ένας μαθητής /τρια με πείραξε με πολύ άσχημο τρόπο.	19,639	3	,000
22. Ένας μαθητής/τρια είπε ότι θα με χτύπαγε ή θα με τραυμάτιζε.	12,433	3	,006
23. Ένας μαθητής/τρια με αγνόησε επίτηδες για να πληγώσει τα αισθήματα μου.	17,859	3	,000

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

24. Ένας μαθητής/τρια είπε ψέματα για μένα για να μην με συμπαθούν οι άλλοι μαθητές.	8,158	3	,043
25. Ένας μαθητής/τρια με χτύπησε, με κλώτσησε ή με έσπρωξε με κακοήθη τρόπο.	19,646	3	,000
26. Ένας μαθητής/τρια με άρπαξε, με κράτησε ή με άγγιξε με τρόπο που δεν μου άρεσε.	16,091	3	,001
27. Κάποιοι μαθητές με άφησαν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο.	8,999	3	,029
28. Ένας μαθητής/τρια με κινήγησε σαν να ήθελε πραγματικά να μου κάνει κακό.	9,926	3	,019
29. Κάποιοι μαθητές μαζεύτηκαν εναντίον μου και μου φέρθηκαν άσχημα.	13,848	3	,003
30. Πείραξα ή κορόιδεψα έναν μαθητή/τρια με πολύ άσχημο τρόπο.	22,327	3	,000
35. Άρπαξα, κράτησα ή άγγιξα άλλον μαθητή/τρια με τρόπο που δεν του/της άρεσε.	17,433	3	,001
37. Κινήγησα έναν μαθητή/τρια προσπαθώντας να του/της κάνω κακό.	11,211	3	,011
38. Εγώ και κάποιοι μαθητές μαζευτήκαμε και φερθήκαμε άσχημα σε άλλον μαθητή/τρια.	20,526	3	,000
42. Η μητέρα έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου.	9,022	3	,029
66. Ο πατέρας μου με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν.	10,424	3	,015
73. Ο πατέρας μου εισέβαλε στην προσωπική μου ζωή.	15,893	3	,001
78. Ο πατέρας μου με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου.	9,983	3	,019
88. Ο πατέρας μου μού επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα.	7,844	3	,049
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: Είδος Αναπηρίας			

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20: RANKS ΤΟΥ KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ
ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

	Ranks		
	Είδος Αναπηρίας	N	Mean Rank
18. Πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνει η μητέρα σου σε σένα (για παιχνίδι, για βόλτα, για διάβασμα κλπ.);	Χωρίς αναπηρία	45	54,72
	Τύφλωση	34	93,41
	Κώφωση	37	91,05
	Κινητική αναπηρία	44	88,01
	Σύνολο	160	
21. Ένας μαθητής /τρια με πείραξε με πολύ άσχημο τρόπο.	Χωρίς αναπηρία	46	59,22
	Τύφλωση	36	99,54
	Κώφωση	38	94,64
	Κινητική αναπηρία	50	92,62
	Σύνολο	170	
22. Ένας μαθητής/τρια είπε ότι θα με χτύπαγε ή θα με τραυμάτιζε.	Χωρίς αναπηρία	46	66,79
	Τύφλωση	36	100,85
	Κώφωση	38	85,97
	Κινητική αναπηρία	50	91,30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

	Σύνολο	170	
23. Ένας μαθητής/τρια με αγνόησε επίτηδες για να πληγώσει τα αισθήματά μου.	Χωρίς αναπηρία	45	59,62
	Τύφλωση	36	94,89
	Κώφωση	38	91,82
	Κινητική αναπηρία	50	95,54
	Σύνολο	169	
24. Ένας μαθητής/τρια είτε ψέματα για μένα για να μην με συμπαθούν οι άλλοι μαθητές.	Χωρίς αναπηρία	46	69,64
	Τύφλωση	36	97,50
	Κώφωση	38	91,89
	Κινητική αναπηρία	50	86,59
	Σύνολο	170	
25. Ένας μαθητής/τρια με χτύπησε, με κλώτσησε ή με έσπρωξε με κακοήθη τρόπο.	Χωρίς αναπηρία	46	64,13
	Τύφλωση	36	108,99
	Κώφωση	38	85,29
	Κινητική αναπηρία	50	88,41
	Σύνολο	170	
26. Ένας μαθητής/τρια με άρπαξε, με κράτησε ή με άγγιξε με τρόπο που δεν μου άρεσε.	Χωρίς αναπηρία	46	68,07
	Τύφλωση	36	109,89
	Κώφωση	38	83,97
	Κινητική αναπηρία	50	85,14
	Σύνολο	170	
27. Κάποιοι μαθητές με άφησαν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο.	Χωρίς αναπηρία	46	69,68
	Τύφλωση	36	94,51
	Κώφωση	38	82,42
	Κινητική αναπηρία	50	95,90
	Σύνολο	170	
28. Ένας μαθητής/τρια με κυνήγησε σαν να ήθελε πραγματικά να μου κάνει κακό.	Χωρίς αναπηρία	46	70,22
	Τύφλωση	36	100,97
	Κώφωση	38	86,78
	Κινητική αναπηρία	50	87,45
	Σύνολο	170	
29. Κάποιοι μαθητές μαζεύτηκαν εναντίον μου και μου φέρθηκαν άσχημα.	Χωρίς αναπηρία	45	64,94
	Τύφλωση	36	98,25
	Κώφωση	38	85,03
	Κινητική αναπηρία	50	93,49
	Σύνολο	169	
30. Πείραξα ή κορόιδεψα έναν μαθητή/τρια με πολύ άσχημο τρόπο.	Χωρίς αναπηρία	46	83,27
	Τύφλωση	36	103,88
	Κώφωση	38	97,25
	Κινητική αναπηρία	50	65,39
	Σύνολο	170	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

35. Άρπαξα, κράτησα ή άγγιξα άλλον μαθητή/τρια με τρόπο που δεν του/της άρεσε.	Χωρίς αναπηρία	46	79,67
	Τύφλωση	36	103,53
	Κώφωση	38	93,37
	Κινητική αναπηρία	50	71,90
	Σύνολο	170	
37. Κυνήγησα έναν μαθητή/τρια προσπαθώντας να του/της κάνω κακό.	Χωρίς αναπηρία	46	81,46
	Τύφλωση	36	94,49
	Κώφωση	38	91,91
	Κινητική αναπηρία	50	77,88
	Σύνολο	170	
38. Εγώ και κάποιοι μαθητές μαζευτήκαμε και φερθήκαμε άσχημα σε άλλων μαθητή/τρια.	Χωρίς αναπηρία	46	80,89
	Τύφλωση	36	102,39
	Κώφωση	38	92,88
	Κινητική αναπηρία	50	71,97
	Σύνολο	170	
42. Η μητέρα έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου.	Χωρίς αναπηρία	45	97,17
	Τύφλωση	36	72,79
	Κώφωση	38	83,88
	Κινητική αναπηρία	50	83,69
	Σύνολο	169	
66. Ο πατέρας μου με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν.	Χωρίς αναπηρία	46	66,89
	Τύφλωση	36	91,90
	Κώφωση	38	87,70
	Κινητική αναπηρία	49	94,84
	Σύνολο	169	
73. Ο πατέρας μου εισέβαλε στην προσωπική μου ζωή	Χωρίς αναπηρία	46	63,92
	Τύφλωση	36	92,50
	Κώφωση	38	100,83
	Κινητική αναπηρία	49	87,00
	Σύνολο	169	
78. Ο πατέρας μου με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου.	Χωρίς αναπηρία	46	73,25
	Τύφλωση	36	75,28
	Κώφωση	38	88,70
	Κινητική αναπηρία	49	100,31
	Σύνολο	169	
88. Ο πατέρας μου μού επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα.	Χωρίς αναπηρία	46	69,34
	Τύφλωση	36	84,75
	Κώφωση	37	91,80
	Κινητική αναπηρία	49	93,04
	Σύνολο	168	

8.2. Περιγραφικά στοιχεία υποκλιμάκων

Όπως προαναφέρθηκε, το PBI αποτελείται από δύο κλίμακες, τη φροντίδα (care) και την προστασία (protection), οι οποίες οδηγούν σε 4 διαφορετικούς τύπους προσκόλλησης ανάλογα με την υψηλή ή χαμηλή βαθμολογία. Η υψηλή ή χαμηλή φροντίδα-προστασία καθορίζεται από κάποια βαθμολογικά αποτελέσματα (cut-off scores), τα οποία οριοθετούν την κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Πιο συγκεκριμένα, για τις μητέρες η φροντίδα θεωρείται υψηλή εάν το τελικό άθροισμα ισούται ή είναι μεγαλύτερο του 27.0, ενώ για την προστασία έχει καθοριστεί το όριο του 13.5. Για τους πατέρες η φροντίδα θεωρείται υψηλή εάν το τελικό άθροισμα ισούται ή ξεπερνά το 24.0, ενώ η αντίστοιχη βαθμολογία για τη διάσταση της προστασίας είναι το 12.5. Εν ολίγοις, το PBI αποτελείται από τέσσερις υποκλίμακες: 1) φροντίδα μητέρας, 2) προστασία μητέρας, 3) φροντίδα πατέρα, 4) προστασία πατέρα.

Συγκεκριμένα ως προς τις τέσσερις υποκλίμακες του *Οργάνου Μέτρησης του Γονεϊκού Δεσμού (Parental Bonding Instrument – PBI)*:

Η **φροντίδα της μητέρας** είναι υψηλότερη στα άτομα χωρίς αναπηρία, για τα οποία ο μέσος όρος της συγκεκριμένης υποκλίμακας είναι 27,59 (εύρος τιμών 22, τυπική απόκλιση 5,30), ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία με μέσο όρο 27,16 (εύρος τιμών 31, τυπική απόκλιση 8,59), στη συνέχεια ακολουθούν τα άτομα με κώφωση με μέσο όρο 26,92 (εύρος τιμών 25, τυπική απόκλιση 6,03) και, τέλος, τα άτομα με τύφλωση με μέσο όρο 26,46 (εύρος τιμών 25, τυπική απόκλιση 8,04) (Πίνακας 21).

Η **προστασία της μητέρας** είναι υψηλότερη στα άτομα με κινητική αναπηρία, για τα οποία ο μέσος όρος της συγκεκριμένης υποκλίμακας είναι 14,86 (εύρος τιμών 33, τυπική απόκλιση 9,71), ακολουθούν τα άτομα με τύφλωση με μέσο όρο 14,20 (εύρος τιμών 35, τυπική απόκλιση 10,02), στη συνέχεια τα άτομα με κώφωση με μέσο όρο 13,13 (εύρος τιμών 37, τυπική απόκλιση 7,66) και, τέλος, τα άτομα χωρίς αναπηρία με μέσο όρο 12,43 (εύρος τιμών 25, τυπική απόκλιση 6,13) (Πίνακας 21).

Η **φροντίδα του πατέρα** είναι υψηλότερη στα άτομα χωρίς αναπηρία, για τα οποία ο μέσος όρος της συγκεκριμένης υποκλίμακας είναι 24,56 (εύρος τιμών 26, τυπική απόκλιση 7,57) ακολουθούν τα άτομα με τύφλωση με μέσο όρο 24,03 (εύρος τιμών 32, τυπική απόκλιση 7,55), έπονται τα άτομα με κώφωση με μέσο όρο 23,03

(εύρος τιμών 32, τυπική απόκλιση 7,83) και, τέλος, τα άτομα με κινητική αναπηρία με μέσο όρο 22,92 (εύρος τιμών 35, τυπική απόκλιση 8,54) (Πίνακας 21).

Η **προστασία του πατέρα** είναι υψηλότερη στα άτομα με κώφωση, για τα οποία ο μέσος όρος της συγκεκριμένης υποκλίμακας είναι 14,19 (εύρος τιμών 39, τυπική απόκλιση 9,34), ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία με μέσο όρο 13,34 (εύρος τιμών 30, τυπική απόκλιση 7,86), έπονται τα άτομα με τύφλωση με μέσο όρο 12,14 (εύρος τιμών 31, τυπική απόκλιση 8,68) και, τέλος, τα άτομα χωρίς αναπηρία με μέσο όρο 10,16 (εύρος τιμών 22, τυπική απόκλιση 5,97) (Πίνακας 21).

Συνεπώς, προκύπτει ότι τα η φροντίδα του πατέρα και της μητέρας είναι μεγαλύτερη στα άτομα χωρίς αναπηρία, ενώ η προστασία του πατέρα και της μητέρας είναι μεγαλύτερη στα άτομα με αναπηρία, αλλά τις περισσότερες φορές οι διαφορές είναι μικρές ανάμεσα στις ομάδες.

Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω καταλήγουμε στα εξής: Τα άτομα χωρίς αναπηρία παρουσιάζουν υψηλή φροντίδα από τη μητέρα τους με μέσο όρο $27,59 > 27$ και χαμηλή προστασία με μέσο όρο $12,43 < 13,5$. Αυτή σύμφωνα με το PBI θεωρείται η ιδανική σχέση δεσμού (optimal bonding) ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί. Την ίδια σχέση δεσμού έχουν και με τον πατέρα τους (optimal bonding) καθώς ο τελευταίος επιδεικνύει υψηλή φροντίδα με μέσο όρο $24,56 > 24$ και χαμηλή προστασία με μέσο όρο $10,16 < 12,5$. Τα άτομα, εν συνεχεία με τύφλωση, παρουσιάζουν χαμηλή φροντίδα από τη μητέρα τους με μέσο όρο $26,46 < 27$ και υψηλή προστασία με μέσο όρο $14,20 > 13,5$. Αυτό σημαίνει ότι έχει αναπτυχθεί μεταξύ μητέρας και παιδιού δεσμός χωρίς συναίσθημα (affectionless bonding), που θεωρείται μια προβληματική σχέση καθώς το παιδί δεν βιώνει την αγάπη και τη ζεστασιά του γονέα και υφίσταται συνεχή έλεγχο. Τα άτομα με τύφλωση αναπτύσσουν τον ιδανικό δεσμό (optimal bonding) με τον πατέρα τους, καθώς παρουσιάζουν υψηλή φροντίδα με μέσο όρο $24,03 > 24$ και χαμηλή προστασία με μέσο όρο $12,14 < 12,50$. Τα άτομα με κώφωση παρουσιάζουν χαμηλή φροντίδα από τη μητέρα τους με μέσο όρο $26,92 < 27$ καθώς και χαμηλή προστασία με μέσο όρο $13,13 < 13,5$, γεγονός που σημαίνει ότι δεν έχει δημιουργηθεί κανενός είδους δεσμού με την μητέρα τους (absent bonding) και τα κωφά παιδιά αισθάνονται ότι η μητέρα τους είναι απών. Ακόμα τα κωφά άτομα παρουσιάζουν χαμηλή φροντίδα από τον πατέρα τους με μέσο όρο $23,03 < 24$ και υψηλή προστασία $14,19 > 12,5$. Αυτό σημαίνει ότι έχει αναπτυχθεί μεταξύ πατέρα και παιδιού δεσμός χωρίς συναίσθημα (affectionless bonding), με τον πατέρα να είναι υπερπροστατευτικός και καθόλου

στοργικός προς το παιδί του. Τέλος, τα άτομα με κινητική αναπηρία παρουσιάζουν υψηλή φροντίδα από τη μητέρα τους με μέσο όρο 27,16>27 και υψηλή προστασία με μέσο όρο 14,86>13,5, η οποία θεωρείται μια αρκετά καλή σχέση προσκόλλησης εφόσον το παιδί βιώνει την αγάπη και τη στοργή και μπορεί με αυτό τον τρόπο να δικαιολογήσει και την υπερπροστασία (affectionate bonding). Αντιθέτως, τα άτομα με κινητική αναπηρία παρουσιάζουν χαμηλή φροντίδα από τον πατέρα με μέσο όρο 22,92<24 και υψηλή προστασία με μέσο όρο 13,34>12,5 (affectionless bonding).

Οι συνιστώσες που εξετάζει το ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους Συνομήλικους (Peer Experiences Questionnaire – PEQ) αφορούν στην έκθεση των μαθητών στον σχολικό εκφοβισμό, στη διάπραξη συμπεριφορών εκφοβισμού εις βάρος άλλων μαθητών καθώς και στις στάσεις και πεποιθήσεις αυτών σχετικά με τις επιθετικές συμπεριφορές εντός του σχολικού πλαισίου.

Όπως προαναφέρθηκε, χρησιμοποιήθηκαν οι δύο από τις τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Η πρώτη (θυματοποίηση εαυτού) διερευνά την έκθεση παιδιών σε συμπεριφορές εκφοβισμού και περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις. Η δεύτερη υποκλίμακα (θυματοποίηση του άλλου) διερευνά τη διάπραξη συμπεριφορών εκφοβισμού σε άλλα παιδιά και περιλαμβάνει και αυτή 9 ερωτήσεις.

Η βαθμολόγηση στις δύο πρώτες υποκλίμακες (θυματοποίηση εαυτού/θυματοποίηση άλλου) γίνεται με βάση μια κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων (1= Ποτέ, 2=Μια ή δυο φορές, 3=Λίγες φορές, 4=περίπου μια φορά την εβδομάδα, 5=Λίγες φορές την εβδομάδα). Οι υψηλότερες βαθμολογίες στις δύο αυτές υποκλίμακες υποδηλώνουν αυξημένα ποσοστά θυματοποίησης και στις δύο μορφές. Σε κάθε ερώτηση τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα μιας μόνο επιλογής. Η τελική βαθμολογία για κάθε τμήμα του ερωτηματολογίου προκύπτει από την άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων.

Ως προς τις δύο υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Βιωμάτων με τους Συνομήλικους (Peer Experiences Questionnaire – PEQ):

Ο υψηλότερος μέσος όρος στην υποκλίμακα «**θυματοποίηση εαυτού-θύμα σχολικού εκφοβισμού**» είναι στα άτομα με τύφλωση και είναι 22,31 (εύρος τιμών 35, τυπική απόκλιση 9,70), ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία με μέσο όρο 20,60 (εύρος τιμών 34, τυπική απόκλιση 9,68), έπονται τα άτομα με κώφωση με μέσο όρο 19,50 (εύρος τιμών 36, τυπική απόκλιση 8,64) και, τέλος, τα άτομα χωρίς αναπηρία με μέσο όρο 14,75 (εύρος τιμών 24, τυπική απόκλιση 5,12) (Πίνακας 21).

Ο υψηλότερος μέσος όρος στην υποκλίμακα «θυματοποίηση άλλου-θύτης σχολικού εκφοβισμού» είναι στα άτομα με τύφλωση και είναι 14,06 (εύρος τιμών 27, τυπική απόκλιση 6,34), ακολουθούν τα άτομα με κώφωση με μέσο όρο 13,37 (εύρος τιμών 27, τυπική απόκλιση 8,53), έπονται τα άτομα χωρίς αναπηρία με μέσο όρο 11,50 (εύρος τιμών 21, τυπική απόκλιση 4,29) και, τέλος, τα άτομα με κινητική αναπηρία με μέσο όρο 10,80 (εύρος τιμών 24, τυπική απόκλιση 4,24) (Πίνακας 21).

Συμπερασματικά, τα άτομα με αναπηρία θυματοποιούνται συχνότερα συγκριτικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Ακόμα τα άτομα με τύφλωση θυματοποιούνται και ασκούν σχολικό εκφοβισμό συχνότερα από όλες τις άλλες ομάδες που πήραν μέρος στην έρευνα, ενώ τα άτομα με κινητική αναπηρία ασκούν μικρότερα επίπεδα εκφοβισμού από ότι οι άλλοι πληθυσμοί της έρευνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ ΎΡΓΑΝΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΓΟΝΕΪΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ (PARENTAL BONDING INSTRUMENT – PBI) ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΒΙΩΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ (PEER EXPERIENCES QUESTIONNAIRE – PEQ)

		N	Εύρος τιμών	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	
Είδος Αναπηρίας	Τύφλωση	Φροντίδα μητέρας	36	25,00	11,00	36,00	26,46	8,04
		Προστασία μητέρας	36	35,00	,00	35,00	14,20	10,02
		Φροντίδα πατέρα	36	32,00	4,00	36,00	24,03	7,55
		Προστασία πατέρα	36	31,00	,00	31,00	12,14	8,68
		Θύμα	36	35,00	10,00	45,00	22,31	9,70
		Θύτης	36	27,00	9,00	36,00	14,06	6,34
	Κώφωση	Φροντίδα μητέρας	38	25,00	11,00	36,00	26,92	6,03
		Προστασία μητέρας	38	37,00	,00	37,00	13,13	7,66
		Φροντίδα πατέρα	38	32,00	4,00	36,00	23,03	7,83
		Προστασία πατέρα	38	39,00	,00	39,00	14,19	9,34
		Θύμα	38	36,00	9,00	45,00	19,50	8,64
		Θύτης	38	27,00	9,00	36,00	13,37	6,53
	Κινητική αναπηρία	Φροντίδα μητέρας	50	31,00	5,00	36,00	27,16	8,59
		Προστασία μητέρας	50	33,00	,00	33,00	14,86	9,71
		Φροντίδα πατέρα	50	35,00	1,00	36,00	22,92	8,54
		Προστασία πατέρα	50	30,00	,00	30,00	13,34	7,86
		Θύμα	50	34,00	9,00	43,00	20,60	9,68
		Θύτης	50	24,00	9,00	33,00	10,80	4,24
	Χωρίς αναπηρία	Φροντίδα μητέρας	46	22,00	14,00	36,00	27,59	5,30
		Προστασία μητέρας	46	25,00	3,00	28,00	12,43	6,13
		Φροντίδα πατέρα	46	26,00	10,00	36,00	24,56	7,57
		Προστασία πατέρα	46	22,00	,00	22,00	10,16	5,97
		Θύμα	46	24,00	9,00	33,00	14,75	5,12
		Θύτης	46	21,00	9,00	30,00	11,50	4,29

8.3. Ανάλυση αξιοπιστίας υποκλιμάκων σε κάθε ομάδα ατόμων του δείγματος

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς τις 6 υποκλίμακες (2 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Βιωμάτων με τους Συνομήλικους και 4 υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού) εκτιμήθηκε με βάση το δείκτη Cronbach α .

Η συνοχή των δεδομένων του συνολικού ερωτηματολογίου που αφορά τα άτομα χωρίς αναπηρία στις 6 υποκλίμακες κρίνεται πολύ καλή, καθώς οι τιμές του Cronbach α κυμαίνονται από 0,748 έως και 0,927. Η συνοχή μόνο του ερωτηματολογίου Βιωμάτων με τους Συνομήλικους (2 υποκλίμακες: θυματοποίηση εαυτού-θύμα σχολικού εκφοβισμού και θυματοποίηση άλλου-θύτης σχολικού εκφοβισμού) που αφορά τα άτομα χωρίς αναπηρία κρίνεται πολύ καλή, καθώς κυμαίνεται από 0,851 έως και 0,927. Η συνοχή μόνο του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (4 υποκλίμακες: φροντίδα μητέρας, προστασία μητέρας, φροντίδα πατέρα, προστασία πατέρα) που αφορά τα άτομα χωρίς αναπηρία κρίνεται, επίσης, πολύ καλή και κυμαίνεται από 0,748 έως και 0,871.

Η συνοχή των δεδομένων του συνολικού ερωτηματολογίου που αφορά τα άτομα με τύφλωση στις 6 υποκλίμακες κρίνεται πολύ υψηλή καθώς οι τιμές του Cronbach α κυμαίνονται από 0,878 έως και 0,971. Η συνοχή μόνο του ερωτηματολογίου Βιωμάτων με τους Συνομήλικους που αφορά τα άτομα με τύφλωση κρίνεται πολύ υψηλή, καθώς κυμαίνεται από 0,937 έως και 0,971. Η συνοχή μόνο του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού που αφορά τα άτομα με τύφλωση κυμαίνεται από 0,878 έως και 0,919.

Η συνοχή των δεδομένων του συνολικού ερωτηματολογίου που αφορά τα άτομα με κώφωση στις 6 υποκλίμακες κρίνεται πολύ καλή καθώς οι τιμές του Cronbach α κυμαίνονται από 0,777 έως και 0,938. Η συνοχή μόνο του ερωτηματολογίου Βιωμάτων με τους Συνομήλικους που αφορά τα άτομα με κώφωση κρίνεται πολύ υψηλή, καθώς κυμαίνεται από 0,934 έως και 0,938. Η συνοχή μόνο του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού που αφορά τα άτομα με κώφωση κυμαίνεται από 0,777 έως και 0,895.

Η συνοχή των δεδομένων του συνολικού ερωτηματολογίου που αφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία στις 6 υποκλίμακες κρίνεται πολύ υψηλή καθώς οι τιμές του Cronbach α κυμαίνονται από 0,842 έως και 0,947. Η συνοχή μόνο του

ερωτηματολογίου Βιωμάτων με τους Συνομήλικους που αφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία κρίνεται πολύ καλή, καθώς κυμαίνεται από 0,903 έως και 0,947. Η συνοχή μόνο του Όργανου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού που αφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία κυμαίνεται από 0,842 έως και 0,909 (Πίνακας 22).

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΔΕΙΚΤΕΣ CRONBACH Α ΤΩΝ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ

Ομάδα ατόμων	Κλίμακες	Cronbach a	Αριθμός ερωτήσεων
Χωρίς αναπηρία	Θύμα σχολικού εκφοβισμού	0,851	9
	Θύτης σχολικού εκφοβισμού	0,927	9
	Φροντίδα μητέρας	0,748	12
	Προστασία μητέρας	0,782	13
	Φροντίδα πατέρα	0,871	12
	Προστασία πατέρα	0,790	13
Τύφλωση	Θύμα σχολικού εκφοβισμού	0,971	9
	Θύτης σχολικού εκφοβισμού	0,937	9
	Φροντίδα μητέρας	0,892	12
	Προστασία μητέρας	0,919	13
	Φροντίδα πατέρα	0,878	12
	Προστασία πατέρα	0,902	13
Κώφωση	Θύμα σχολικού εκφοβισμού	0,938	9
	Θύτης σχολικού εκφοβισμού	0,934	9
	Φροντίδα μητέρας	0,777	12
	Προστασία μητέρας	0,850	13
	Φροντίδα πατέρα	0,854	12
	Προστασία πατέρα	0,895	13
Κινητική αναπηρία	Θύμα σχολικού εκφοβισμού	0,903	9
	Θύτης σχολικού εκφοβισμού	0,947	9
	Φροντίδα μητέρας	0,909	12
	Προστασία μητέρας	0,907	13
	Φροντίδα πατέρα	0,893	12
	Προστασία πατέρα	0,842	13

8.4. Έλεγχος κανονικότητας υποκλιμάκων σε κάθε ομάδα πληθυσμού του δείγματος

Λόγω του ότι η κάθε ομάδα πληθυσμού που συμμετέχει στην έρευνα περιλαμβάνει λιγότερα από 50 άτομα, το στατιστικό κριτήριο που είναι κατάλληλο να ελέγξει την ύπαρξη ή μη κανονικότητας των δεδομένων των υποκλιμάκων (κανονική κατανομή) του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους (φροντίδα μητέρας, προστασία μητέρας, φροντίδα πατέρα, προστασία πατέρα) και των υποκλιμάκων του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (θυματοποίηση εαυτού/θύμα σχολικού εκφοβισμού-θυματοποίηση άλλου/θύτης σχολικού εκφοβισμού) είναι εκείνο των Shapiro-Wilk (Samuel Sanford Shapiro και Martin Wilk). Ο έλεγχος κανονικότητας υπάγεται σε μία ευρύτερη οικογένεια ελέγχων, τη λεγόμενη «έλεγχοι υποθέσεων». Όταν ακούμε για ελέγχους υποθέσεων μας έρχονται πολλά πράγματα στο μυαλό. Κάποια από αυτά είναι η μηδενική υπόθεση (Null Hypothesis ή H_0), η εναλλακτική υπόθεση (Alternative Hypothesis ή H_1), το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (α) και το παρατηρηθέν επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p-value ή Significance). Επομένως, λαμβάνοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%, διατυπώνουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 , η οποία απορρίπτεται αν $p < 0,05$ και την εναλλακτική υπόθεση H_1 , οι οποίες είναι:

H_0 : Η κατανομή του δείγματος δεν απέχει και πολύ από την κανονική κατανομή.

H_1 : Η κατανομή του δείγματος απέχει πολύ από την κανονική κατανομή. Πραγματοποιούμε λοιπόν αυτόν τον έλεγχο κανονικότητας για όλες τις υποκλίμακες σε κάθε ομάδα πληθυσμού του δείγματος, οπότε και προκύπτει ο παρακάτω πίνακας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΥΠΑΡΕΞΗΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΒΙΩΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ (PEQ) ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΓΟΝΕΪΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ (PBI)

Tests of Normality							
	Είδος Αναπηρίας	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Φροντίδα μητέρας	Χωρίς αναπηρία	,117	39	,195	,930	39	,018
	Τύφλωση	,167	33	,020	,867	33	,001
	Κώφωση	,156	37	,023	,949	37	,088
	Κινητική αναπηρία	,164	46	,003	,861	46	,000
Προστασία μητέρας	Χωρίς αναπηρία	,127	39	,115	,924	39	,011
	Τύφλωση	,122	33	,200*	,937	33	,056
	Κώφωση	,075	37	,200*	,957	37	,165
	Κινητική αναπηρία	,091	46	,200*	,950	46	,045
Φροντίδα πατέρα	Χωρίς αναπηρία	,104	39	,200*	,953	39	,102
	Τύφλωση	,101	33	,200*	,961	33	,273
	Κώφωση	,090	37	,200*	,970	37	,415
	Κινητική αναπηρία	,088	46	,200*	,970	46	,278
Προστασία πατέρα	Χωρίς αναπηρία	,101	39	,200*	,959	39	,163
	Τύφλωση	,180	33	,008	,934	33	,047
	Κώφωση	,199	37	,001	,918	37	,010
	Κινητική αναπηρία	,122	46	,084	,957	46	,091
Θύμα σχολικού εκφοβισμού	Χωρίς αναπηρία	,154	39	,020	,885	39	,001
	Τύφλωση	,184	33	,006	,886	33	,002
	Κώφωση	,239	37	,000	,883	37	,001
	Κινητική αναπηρία	,165	46	,003	,924	46	,005
Θύτης σχολικού εκφοβισμού	Χωρίς αναπηρία	,294	39	,000	,571	39	,000
	Τύφλωση	,254	33	,000	,745	33	,000
	Κώφωση	,294	37	,000	,699	37	,000
	Κινητική αναπηρία	,341	46	,000	,443	46	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΟΜΑΔΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΤΕΣΤ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ

Case Processing Summary							
	Είδος Αναπηρίας	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Φροντίδα μητέρας	Χωρίς αναπηρία	39	84,8%	7	15,2%	46	100,0%
	Τύφλωση	33	91,7%	3	8,3%	36	100,0%
	Κώφωση	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
	Κινητική αναπηρία	46	92,0%	4	8,0%	50	100,0%
Προστασία μητέρας	Χωρίς αναπηρία	39	84,8%	7	15,2%	46	100,0%
	Τύφλωση	33	91,7%	3	8,3%	36	100,0%
	Κώφωση	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
	Κινητική αναπηρία	46	92,0%	4	8,0%	50	100,0%
Φροντίδα πατέρα	Χωρίς αναπηρία	39	84,8%	7	15,2%	46	100,0%
	Τύφλωση	33	91,7%	3	8,3%	36	100,0%
	Κώφωση	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
	Κινητική αναπηρία	46	92,0%	4	8,0%	50	100,0%
Προστασία πατέρα	Χωρίς αναπηρία	39	84,8%	7	15,2%	46	100,0%
	Τύφλωση	33	91,7%	3	8,3%	36	100,0%
	Κώφωση	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
	Κινητική αναπηρία	46	92,0%	4	8,0%	50	100,0%
Θύμα σχολικού εκφοβισμού	Χωρίς αναπηρία	39	84,8%	7	15,2%	46	100,0%
	Τύφλωση	33	91,7%	3	8,3%	36	100,0%
	Κώφωση	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
	Κινητική αναπηρία	46	92,0%	4	8,0%	50	100,0%
Θύτης σχολικού εκφοβισμού	Χωρίς αναπηρία	39	84,8%	7	15,2%	46	100,0%
	Τύφλωση	33	91,7%	3	8,3%	36	100,0%
	Κώφωση	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
	Κινητική αναπηρία	46	92,0%	4	8,0%	50	100,0%

Παρατηρήθηκε ότι στα άτομα χωρίς αναπηρία η κατανομή των δεδομένων των υποκλιμάκων φροντίδα μητέρας ($\text{sig}= 0,018$), προστασία μητέρας ($\text{sig}= 0,011$), του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους και των υποκλιμάκων του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού, θυματοποίηση εαυτού/θύμα σχολικού εκφοβισμού ($\text{sig}=$

0,001) και θυματοποίηση άλλου/θύτης σχολικού εκφοβισμού ($\text{sig}= 0,000$), απέχει πολύ από την κανονική ($\text{sig}<0,05$), ενώ η κατανομή των δεδομένων των υποκλιμάκων φροντίδα πατέρα ($\text{sig}= 0,102$) και προστασία πατέρα ($\text{sig}= 0,163$) του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους δεν απέχει πολύ από την κανονική κατανομή ($\text{sig}>0,05$) (Πίνακας 23).

Στα άτομα με τύφλωση η κατανομή των δεδομένων των υποκλιμάκων φροντίδα μητέρας ($\text{sig}= 0,001$) και προστασία πατέρα ($\text{sig}= 0,047$) του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους και των υποκλιμάκων του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού, θυματοποίηση εαυτού/θύμα σχολικού εκφοβισμού ($\text{sig}= 0,002$) και θυματοποίηση άλλου/θύτης σχολικού εκφοβισμού ($\text{sig}= 0,000$), απέχει πολύ από την κανονική ($\text{sig}<0,05$), ενώ η κατανομή των δεδομένων της υποκλίμακας προστασία μητέρας ($\text{sig}= 0,056$) και φροντίδα πατέρα ($\text{sig}= 0,273$) του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους δεν απέχει πολύ από την κανονική κατανομή ($\text{sig}>0,05$) (Πίνακας 23).

Στα άτομα με κώφωση η κατανομή των δεδομένων της υποκλίμακας προστασία πατέρα ($\text{sig}= 0,010$) του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους και των υποκλιμάκων του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού, θυματοποίηση εαυτού/θύμα σχολικού εκφοβισμού ($\text{sig}= 0,001$) και θυματοποίηση άλλου/θύτης σχολικού εκφοβισμού ($\text{sig}= 0,000$), απέχει πολύ από την κανονική ($\text{sig}<0,05$), ενώ η κατανομή των δεδομένων των υποκλιμάκων φροντίδα μητέρας ($\text{sig}= 0,088$), προστασία μητέρας ($\text{sig}= 0,165$), φροντίδα πατέρα ($\text{sig}= 0,415$) του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους δεν απέχει πολύ από την κανονική κατανομή ($\text{sig}>0,05$) (Πίνακας 23).

Στα άτομα με κινητική αναπηρία η κατανομή των δεδομένων των υποκλιμάκων φροντίδα μητέρας ($\text{sig}= 0,000$) και προστασία μητέρας ($\text{sig}= 0,045$) του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους και των υποκλιμάκων του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού, θυματοποίηση εαυτού/θύμα σχολικού εκφοβισμού ($\text{sig}= 0,005$) και θυματοποίηση άλλου/θύτης σχολικού εκφοβισμού ($\text{sig}= 0,000$), απέχει πολύ από την κανονική ($\text{sig}<0,05$), ενώ η κατανομή των δεδομένων των υποκλιμάκων φροντίδα πατέρα ($\text{sig}= 0,278$) και προστασία πατέρα ($\text{sig}= 0,091$) του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους δεν απέχει πολύ από την κανονική κατανομή ($\text{sig}>0,05$) (Πίνακας 23). Από τον Πίνακα 23 παρατηρούμε ότι μόνο η υποκλίμακα φροντίδα πατέρα ακολουθεί την κανονική κατανομή σε κάθε κατηγορία

αναπηρίας (SigΧωρίς αναπηρία = 0,102, SigΤύφλωση= 0,273, SigΚώφωση= 0,415 και SigΚινητική αναπηρία= 0,278).

*Για τον έλεγχο εάν οι 6 υποκλίμακες ακολουθούν την κανονική κατανομή σε **όλο το δείγμα της έρευνας** και όχι μόνο στις ομάδες του πληθυσμού ξεχωριστά πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov (Andrey Kolmogorov και Nikolai Smirnov), καθώς το δείγμα της έρευνας είναι μεγαλύτερο από 50 άτομα, και βρέθηκε ότι καμία από τις προαναφερόμενες υποκλίμακες δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή (Πίνακας 25). Οπότε για τον έλεγχο διαφορών μέσω όρων για όλο το δείγμα πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ.

**Για τον έλεγχο της κανονικότητας όλων των μεταβλητών του δείγματος πραγματοποιήθηκε σε όλο το δείγμα πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov (Andrey Kolmogorov και Nikolai Smirnov) (Παράρτημα I), καθώς το δείγμα της έρευνας είναι μεγαλύτερο από 50 άτομα, και βρέθηκε ότι καμία από τις μεταβλητές δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή. Οπότε για τον έλεγχο διαφορών μέσω όρων για όλο το δείγμα πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ, προκειμένου να ελεγχθεί η διαφορά των μέσω όρων ανάμεσα στα είδη της αναπηρίας και στις ερωτήσεις της έρευνας. Χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal Wallis, όπως διαφαίνεται στους πίνακες 19 και 20, καθώς έχουμε περισσότερες από δύο ομάδες (τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία, χωρίς αναπηρία).

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΥΠΑΡΕΞΗΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΒΙΩΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ (PEQ) ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΓΟΝΕΪΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ (PBI)

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Φροντίδα μητέρας	,136	155	,000	,917	155	,000
Προστασία μητέρας	,079	155	,019	,966	155	,001
Φροντίδα πατέρα	,085	155	,009	,972	155	,003
Προστασία πατέρα	,124	155	,000	,955	155	,000
Θύμα σχολικού εκφοβισμού	,199	155	,000	,888	155	,000
Θύτης σχολικού εκφοβισμού	,288	155	,000	,621	155	,000

a. Lilliefors Significance Correction

8.5. Σύγκριση μέσων όρων υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ) και του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) με ατομικά στοιχεία κάθε ομάδας πληθυσμού του δείγματος

Προκειμένου να ελεγχθούν οι διαφορές στις τιμές των μέσων όρων σε κάθε υποκλίμακα του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ) και του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) ανά ατομικό στοιχείο κάθε ομάδας του δείγματος (χωρίς αναπηρία, τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία), χρησιμοποιήθηκε για τα δεδομένα, που η κατανομή τους δεν απέχει πολύ από την κανονική, η διαδικασία Ανάλυσης Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Ανοva), όπου οι ανεξάρτητες μεταβλητές είχαν περισσότερες από δύο κατηγορίες π.χ. η ανεξάρτητη μεταβλητή ηλικία έχει τις επιλογές 10-12, 13-15, 16-18, 19-21 δηλαδή περισσότερες από δύο κατηγορίες. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκε για τα δεδομένα, που η κατανομή τους δεν απέχει πολύ από την κανονική, ο t test έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων για μεταβλητές με δύο κατηγορίες π.χ. για το φύλο που έχει τις δύο επιλογές αγόρι και κορίτσι ή για τον τόπο κατοικίας που έχει τις δύο επιλογές χωριό και πόλη.

Για να ελεγχθούν οι διαφορές στις τιμές των μέσων όρων των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ) και του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) ανά ατομικό στοιχείο κάθε ομάδας του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν για τα δεδομένα, που η κατανομή τους απέχει πολύ από την κανονική, μη παραμετρικά κριτήρια σύγκρισης. Πιο αναλυτικά, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal Wallis (μη παραμετρικό ισοδύναμο του One Way Ανοva) για τις ανεξάρτητες μεταβλητές με περισσότερες από δύο κατηγορίες π.χ. για την ηλικία όπως αναφέρθηκε και παραπάνω με τη διαφορά ότι εδώ δεν έχουμε κανονική κατανομή και το μη παραμετρικό κριτήριο Mann Whitney (μη παραμετρικό κριτήριο ισοδύναμο του t test ανεξάρτητων δειγμάτων) για τις ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο κατηγορίες.

Στα άτομα του δείγματος χωρίς αναπηρία **στατιστικά σημαντική διαφορά (sig.= 0,021<0,05)** προέκυψε στους μέσους όρους των φύλων στην υποκλίμακα θύτης σχολικού εκφοβισμού, όπου τα αγόρια παρουσίασαν μεγαλύτερο μέσο όρο (M.O.= 29,06) από ότι τα κορίτσια (M.O.= 19,93). Δηλαδή, τα αγόρια χωρίς αναπηρία γίνονται συχνότερα θύτες σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με τα κορίτσια.

Ακόμα εντοπίστηκε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ($\text{sig}= 0,017 < 0,05$) στους μέσους όρους του τύπου κατοικίας των ατόμων χωρίς αναπηρία στην υποκλίμακα φροντίδα πατέρα. Όπως προέκυψε από τους μέσους όρους των ατόμων χωρίς αναπηρία αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, τα άτομα που κατοικούσαν στην πόλη είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο (M.O.= 27,58) από ότι τα άτομα που κατοικούσαν στο χωριό (M.O.= 18,27). Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω, στα άτομα χωρίς αναπηρία που κατοικούσαν στην πόλη η φροντίδα του πατέρα ήταν υψηλότερη σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία που κατοικούσαν στο χωριό.

Μια ακόμα **στατιστικά σημαντική διαφορά** ($\text{sig}= 0,012 < 0,05$) παρατηρήθηκε στους μέσους όρους του εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας των ατόμων χωρίς αναπηρία στην υποκλίμακα φροντίδα μητέρας. Σύμφωνα με τον Πίνακα 23, μεγαλύτερο μέσο όρο εμφάνισαν τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το δημοτικό (M.O.= 29,70), ακολουθούν τα άτομα, των οποίων η μητέρα έχει τελειώσει το λύκειο (M.O.= 29,21), έπονται τα άτομα που η μητέρα τους τελείωσε το πανεπιστήμιο (M.O.= 18,62) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα που η μητέρα τους τελείωσε το γυμνάσιο (M.O.= 10,38). Σύμφωνα με τα παραπάνω τα άτομα χωρίς αναπηρία που η μητέρα του είχε τελειώσει το δημοτικό δέχονταν υψηλότερη φροντίδα από αυτήν σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία που η μητέρα τους το λύκειο, το πανεπιστήμιο και το γυμνάσιο και την λιγότερη φροντίδα δέχονταν τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο.

Στα άτομα του δείγματος που δεν είχαν κάποια αναπηρία προέκυψε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ($\text{sig}= 0,046 < 0,05$) στους μέσους όρους του εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας στην υποκλίμακα θύμα σχολικού εκφοβισμού. Όπως προέκυψε από τους μέσους όρους των ατόμων χωρίς αναπηρία, μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο (M.O.= 34,88), ακολουθούν τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το πανεπιστήμιο (M.O.= 26,40), έπονται τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το λύκειο (M.O.= 17,38) στην επόμενη θέση βρίσκονται τα άτομα που έδωσαν την απάντηση «δεν ξέρω/δεν απαντώ» (M.O.= 17,00), έπειτα ακολουθούν τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το δημοτικό (M.O.= 14,40) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει κάποιο κολλέγιο (M.O.= 7,50). Συνεπώς, τα άτομα χωρίς αναπηρία που η μητέρα τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο γίνονταν συχνότερα θύμα σχολικού εκφοβισμού σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία που η μητέρα

τους είχε τελειώσει το πανεπιστήμιο, το λύκειο, το δημοτικό και το κολλέγιο, ενώ λιγότερο συχνά γίνονταν θύματα σχολικού εκφοβισμού τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το κολλέγιο.

Η τελευταία **στατιστικά σημαντική διαφορά** στους μέσους όρους των ατόμων χωρίς αναπηρία προέκυψε αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα τους στην υποκλίμακα προστασία πατέρα ($\text{sig} = 0,035 < 0,05$). Όπως προέκυψε από τους μέσους όρους των ατόμων χωρίς αναπηρία, μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο (M.O.= 32,67), ακολουθούν τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το λύκειο (M.O.= 28,29), έπονται τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το πανεπιστήμιο (M.O.= 19,55) στην επόμενη θέση βρίσκονται τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το δημοτικό (M.O.= 17,92), και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει κάποιο κολλέγιο (M.O.= 1,00). Συνεπώς, τα άτομα χωρίς αναπηρία που ο πατέρας τους τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο είχαν υψηλότερη προστασία από τον πατέρα τους σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το λύκειο, το πανεπιστήμιο, δημοτικό και το κολλέγιο, ενώ τη λιγότερη προστασία δέχονταν τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το κολλέγιο. (Πίνακας 26).

ΠΙΝΑΚΑΣ 26 : ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΒΙΩΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ (PEQ) ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΪΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ (PBI) ΑΝΑ ΑΤΟΜΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

		Φροντίδα μητέρας			Προστασία μητέρας			Φροντίδα Πατέρα			Προστασία πατέρα			Θύμα			Θύτης		
		N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.
Φύλο	Αγόρι	18	21,36	0,624	15	19,53	0,437	18	25,38	0,553	18	9,38	0,488	17	23,06	0,818	18	29,06	0,021
	Κορίτσι	26	23,29		27	22,59		27	24,00		27	10,66		27	22,15		28	19,93	
Ηλικία	10-12	2	34,00	0,119	2	17,75	0,659	2	33,50	0,134	2	22,50	0,263	3	11,00	0,094	3	12,67	0,324
	13-15	11	16,45		11	23,18		11	21,09		11	27,18		10	13,90		11	23,59	
	16-18	15	21,07		16	23,34		16	25,81		16	25,25		15	17,26		16	27,03	
	19-21	16	26,56		13	18,38		16	24,56		16	17,94		16	13,62		16	21,94	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τόπος κατοικίας	Χωριό	24	19,94	0,225	22	21,57	0,743	24	18,27	0,017	24	23,77	0,471	22	20,00	0,283	24	24,88	0,291		
	Πόλη	19	24,61		19	20,34		20	27,58		20	20,98		21	24,10		21	20,86			
Αδέλφια	Ναι	43	22,60	0,722	41	21,01	0,098	44	24,77	0,205	44	10,29	0,302	42	22,12	0,365	44	23,05	0,268		
	Όχι	1	18,00		1	41,50		1	15,00		1	4,00		2	30,50		2	33,50			
Αριθμός ατόμων που ζουν στο σπίτι της οικογένειας	3	6	18,50	0,286	5	23,70	0,208	6	21,66	0,374	6	10,66	0,686	7	24,14	0,483	7	24,43	0,831		
	4	23	19,72		22	22,84		24	23,54		24	9,83		23	21,74		24	21,85			
	5	7	28,21		7	12,29		7	27,00		7	8,28		6	15,75		7	26,57			
	6	7	26,29		7	22,00		7	27,71		7	12,14		7	26,07		7	21,93			
	≥7	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00			
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Δημοτικό	5	29,70	0,012	5	20,40	0,079	5	25,10	0,135	5	14,00	0,054	5	14,40	0,046	5	16,00	0,055		
	Γυμνάσιο	4	10,38		3	35,00		4	8,63		4	37,75		4	34,88		4	28,63			
	Λύκειο	14	29,21		13	15,08		14	27,25		14	19,46		13	17,38		14	17,36			
	Κολλέγιο	0	00,00		1	17,00		1	32,00		1	15,50		1	7,50		1	8,50			
	Πανεπιστήμιο	21	18,62		20	24,15		21	21,98		21	25,05		20	26,40		21	29,24			
	Δεν πήγε σχολείο	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00			
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		1	17,00		1	21,00
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Δημοτικό	6	26,66	0,875	6	13,00	0,575	6	19,75	0,117	6	17,92	0,035	6	18,25	0,817	6	19,67	0,678		
	Γυμνάσιο	6	27,16		5	13,40		6	11,08		6	32,67		6	23,75		6	26,50			
	Λύκειο	12	27,50		12	14,00		12	26,58		12	28,29		10	25,90		12	26,96			
	Κολλέγιο	1	33,00		1	5,00		1	16,00		1	1,00		1	12,50		1	8,50			
	Πανεπιστήμιο	19	27,78		18	11,33		20	25,75		20	19,55		20	22,48		20	22,55			
	Δεν πήγε σχολείο	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00			
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		1	17,00		1	21,00
Επάγγελμα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	10	23,15	0,984	10	11,90	0,754	10	28,70	0,348	10	7,90	0,830	11	21,32	0,580	11	23,18	0,397		
	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	22,18		16	14,25		17	23,64		17	10,23		16	22,69		17	24,53			
	Τραπεζικός υπάλληλος	1	27,00		1	8,00		1	32,00		1	8,00		1	3,00		1	8,50			
	Στρατιωτικός	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00			
	Επιχειρηματίας	3	24,83		3	10,66		3	23,33		3	10,66		3	10,66		3	12,67			
	Συνταξιούχος	3	21,00		2	12,50		3	22,00		3	12,66		3	12,66		3	29,83			
	Δεν εργάζεται	9	22,83		10	11,00		10	23,40		10	11,80		10	11,80		9	22,00		10	23,10
	Αναπηρικό επίδομα	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00
	Άλλο	1	11,50		0	00,00		1	14,00		1	8,00		1	8,00		1	37,00		1	42,00

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Επάγγελμα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	13	28,15	0,200	13	14,07	0,658	13	29,35	0,180	13	11,00	0,245	13	25,58	0,212	13	19,35	0,153
	Ιδιωτικός υπάλληλος	10	23,80		10	13,70		11	17,77		11	12,18		10	22,80		12	27,08	
	Τραπεζικός υπάλληλος	1	31,00		1	10,00		1	16,00		1	11,00		1	42,00		1	44,00	
	Στρατιωτικός	2	32,50		2	8,50		2	27,25		2	9,50		2	26,00		2	28,00	
	Επιχειρηματίας	5	27,40		5	9,00		5	17,40		5	9,00		5	16,50		5	16,30	
	Συνταξιούχος	4	31,25		3	11,33		2	30,13		4	5,25		4	16,88		4	21,38	
	Δεν εργάζεται	5	25,80		5	12,80		5	14,40		5	10,80		5	20,70		5	26,50	
	Αναπηρικό επίδομα	1	29,00		1	19,00		1	8,50		1	21,00		1	32,00		1	42,00	
	Άλλο	2	31,50		1	6,00		2	27,25		2	4,00		2	3,00		2	8,50	
Οικογενειακή κατάσταση μητέρας	Παντρεμένη	40	22,19	0,720	39	21,27	0,659	41	24,48	0,969	41	22,65	0,779	40	22,48	0,363	42	23,74	0,146
	Διαζευγμένη	3	19,50		3	24,50		3	24,66		3	20,50		3	15,67		3	12,67	
	Σε διάσταση	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Ξαναπαντρεμένη	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Δεν ζει/απεβίωσε	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
Οικογενειακή κατάσταση πατέρα	Παντρεμένη	39	22,17	0,391	38	21,72	0,767	40	24,50	0,492	40	10,52	0,560	39	23,86	0,093	41	24,35	0,490
	Διαζευγμένη	2	26,25		2	26,25		2	29,50		2	10,00		2	23,00		2	14,75	
	Σε διάσταση	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Ξαναπαντρεμένος	1	7,00		1	21,00		1	15,00		1	6,00		1	3,00		1	8,50	
	Δεν ζει/απεβίωσε	2	33,00		1	4,00		2	25,50		2	5,00		2	5,25		2	22,25	

Στα άτομα του δείγματος με τύφλωση **στατιστικά σημαντική διαφορά** ($\text{sig.} = 0,003 < 0,05$) προέκυψε στους μέσους όρους της ηλικίας στην υποκλίμακα θύμα σχολικού εκφοβισμού, όπου τα άτομα ηλικίας 10-12 παρουσίασαν μεγαλύτερο μέσο όρο ($M.O. = 28,28$), ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 13-15 ($M.O. = 25,00$), έπονται τα άτομα ηλικίας 19-21 ($M.O. = 15,66$) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα ηλικίας 16-18 ($M.O. = 16,30$). Δηλαδή, τα άτομα με τύφλωση ηλικίας 10-12 γίνονται συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με άτομα ηλικία 13-15, 19-21 και 16-18, ενώ λιγότερο συχνά γίνονται θύματα σχολικού εκφοβισμού τα άτομα ηλικίας 16-18.

Ακόμα εντοπίστηκε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ($\text{sig.} = 0,005 < 0,05$) στους μέσους όρους του τόπου κατοικίας των ατόμων με τύφλωση στην υποκλίμακα θύμα σχολικού εκφοβισμού. Όπως προέκυψε από τους μέσους όρους των ατόμων με τύφλωση, τα άτομα που κατοικούσαν στην πόλη είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο μέσο όρο ($M.O. = 21,54$) από ότι τα άτομα που κατοικούσαν στο χωριό ($M.O. = 10,60$). Με βάση,

λοιπόν, τα παραπάνω, τα άτομα με τύφλωση που κατοικούσαν στην πόλη γίνονταν συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού από ότι τα άτομα με τύφλωση που κατοικούσαν στο χωριό.

Η τελευταία **στατιστικά σημαντική διαφορά** στους μέσους όρους των ατόμων με τύφλωση προέκυψε αναφορικά με την ύπαρξη αδελφιών ή μη στην υποκλίμακα φροντίδα μητέρας (**sig= 0,048**<0,05), όπου τα άτομα με τύφλωση που είχαν αδέρφια παρουσίασαν μεγαλύτερο μέσο όρο (Μ.Ο.= 20,16) από ότι τα άτομα με τύφλωση που δεν είχαν αδέρφια (Μ.Ο.= 12,60). Δηλαδή, τα άτομα με τύφλωση που είχαν αδέρφια δέχονταν υψηλότερη φροντίδα από τη μητέρα τους σε σχέση με τα άτομα με τύφλωση που δεν είχαν αδέρφια (Πίνακας 27).

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΒΙΩΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ (PEQ) ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΪΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ (PBI) ΑΝΑ ΑΤΟΜΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΤΥΦΛΩΣΗ

		Φροντίδα μητέρας			Προστασία μητέρας			Φροντίδα Πατέρα			Προστασία πατέρα			Θύμα			Θύτης		
		N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.
Φύλο	Αγόρι	23	17,85	0,903	22	13,72	0,722	23	23,47	0,558	23	12,56	0,701	23	19,71	0,346	23	17,04	0,264
	Κορίτσι	12	18,29		13	15,00		12	25,08		13	11,38		13	16,31		13	21,08	
Ηλικία	10-12	13	17,35	0,764	14	11,78	0,426	14	23,50	0,198	14	18,61	0,079	14	28,28	0,003	14	19,75	0,652
	13-15	6	15,75		6	19,50		6	21,33		6	26,50		6	25,00		6	13,92	
	16-18	6	17,00		5	16,60		6	21,33		6	20,08		6	15,66		6	17,58	
	19-21	10	20,80		10	13,20		9	28,44		10	12,60		10	16,30		10	20,05	
Τόπος κατοικίας	Χωριό	10	22,95	0,070	10	15,30	0,688	9	27,00	0,174	10	10,50	0,369	10	10,60	0,005	10	18,30	0,943
	Πόλη	25	16,02		25	13,76		26	23,00		26	12,76		26	21,54		26	18,58	
Αδέρφια	Ναι	25	20,16	0,048	25	16,70	0,234	25	19,96	0,073	26	16,44	0,058	26	18,25	0,818	26	16,67	0,090
	Όχι	10	12,60		10	21,25		10	13,10		10	23,85		10	19,15		10	23,25	
Αριθμός ατόμων που ζουν στο σπίτι της οικογένειας	3	15	14,60	0,097	15	15,06	0,733	15	22,66	0,686	16	19,53	0,678	16	16,84	0,910	16	21,81	0,175
	4	12	17,83		12	14,66		12	23,83		12	17,92		12	19,54		12	13,33	
	5	5	19,20		5	15,40		5	26,20		5	13,10		5	17,40		5	16,50	
	6	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	≥7	2	33,00		2	6,50		2	28,50		2	18,50		2	19,50		2	19,25	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Δημοτικό	7	21,71	0,318	7	12,14	0,164	6	28,33	0,622	7	8,00	0,085	7	13,57	0,195	7	20,86	0,672
	Γυμνάσιο	2	28,50		3	4,66		3	23,00		3	11,66		3	29,67		3	19,67	
	Λύκειο	13	14,73		12	19,00		13	22,23		13	16,15		13	18,88		13	17,23	
	Κολλέγιο	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Πανεπιστήμιο	12	18,13		12	12,50		12	24,16		12	9,25		12	16,75		12	19,33	
	Δεν πήγε σχολείο	1	12,00		1	20,00		1	23,00		1	25,00		1	35,50		1	5,00	
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Δημοτικό	9	20,39	0,261	9	12,77	0,343	8	27,62	0,134	9	10,33	0,290	9	14,61	0,247	9	17,33	0,688
	Γυμνάσιο	2	28,50		3	4,66		3	23,00		3	11,66		3	29,67		3	19,67	
	Λύκειο	9	15,00		9	18,44		9	20,55		9	17,44		9	22,39		9	16,67	
	Κολλέγιο	1	10,00		0	00,00		1	13,00		1	18,00		1	19,50		1	30,00	
	Πανεπιστήμιο	13	18,65		13	14,23		13	26,00		13	9,00		13	15,92		13	18,42	
	Δεν πήγε σχολείο	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	2,00		1	17,00		1	15,00		1	17,00		1	17,50		1	31,50	
Επάγγελμα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	6	28,50	0,597	6	13,16	0,976	6	27,00	0,741	6	12,58	0,724	6	16,83	0,175	6	13,33	0,481
	Ιδιωτικός υπάλληλος	5	23,40		5	17,20		5	26,40		5	20,80		5	20,20		5	13,70	
	Τραπεζικός υπάλληλος	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Στρατιωτικός	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Επιχειρηματίας	3	31,33		3	12,33		3	24,00		3	17,17		3	21,66		3	21,00	
	Συνταξιούχος	7	26,57		7	14,28		6	24,00		7	18,00		7	18,85		7	17,71	
	Δεν εργάζεται	13	24,84		13	13,53		14	22,42		14	20,46		14	27,64		14	21,96	
	Αναπηρικό επίδομα	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Άλλο	1	35,00		1	19,00		1	17,00		1	22,50		1	17,00		1	23,00	
Επάγγελμα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	9	16,67	0,068	9	16,28	0,805	9	25,66	0,724	9	9,88	0,696	9	15,67	0,270	9	15,17	0,530
	Ιδιωτικός υπάλληλος	9	13,83		9	18,17		10	22,70		10	13,20		10	23,40		10	18,75	
	Τραπεζικός υπάλληλος	3	13,50		3	18,00		3	21,00		3	15,66		3	20,17		3	26,67	
	Στρατιωτικός	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Επιχειρηματίας	3	32,17		3	15,33		3	29,33		3	7,00		3	11,67		3	14,67	
	Συνταξιούχος	8	17,25		8	17,75		8	23,75		8	14,75		8	20,63		8	18,13	
	Δεν εργάζεται	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Αναπηρικό επίδομα	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Άλλο	3	26,83		3	26,00		2	21,00		3	10,00		3	10,17		3	24,33	

Οικογενειακή κατάσταση μητέρας	Παντρεμένη	35	18,00	0,297	35	18,00	0,677	35	18,00	0,107	36	18,50	0,192	36	18,50	0,192	36	18,50	0,119		
	Διαζευγμένη	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00
	Σε διάσταση	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00
	Ξαναπαντρεμένη	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00
	Δεν ζει/απεβίωσε	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00
Οικογενειακή κατάσταση πατέρα	Παντρεμένη	34	17,69	0,297	34	14,32	0,677	34	24,38	0,107	35	18,11	0,192	35	18,11	0,192	35	18,04	0,119		
	Διαζευγμένη	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00
	Σε διάσταση	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00
	Ξαναπαντρεμένος	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00
	Δεν ζει/απεβίωσε	1	28,50		1	14,20		1	12,00		1	32,00		1	32,00		1	34,50			

Στα άτομα του δείγματος με κώφωση **στατιστικά σημαντική διαφορά (sig.= 0,05)** προέκυψε στους μέσους όρους της ηλικίας στην υποκλίμακα φροντίδα πατέρα, όπου τα άτομα ηλικίας 16-18 παρουσίασαν μεγαλύτερο μέσο όρο (M.O.= 26,06), ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 10-12 (M.O.= 23,33), έπονται τα άτομα ηλικίας 19-21 (M.O.=21,10) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα ηλικίας 13-15 (M.O.= 13,33). Δηλαδή, τα άτομα με κώφωση ηλικίας 16-18 δέχονται υψηλότερη φροντίδα από τον πατέρα τους σε σχέση με άτομα ηλικίας 10-12, 19-21 και 13-15, ενώ τη λιγότερη φροντίδα από τον πατέρα τους δέχονται τα άτομα ηλικίας 13-15.

Ακόμα μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** στους μέσους όρους των ατόμων με κώφωση προέκυψε αναφορικά με την ύπαρξη αδελφιών ή μη στην υποκλίμακα προστασία πατέρα (sig= **0,033**<0,05), όπου τα άτομα με κώφωση που δεν είχαν αδέρφια παρουσίασαν μεγαλύτερο μέσο όρο (M.O.= 21,77) από ότι τα άτομα με κώφωση που είχαν αδέρφια (M.O.= 11,77). Δηλαδή, στα άτομα με κώφωση που δεν είχαν αδέρφια ο πατέρας τους ήταν περισσότερο υπερπροστατευτικός σε σχέση με τα άτομα με κώφωση που είχαν αδέρφια.

Στατιστικά σημαντική διαφορά στα άτομα με κώφωση προέκυψε και στον αριθμό των ατόμων που διαμένουν στο σπίτι της οικογένειας στην υποκλίμακα θύμα σχολικού εκφοβισμού (sig= **0,019**<0,05). Το μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν τα άτομα που δήλωσαν ότι διαμένουν 6 άτομα στο σπίτι της οικογένειας (M.O.= 45,00), ακολουθούν αυτοί που δήλωσαν ότι ζουν 3 άτομα (M.O.=21,00), έπονται αυτοί που απάντησαν ότι μένουν 5 άτομα (M.O.= 18,09), στην επόμενη θέση βρίσκονται αυτοί που δήλωσαν ότι μένουν 4 άτομα (M.O.= 17,36) και στην τελευταία θέση βρίσκονται αυτοί που δήλωσαν 7 και άνω (M.O.= 6,50). Επομένως, τα άτομα με κώφωση που δήλωσαν ότι διαμένουν 6 άτομα συνολικά στο σπίτι της οικογένειας γίνονταν

συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού ενώ λιγότερο συχνά γίνονταν θύματα τα άτομα που δήλωσαν ότι διαμένουν στο σπίτι της οικογένειας 7 άτομα και άνω.

Στα άτομα του δείγματος με κώφωση προέκυψε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ($\text{sig} = 0,005 < 0,05$) στους μέσους όρους του εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας στην υποκλίμακα φροντίδα μητέρας. Όπως προέκυψε από τους μέσους όρους των ατόμων με κώφωση, μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το πανεπιστήμιο (M.O.= 31,50), ακολουθούν τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το λύκειο (M.O.= 28,50), έπονται τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το κολλέγιο (M.O.= 28,00), στην επόμενη θέση βρίσκονται τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το δημοτικό (M.O.= 26,00), έπειτα ακολουθούν τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο (M.O.= 20,50), στην επόμενη θέση βρίσκονται τα άτομα που η μητέρα τους δεν πήγε σχολείο (M.O.= 20,00) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα που έδωσαν την απάντηση «δεν ξέρω/δεν απαντώ» (M.O.= 18,00). Συνεπώς, τα άτομα με κώφωση που η μητέρα τους είχε τελειώσει το πανεπιστήμιο δέχονταν υψηλότερη φροντίδα από τη μητέρα τους σε σύγκριση με τα άτομα με κώφωση που η μητέρα τους είχε τελειώσει το λύκειο, το κολλέγιο, το δημοτικό, το γυμνάσιο ή που η μητέρα τους δεν πήγε καθόλου σχολείο.

Η τελευταία **στατιστικά σημαντική διαφορά** στους μέσους όρους των ατόμων με κώφωση προέκυψε αναφορικά με το επάγγελμα της μητέρας τους στην υποκλίμακα θύτης σχολικού εκφοβισμού ($\text{sig} = 0,010 < 0,05$). Όπως προέκυψε από τους μέσους όρους των ατόμων με κώφωση, μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν τα άτομα που η μητέρα τους ήταν δημόσιος υπάλληλος (M.O.= 27,42), ακολουθούν τα άτομα που η μητέρα τους έπαιρνε αναπηρικό επίδομα (M.O.= 26,50), έπονται τα άτομα που η μητέρα τους ήταν ιδιωτικός υπάλληλος (M.O.= 24,17) στην επόμενη θέση βρίσκονται τα άτομα που η μητέρα τους ήταν συνταξιούχος (M.O.= 20,78), ακολουθούν τα άτομα που η μητέρα τους ήταν επιχειρηματίας (M.O.= 20,75), έπειτα ακολουθούν τα άτομα που δήλωσαν ότι η μητέρα τους ασκεί κάποιο άλλο επάγγελμα (M.O.= 19,60) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα που η μητέρα τους δεν εργάζεται (M.O.= 6,50). Συνεπώς, τα άτομα με κώφωση που η μητέρα τους ήταν δημόσιος υπάλληλος γίνονταν συχνότερα θύτες σχολικού εκφοβισμού σε σύγκριση με τα άτομα με κώφωση που η μητέρα τους έπαιρνε αναπηρικό επίδομα, ήταν ιδιωτικός υπάλληλος, ήταν συνταξιούχος, επιχειρηματίας ή με τα άτομα που η μητέρα τους δεν εργαζόταν ή

εξασκούσε κάποιο άλλο επάγγελμα, ενώ λιγότερο συχνά γίνονταν θύτες σχολικού εκφοβισμού τα άτομα που η μητέρα τους δεν εργαζόταν (Πίνακας 28).

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΒΙΩΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ (ΡΕQ) ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΪΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ (ΡΒΙ) ΑΝΑ ΑΤΟΜΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ

		Φροντίδα μητέρας			Προσασία μητέρας			Φροντίδα Πατέρα			Προσασία πατέρα			Θύμα			Θύτης		
		N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.
Φύλο	Αγόρι	14	18,32	0,616	14	14,21	0,513	13	20,84	0,217	13	20,38	0,566	14	20,64	0,627	14	21,14	0,477
	Κορίτσι	24	20,19		24	12,50		24	24,20		24	18,25		24	18,83				
Ηλικία	10-12	10	27,90	0,907	10	9,10	0,267	9	23,33	0,05	9	17,67	0,147	10	24,70	0,134	10	15,05	0,335
	13-15	3	25,66		3	13,66		3	13,33		3	28,00		3	20,00		3	27,17	
	16-18	15	27,06		15	14,13		15	26,06		15	16,07		15	18,20		15	20,80	
	19-21	10	26,10		10	15,50		10	21,10		10	21,90		10	16,10		10	19,70	
Τόπος κατοικίας	Χωριό	9	26,33	0,743	9	15,66	0,261	9	24,00	0,555	9	18,94	0,986	9	18,67	0,796	9	24,39	0,122
	Πόλη	29	27,10		29	12,34		28	22,71		28	19,02		29	19,76		29	17,98	
Αδέλφια	Ναι	28	26,96	0,801	28	13,57	0,481	27	24,22	0,059	27	11,77	0,033	28	18,63	0,709	28	19,13	0,899
	Όχι	9	27,55		9	11,44		9	18,55		9	21,77		9	20,17		9	18,61	
Αριθμός ατόμων που ζουν στο σπίτι της οικογένειας	3	14	24,42	0,825	14	12,78	0,726	14	20,64	0,436	14	20,32	0,767	14	21,00	0,019	14	20,50	0,680
	4	11	26,54		11	15,54		10	25,10		10	19,85		11	17,36		11	18,14	
	5	11	28,00		11	12,00		11	22,81		11	18,18		11	18,09		11	18,68	
	6	1	22,00		1	7,00		1	29,00		1	12,50		1	45,00		1	34,00	
	≥7	1	31,00		1	10,00		1	32,00		1	7,50		1	6,50		1	15,00	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Δημοτικό	6	26,00	0,005	6	23,67	0,260	6	16,83	0,319	6	17,75	0,613	6	16,83	0,615	6	23,25	0,557
	Γυμνάσιο	6	20,50		6	24,50		6	15,75		6	22,25		6	23,66		6	16,50	
	Λύκειο	12	28,50		12	17,71		12	17,75		12	19,33		12	19,08		12	18,88	
	Κολλέγιο	4	28,00		4	16,50		4	13,38		4	22,88		4	14,50		4	14,00	
	Πανεπιστήμιο	8	31,50		8	13,75		7	26,50		7	13,21		8	20,50		8	20,19	
	Δεν πήγε σχολείο	1	20,00		1	26,50		1	32,00		1	16,00		1	29,00		1	37,00	
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	18,00		1	37,00		1	23,50		1	31,00		1	18,00		1	21,50	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Δημοτικό	7	14,79	0,126	7	22,64	0,111	7	19,14	0,245	7	18,29	0,173	7	17,14	0,674	7	20,07	0,988
	Γυμνάσιο	4	9,50		4	29,00		4	10,25		4	24,88		4	22,75		4	20,88	
	Λύκειο	10	22,80		10	13,00		10	19,05		10	18,85		10	18,90		10	17,15	
	Κολλέγιο	3	16,50		3	19,17		3	9,17		3	26,17		3	14,33		3	15,83	
	Πανεπιστήμιο	10	24,20		10	17,65		9	21,22		9	12,78		10	20,70		10	19,70	
	Δεν πήγε σχολείο	2	19,25		2	14,25		2	29,75		2	8,25		2	28,00		2	21,25	
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	3,50		1	36,00		1	22,50		1	30,00		1	18,00		1	20,50	
Επάγγελμα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	6	23,42	0,211	6	12,66	0,923	6	26,00	0,490	6	8,83	0,168	6	20,00	0,308	6	27,42	0,010
	Ιδιωτικός υπάλληλος	6	18,58		6	12,50		6	20,00		6	22,83		6	16,75		6	24,17	
	Τραπεζικός υπάλληλος	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Στρατιωτικός	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Επιχειρηματίας	2	34,75		2	13,00		1	26,00		1	11,00		2	7,00		2	20,75	
	Συνταξιούχος	9	15,22		9	12,33		9	26,77		9	11,11		9	24,00		9	20,78	
	Δεν εργάζεται	8	21,13		8	11,62		8	19,75		8	16,62		8	23,75		8	6,50	
	Αναπηρικό επίδομα	2	24,75		2	16,50		2	22,00		2	11,50		2	15,25		2	26,50	
	Άλλο	5	12,80		5	17,00		5	21,40		5	13,60		5	14,00		5	19,60	
Επάγγελμα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	8	30,50	0,383	8	10,37	0,483	8	21,38	0,869	8	13,50	0,806	8	20,31	0,152	8	20,25	0,203
	Ιδιωτικός υπάλληλος	4	27,50		4	9,75		3	15,00		3	23,33		4	23,38		4	31,00	
	Τραπεζικός υπάλληλος	1	28,00		1	11,00		1	21,00		1	20,50		1	9,50		1	21,50	
	Στρατιωτικός	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Επιχειρηματίας	2	31,50		2	11,00		2	29,50		2	18,25		2	5,75		2	6,50	
	Συνταξιούχος	9	25,00		9	14,88		9	18,22		9	18,78		9	26,89		9	15,11	
	Δεν εργάζεται	5	26,20		5	10,80		5	18,00		5	19,80		5	12,50		5	21,40	
	Αναπηρικό επίδομα	2	29,00		2	12,50		2	15,50		2	18,25		2	18,75		2	14,00	
	Άλλο	7	23,42		7	18,71		7	17,43		7	23,36		7	17,43		7	21,36	
Οικογενειακή κατάσταση μητέρας	Παντρεμένη	32	27,12	0,965	32	13,28	0,814	31	22,80	0,498	31	18,95	0,889	32	20,16	0,569	32	18,33	0,404
	Διαζευγμένη	3	25,33		3	10,66		3	19,66		3	17,33		3	18,67		3	26,50	
	Σε διάσταση	1	27,00		1	19,00		1	25,00		1	27,00		1	4,50		1	31,50	
	Ξαναπαντρεμένη	2	26,00		2	11,50		2	30,50		2	18,25		2	17,75		2	21,75	
	Δεν ζει/απεβίωσε	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
Οικογενειακή κατάσταση πατέρα	Παντρεμένη	31	27,06	0,829	31	13,29	0,580	30	22,93	0,988	30	18,90	0,355	31	20,13	0,427	31	18,71	0,654
	Διαζευγμένη	2	23,00		2	16,00		2	22,00		2	8,00		21	13,00		2	20,75	
	Σε διάσταση	1	27,00		1	19,00		1	25,00		1	27,00		1	4,50		1	31,50	
	Ξαναπαντρεμένος	4	27,75		4	9,00		4	23,75		4	23,25		4	21,63		4	22,00	
	Δεν ζει/απεβίωσε	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	

Στα άτομα του δείγματος με κινητική αναπηρία **στατιστικά σημαντική** διαφορά ($\text{sig.} = 0,031 < 0,05$) προέκυψε στους μέσους όρους της ηλικίας στην υποκλίμακα θύμα

σχολικού εκφοβισμού, όπου τα άτομα ηλικίας 10-12 παρουσίασαν μεγαλύτερο μέσο όρο (M.O.= 36,08), ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 19-21 (M.O.= 23,21), έπονται τα άτομα ηλικίας 13-15 (M.O.=20,71) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα ηλικίας 16-18 (M.O.= 18,70). Δηλαδή, τα άτομα με κινητική αναπηρία ηλικίας 10-12 γίνονται συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με άτομα ηλικίας 19-21, 13-15 και 16-18, ενώ λιγότερο συχνά γίνονται θύτες σχολικού εκφοβισμού τα άτομα ηλικίας 16-18.

Ακόμα μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** στα άτομα του δείγματος με κινητική αναπηρία (**sig.= 0,032<0,05**) προέκυψε στους μέσους όρους της ηλικίας στην υποκλίμακα θύτης σχολικού εκφοβισμού, όπου τα άτομα ηλικίας 19-21 παρουσίασαν μεγαλύτερο μέσο όρο (M.O.= 29,83), ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 13-15 (M.O.= 23,93), έπονται τα άτομα ηλικίας 10-12 (M.O.=17,73) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα ηλικίας 16-18 (M.O.= 17,40). Δηλαδή, τα άτομα με κινητική αναπηρία ηλικίας 19-21 γίνονται συχνότερα θύτες σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με άτομα ηλικίας 13-15, 10-12 και 16-18, ενώ λιγότερο συχνά γίνονται θύτες σχολικού εκφοβισμού τα άτομα ηλικίας 16-18.

Επιπλέον παρατηρήθηκε **στατιστικά σημαντική διαφορά** (**sig= 0,021<0,05**) στους μέσους όρους του τόπου κατοικίας των ατόμων με κινητική αναπηρία στην υποκλίμακα προστασία μητέρας. Όπως προέκυψε από τους μέσους όρους των ατόμων με κινητική αναπηρία, τα άτομα που κατοικούσαν στο χωριό είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο μέσο όρο (M.O.= 34,30) από ότι τα άτομα που κατοικούσαν στην πόλη (M.O.= 22,62). Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω, οι μητέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία που κατοικούσαν στο χωριό ήταν περισσότερο υπερπροστατευτικές από τις μητέρες των ατόμων που κατοικούσαν στην πόλη.

Ακόμα μια **στατιστικά σημαντική διαφορά** στους μέσους όρους των ατόμων με κινητική αναπηρία προέκυψε αναφορικά με την ύπαρξη αδελφιών ή μη στην υποκλίμακα θύμα σχολικού εκφοβισμού (**sig= 0,017<0,05**), όπου τα άτομα με κινητική αναπηρία που δεν είχαν αδέρφια παρουσίασαν μεγαλύτερο μέσο όρο (M.O.= 33,00) από ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία που είχαν αδέρφια (M.O.= 22,29). Δηλαδή, τα άτομα με κινητική αναπηρία που δεν είχαν αδέρφια γίνονταν συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με τα άτομα με κινητική αναπηρία που είχαν αδέρφια.

Στατιστικά σημαντική διαφορά στα άτομα με κινητική αναπηρία προέκυψε και στον αριθμό των ατόμων που διαμένουν στο σπίτι της οικογένειας στην υποκλίμακα

προστασία πατέρα ($\text{sig} = 0,023 < 0,05$). Το μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν τα άτομα που δήλωσαν ότι διαμένουν 6 άτομα στο σπίτι της οικογένειας (M.O.= 27,50), ακολουθούν αυτοί που δήλωσαν ότι ζουν 3 άτομα (M.O.=14,86), έπονται αυτοί που απάντησαν ότι μένουν 4 άτομα (M.O.= 10,83), στην επόμενη θέση βρίσκονται αυτοί που δήλωσαν ότι μένουν 5 άτομα (M.O.= 8,75) και στην τελευταία θέση βρίσκονται αυτοί που δήλωσαν 7 και άνω (M.O.= 7,00). Επομένως, οι πατέρες των ατόμων που δήλωσαν με κινητική αναπηρία που δήλωσαν ότι διαμένουν 6 άτομα συνολικά στο σπίτι της οικογένειας ήταν περισσότερο υπερπροστατευτικοί, ενώ λιγότερο υπερπροστατευτικοί ήταν οι πατέρες των ατόμων που δήλωσαν ότι διαμένουν στο σπίτι της οικογένειας 7 άτομα και άνω.

Στα άτομα του δείγματος με κινητική αναπηρία προέκυψε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ($\text{sig} = 0,008 < 0,05$) στους μέσους όρους του εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας στην υποκλίμακα προστασία μητέρας. Όπως προέκυψε από τους μέσους όρους των ατόμων με κινητική αναπηρία, μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το δημοτικό (M.O.= 23,14), ακολουθούν τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο (M.O.= 21,28), στην επόμενη θέση βρίσκονται τα άτομα που απάντησαν «δεν ξέρω/δεν απαντώ» (M.O.= 16,00), έπονται τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το λύκειο (M.O.= 15,50), στην επόμενη θέση βρίσκονται τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το πανεπιστήμιο (M.O.= 10,00) και στην επόμενη θέση βρίσκονται τα άτομα που η μητέρα τους δεν πήγε σχολείο (M.O.= 7,00) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα που η μητέρα τους πήγε σε κάποιο κολλέγιο (M.O.= 5,66). Συνεπώς, οι μητέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία που είχαν τελειώσει το δημοτικό ήταν περισσότερο υπερπροστατευτικές σε σχέση με τις μητέρες των ατόμων που είχαν τελειώσει το γυμνάσιο, το λύκειο, το πανεπιστήμιο, το κολλέγιο ή με τις μητέρες των ατόμων που δεν πήγαν καθόλου σχολείο, ενώ λιγότερο υπερπροστατευτικές ήταν οι μητέρες των ατόμων που πήγαν σε κάποιο κολλέγιο ή δεν πήγαν καθόλου σχολείο.

Μια ακόμα **στατιστικά σημαντική διαφορά** στους μέσους όρους των ατόμων με κινητική αναπηρία προέκυψε αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα τους στην υποκλίμακα προστασία μητέρας ($\text{sig} = 0,031 < 0,05$). Όπως προέκυψε από τους μέσους όρους των ατόμων με κινητική αναπηρία, μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο (M.O.= 22,00), ακολουθούν τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το δημοτικό (M.O.= 19,66),

έπονται τα άτομα που ο πατέρας τους δεν πήγε σχολείο (Μ.Ο.= 19,50) στην επόμενη θέση βρίσκονται τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το λύκειο (Μ.Ο.= 17,00), ακολουθούν τα άτομα που απάντησαν «δεν ξέρω/δεν απαντώ» (Μ.Ο.= 14,00), έπειτα είναι τα άτομα που ο πατέρας τους τελείωσε το πανεπιστήμιο (Μ.Ο.= 10,06) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει κάποιο κολλέγιο (Μ.Ο.= 0,50). Συνεπώς, η μητέρα των ατόμων με κινητική αναπηρία που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο ήταν περισσότερο υπερπροστατευτική σε σύγκριση με τα άτομα με κινητική αναπηρία που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το δημοτικό, η δεν πήγε σχολείο, ή είχε τελειώσει το λύκειο, το πανεπιστήμιο ή το κολλέγιο, ενώ λιγότερο υπερπροστατευτικές ήταν οι μητέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία που ο πατέρας τους είχε τελειώσει κάποιο κολλέγιο.

Η τελευταία **στατιστικά σημαντική διαφορά** στους μέσους όρους των ατόμων με κινητική αναπηρία προέκυψε αναφορικά με το επάγγελμα του πατέρα τους στην υποκλίμακα θύμα σχολικού εκφοβισμού ($\text{sig} = 0,005 < 0,05$). Όπως προέκυψε από τους μέσους όρους των ατόμων με κινητική αναπηρία, μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν τα άτομα που ο πατέρας τους ήταν ιδιωτικός υπάλληλος (Μ.Ο.= 30,42), ακολουθούν τα άτομα που ο πατέρας τους ήταν συνταξιούχος (Μ.Ο.= 23,66), έπονται τα άτομα που ο πατέρας τους ήταν δημόσιος υπάλληλος (Μ.Ο.= 22,21), στην επόμενη θέση βρίσκονται τα άτομα που ο πατέρας τους ήταν στρατιωτικός (Μ.Ο.= 15,28), ακολουθούν τα άτομα που απάντησαν ότι ο πατέρας τους ασκεί κάποιο άλλο επάγγελμα (Μ.Ο.= 15,00), μετά βρίσκονται τα άτομα που ο πατέρας τους δεν εργάζεται (Μ.Ο.= 14,40) και την τελευταία θέση κατέχουν τα άτομα που απάντησαν ότι ο πατέρας τους είναι επιχειρηματίας (Μ.Ο.= 9,00). Συνεπώς, τα άτομα με κινητική αναπηρία που ο πατέρας τους ήταν ιδιωτικός υπάλληλος γίνονταν συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού σε σύγκριση με τα άτομα με κινητική αναπηρία που ο πατέρας τους ήταν συνταξιούχος, δημόσιος υπάλληλος, στρατιωτικός, ασκούσε κάποιο άλλο επάγγελμα, δεν εργαζόταν ή ήταν επιχειρηματίας, ενώ λιγότερο συχνά γίνονταν θύματα σχολικού εκφοβισμού τα άτομα που ο πατέρας τους ήταν επιχειρηματίας (Πίνακας 29).

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΒΙΩΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ (PEQ) ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΪΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ (PBI) ΑΝΑ ΑΤΟΜΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

		Φροντίδα μητέρας			Προστασία μητέρας			Φροντίδα Πατέρα			Προστασία πατέρα			Θύμα			Θύτης		
		N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.	N	M.O.	Sig.
Φύλο	Αγόρι	22	24,98	0,992	22	15,18	0,835	22	23,81	0,507	22	11,54	0,144	22	26,52	0,659	22	24,70	0,886
	Κορίτσι	27	25,02		27	14,59		26	22,15		25	14,92		28	24,70		27	25,24	
Ηλικία	10-12	12	27,46	0,082	12	18,92	0,320	12	22,08	0,307	12	13,75	0,802	12	36,08	0,031	11	17,73	0,032
	13-15	7	34,21		7	23,36		7	28,57		7	15,85		7	20,71		7	23,93	
	16-18	5	29,90		5	26,40		5	22,80		5	12,60		5	18,70		5	17,40	
	19-21	25	20,26		25	28,10		24	21,70		23	12,52		26	23,21		26	29,83	
Τόπος κατοικίας	Χωριό	10	20,10	0,221	10	34,30	0,021	9	18,00	0,055	9	12,00	0,575	10	20,25	0,202	10	26,65	0,653
	Πόλη	39	26,26		39	22,62		39	24,05		38	13,65		40	26,81		39	24,58	
Αδέλφια	Ναι	34	24,74	0,844	34	14,94	0,939	33	23,21	0,726	32	13,62	0,721	35	22,29	0,017	35	26,10	0,349
	Όχι	15	25,60		15	14,66		15	22,26		15	12,73		15	33,00		14	22,25	
Αριθμός ατόμων που ζουν στο σπίτι της οικογένειας	3	24	21,65	0,792	24	22,04	0,260	23	22,52	0,185	23	14,86	0,023	24	26,35	0,077	23	21,80	0,594
	4	13	23,77		13	22,04		13	25,30		12	10,83		14	15,07		14	22,25	
	5	4	27,50		4	15,75		4	27,00		4	8,75		4	29,25		4	30,63	
	6	2	14,25		2	39,50		2	15,50		2	27,50		2	29,50		2	20,75	
	≥7	1	23,00		1	32,50		1	9,00		1	3,00		1	15,50		1	13,00	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Δημοτικό	7	17,57	0,447	7	23,14	0,008	7	18,85	0,255	7	18,00	0,141	7	29,64	0,481	7	31,79	0,616
	Γυμνάσιο	7	25,64		7	21,28		7	21,14		7	17,00		7	23,79		7	25,21	
	Λύκειο	14	24,46		14	15,50		14	21,07		14	10,35		14	26,82		13	23,27	
	Κολλέγιο	3	28,17		3	5,66		3	24,33		3	12,66		3	28,67		3	27,67	
	Πανεπιστήμιο	16	29,50		16	10,00		16	27,06		15	11,73		17	25,44		17	22,85	
	Δεν πήγε σχολείο	1	6,00		1	7,00		1	19,00		1	23,00		1	3,50		1	14,00	
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	17,50		1	16,00		0	00,00		0	00,00		1	3,50		1	38,00	
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Δημοτικό	9	17,94	0,218	9	19,66	0,031	10	21,40	0,164	9	14,44	0,348	10	24,95	0,371	9	32,00	0,420
	Γυμνάσιο	3	21,00		3	22,00		3	14,33		3	11,33		3	29,50		3	30,67	
	Λύκειο	14	23,11		14	17,00		14	22,07		14	12,78		14	27,93		14	22,85	
	Κολλέγιο	2	35,00		2	0,500		2	24,50		2	13,00		2	36,00		2	26,00	
	Πανεπιστήμιο	15	29,23		15	10,06		14	26,78		14	11,57		15	23,90		15	22,13	
	Δεν πήγε σχολείο	2	14,00		2	19,50		2	14,50		2	26,50		2	3,50		2	14,00	
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	4	35,13		4	14,00		3	27,00		3	14,33		4	27,13		4	26,00	

Επάγγελμα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	8	25,75	0,577	8	11,75	0,443	8	21,75	0,778	8	12,87	0,854	8	22,25	0,367	8	23,06	0,652
	Ιδιωτικός υπάλληλος	10	28,25		10	16,70		11	24,54		10	12,10		11	17,18		11	26,18	
	Τραπεζικός υπάλληλος	1	35,00		1	1,00		1	30,00		1	9,00		1	18,00		1	38,00	
	Στρατιωτικός	1	44,00		1	3,00		1	26,00		1	7,00		1	26,00		1	14,00	
	Επιχειρηματίας	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Συνταξιούχος	6	25,42		6	13,00		5	20,20		5	11,40		6	14,66		6	23,00	
	Δεν εργάζεται	21	21,12		21	17,00		21	22,19		21	15,19		21	23,66		20	24,33	
	Άλλο	2	30,75		2	14,00		1	33,00		1	11,00		2	17,00		2	38,00	
Επάγγελμα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	14	27,39	0,920	14	12,92	0,217	14	23,35	0,973	14	21,32	0,293	14	22,21	0,005	13	21,77	0,688
	Ιδιωτικός υπάλληλος	7	25,50		7	9,57		7	20,28		7	17,79		7	30,42		7	25,57	
	Τραπεζικός υπάλληλος	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Στρατιωτικός	7	26,64		7	15,57		7	25,14		7	29,79		7	15,28		7	29,57	
	Επιχειρηματίας	1	31,50		1	5,00		1	25,00		1	3,50		1	9,00		1	14,00	
	Συνταξιούχος	9	24,22		9	16,44		8	21,87		8	24,38		9	23,66		9	27,67	
	Δεν εργάζεται	4	18,00		4	24,50		5	23,40		4	28,75		5	14,40		5	29,40	
	Άλλο	7	22,14		7	17,14		6	23,00		6	30,50		7	15,00		7	20,86	
Οικογενειακή κατάσταση μητέρας	Παντρεμένη	38	24,32	0,500	38	26,21	0,724	38	23,14	0,319	38	22,59	0,320	38	27,54	0,290	37	25,08	0,429
	Διαζευγμένη	5	32,20		5	22,20		5	26,30		4	32,13		6	17,58		6	20,83	
	Σε διάσταση	1	11,00		1	18,00		0	00,00		0	00,00		1	11,00		1	44,00	
	Ξαναπαντρεμένη	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Δεν ζει/απεβίωσε	5	25,80		5	20,00		5	33,00		5	28,20		5	22,40		5	25,60	
Οικογενειακή κατάσταση πατέρα	Παντρεμένη	38	24,38	0,310	38	25,47	0,914	38	22,50	0,903	37	22,34	0,431	39	26,71	0,341	38	24,75	0,982
	Διαζευγμένη	4	33,63		4	20,13		3	25,66		3	32,17		4	16,13		4	24,25	
	Σε διάσταση	0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00		0	00,00	
	Ξαναπαντρεμένος	2	35,25		2	24,25		2	22,50		2	26,75		2	34,25		2	26,00	
	Δεν ζει/απεβίωσε	5	18,70		5	25,60		5	24,60		5	30,30		5	20,10		5	27,10	

8.5.1. Σύγκριση μέσων όρων υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομήλικους και του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού με ατομικά στοιχεία του συνολικού δείγματος

- *Έλεγχος διαφοράς μέσων όρων υποκλιμάκων με ανεξάρτητη μεταβλητή το είδος αναπηρίας*

Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2 = 0,822$, $df = 3$, $p = 0,844$ (Πίνακας 30).

Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της προστασίας της μητέρας και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 2,278$, $df= 3$, $p= 0.517$ (Πίνακας 30).

Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της φροντίδας του πατέρα και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 1,016$, $df= 3$, $p= 0.797$ (Πίνακας 30).

Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της προστασίας του πατέρα και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 5,214$, $df= 3$, $p= 0.157$ (Πίνακας 30).

Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται **μια στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του πόσο συχνά ο ερωτώμενος γινόταν θύμα σχολικού εκφοβισμού και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 17,177$, $df= 3$, **$p= 0.001$** (Πίνακας 30), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 102,29, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 89,84, για τα άτομα με κώφωση να είναι 89,21, και, τέλος, για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 59,81 (Πίνακας 31). Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με αναπηρία γίνονταν συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να γίνονται συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού από όλες τις ομάδες πληθυσμού, να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και στη συνέχεια τα άτομα με κώφωση.

Το Kruskal Wallis Test έδειξε ότι παρουσιάζεται **μια στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ του πόσο συχνά ο ερωτώμενος γινόταν θύτης σχολικής βίας και του είδους της αναπηρίας, $\chi^2= 15,572$, $df= 3$, **$p= 0.001$** (Πίνακας 30), με το μέσο κατάταξης για τα άτομα με τύφλωση να είναι 105,26, για τα άτομα με κώφωση να είναι 93,17, για τα άτομα χωρίς αναπηρία να είναι 82,43 και, τέλος, για τα άτομα με κινητική αναπηρία να είναι 66,18 (Πίνακας 31). Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με τύφλωση και κώφωση γίνονταν συχνότερα θύτες σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να ασκούν σχολικό εκφοβισμό συχνότερα από όλες τις ομάδες πληθυσμού. Τέλος, τα άτομα με κινητικά προβλήματα γίνονταν λιγότερες φορές θύτες σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, αλλά και με τα άτομα με τύφλωση και κώφωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 : KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ 6 ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ

Test Statistics ^{a,b}						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Chi-Square	,822	2,278	1,016	5,214	17,177	15,572
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,844	,517	,797	,157	,001	,001
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grouping Variable: Είδος Αναπηρίας						

ΠΙΝΑΚΑΣ 31: RANKS ΤΟΥ KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ranks			
	Είδος Αναπηρίας	N	Mean Rank
Φροντίδα μητέρας	Χωρίς αναπηρία	44	82,70
	Τύφλωση	35	82,13
	Κώφωση	38	79,41
	Κινητική αναπηρία	49	88,37
	Σύνολο	166	
Προστασία μητέρας	Χωρίς αναπηρία	42	74,46
	Τύφλωση	35	82,83
	Κώφωση	38	82,05
	Κινητική αναπηρία	49	89,50
	Σύνολο	164	
Φροντίδα πατέρα	Χωρίς αναπηρία	45	87,92
	Τύφλωση	35	85,21
	Κώφωση	37	79,58
	Κινητική αναπηρία	48	79,41
	Σύνολο	165	
Προστασία πατέρα	Χωρίς αναπηρία	45	71,07
	Τύφλωση	36	80,06
	Κώφωση	37	92,53
	Κινητική αναπηρία	47	89,18
	Σύνολο	165	
Θύμα	Χωρίς αναπηρία	44	59,81
	Τύφλωση	36	102,29
	Κώφωση	38	89,21
	Κινητική αναπηρία	50	89,84
	Σύνολο	168	

Θύτης	Χωρίς αναπηρία	46	82,43
	Τύφλωση	36	105,26
	Κώφωση	38	93,17
	Κινητική αναπηρία	49	66,18
	Σύνολο	169	

➤ Έλεγχος διαφοράς μέσων όρων υποκλιμάκων με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο

Το Mann – Whitney Test (Πίνακας 32) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και το φύλο των ερωτώμενων δεν έδωσε κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Οπότε μπορούμε με ασφάλεια να πούμε ότι η φροντίδα της μητέρας, η προστασία της μητέρας, η φροντίδα του πατέρα, η προστασία του πατέρα, το πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύμα σχολικού εκφοβισμού και το πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύτης σχολικού εκφοβισμού δεν επηρεάζονται από το φύλο. Και τα 2 φύλα συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32: MANN-WHITNEY TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΦΥΛΟ

Test Statistics ^a						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Mann-Whitney U	3290,500	3308,000	3308,500	3143,500	2962,000	3158,000
Wilcoxon W	6293,500	6009,000	6234,500	6069,500	7240,000	7436,000
Z	-,441	-,045	-,241	-,781	-1,705	-1,252
Asymp. Sig. (2-tailed)	,659	,964	,810	,435	,088	,211

a. Grouping Variable: Φύλο

ΠΙΝΑΚΑΣ 33 : RANKS MANN-WHITNEY U TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΦΥΛΟ

Ranks				
	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Φροντίδα μητέρας	Αγόρι	77	81,73	6293,50
	Κορίτσι	89	85,03	7567,50
	Σύνολο	166		

Προστασία μητέρας	Αγόρι	73	82,32	6009,00
	Κορίτσι	91	82,65	7521,00
	Σύνολο	164		
Φροντίδα πατέρα	Αγόρι	76	82,03	6234,50
	Κορίτσι	89	83,83	7460,50
	Σύνολο	165		
Προστασία πατέρα	Αγόρι	76	79,86	6069,50
	Κορίτσι	89	85,68	7625,50
	Σύνολο	165		
Θύμα	Αγόρι	76	91,53	6956,00
	Κορίτσι	92	78,70	7240,00
	Σύνολο	168		
Θύτης	Αγόρι	77	89,99	6929,00
	Κορίτσι	92	80,83	7436,00
	Σύνολο	169		

- *Ελεγχος διαφορών μέσω των όρων στις κλίμακες με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία*

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 34) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και την ηλικία των ερωτώμενων δεν έδωσε κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην φροντίδα της μητέρας, στην προστασία της μητέρας, στην φροντίδα του πατέρα, στην προστασία του πατέρα, και το πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύτης σχολικής βίας. Οπότε σε αυτές τις υποκλίμακες ο παράγοντας ηλικία δεν παίζει κανένα ρόλο. Όλες οι ηλικίες συμπεριφέρονται το ίδιο.

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 34) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και την ηλικία των ερωτώμενων, όμως, έδωσε **στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα** ($\chi^2 = 20,967$, $df = 3$, **sig= 0,000**) στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύμα σχολικού εκφοβισμού και στην ηλικία. Από τον πίνακα 35 μπορούμε να εξάγουμε το αποτέλεσμα ότι συχνότερα θύματα σχολικής βίας γίνονται τα άτομα ηλικίας 10-12 (mean rank= 115,17), ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 13-15 (mean rank= 80,42), έπονται τα άτομα ηλικίας 16-18 (mean rank= 77,30) και, τέλος, έρχονται τα άτομα ηλικίας 19-21 (mean rank= 71,68). Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο μικρό είναι το άτομο τόσο πιο συχνά γίνεται θύμα σχολικού εκφοβισμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34: KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Test Statistics ^{a,b}						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Chi-Square	1,383	6,738	1,721	6,571	20,967	3,513
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,710	,081	,632	,087	,000	,319
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grouping Variable: Ηλικία						

ΠΙΝΑΚΑΣ 35 : RANKS KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Ranks			
	Ηλικία	N	Mean Rank
Φροντίδα μητέρας	10-12	37	91,65
	13-15	27	80,46
	16-18	41	81,17
	19-21	61	81,47
	Σύνολο	166	
Προστασία μητέρας	10-12	38	65,03
	13-15	27	86,63
	16-18	41	87,65
	19-21	58	88,39
	Σύνολο	164	
Φροντίδα πατέρα	10-12	37	82,45
	13-15	27	75,56
	16-18	42	90,37
	19-21	59	81,51
	Σύνολο	165	
Προστασία πατέρα	10-12	37	83,91
	13-15	27	103,06
	16-18	42	80,64
	19-21	59	74,93
	Σύνολο	165	

Θύμα	10-12	39	115,17
	13-15	26	80,42
	16-18	41	77,30
	19-21	62	71,68
	Σύνολο	168	
Θύτης	10-12	38	73,62
	13-15	27	82,30
	16-18	42	91,96
	19-21	62	88,44
	Σύνολο	169	

- Έλεγχος διαφορών μέσω των όρων στις κλίμακες με ανεξάρτητη μεταβλητή τον τόπο κατοικίας

Το Mann – Whitney Test (Πίνακας 36) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και στον τόπο κατοικίας των ερωτώμενων δεν έδωσε κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην φροντίδα της μητέρας, στην προστασία της μητέρας, στην φροντίδα του πατέρα, στην προστασία του πατέρα, και το πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύτης σχολικού εκφοβισμού. Οπότε σε αυτές τις υποκλίμακες ο παράγοντας τόπος κατοικίας δεν παίζει κανένα ρόλο.

Το Mann – Whitney Test (Πίνακας 36) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και στον τόπο κατοικίας των ερωτώμενων έδωσε **στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα** ($\chi^2=2284,500$, $df= 3$, **sig= 0,041**) στην προστασία της μητέρας και στον τόπο κατοικίας. Από τον πίνακα 37 μπορούμε να εξάγουμε το αποτέλεσμα ότι ,εγαλύτερη προστασία από τη μητέρα τους είχαν τα άτομα που κατάγονται από χωριό (mean rank= 93,21) και ακολουθούν τα άτομα που κατάγονται από πόλη (mean rank= 76,90).

Το Mann – Whitney Test (Πίνακας 36) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και στον τόπο κατοικίας των ερωτώμενων έδωσε **στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα** ($\chi^2=10,014$, $df= 3$, **sig= 0,002**) στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύμα σχολικού εκφοβισμού και στην τόπο κατοικίας. Από τον πίνακα 37 μπορούμε να εξάγουμε το αποτέλεσμα ότι συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού γίνονται τα άτομα που κατάγονται από πόλη (mean rank= 91.84) και ακολουθούν τα άτομα που κατάγονται από χωριό (mean rank= 66,18).

ΠΙΝΑΚΑΣ 36: MANN-WHITNEY TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Test Statistics ^a						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Mann-Whitney U	2748,500	2284,500	2576,000	2664,000	2049,000	2571,500
Wilcoxon W	4179,500	8612,500	3902,000	4042,000	3375,000	9241,500
Z	-,768	-2,048	-1,087	-,877	-3,164	-1,678
Asymp. Sig. (2-tailed)	,443	,041	,277	,380	,002	,093

a. Grouping Variable: Τόπος κατοικίας

ΠΙΝΑΚΑΣ 37: RANKS MANN-WHITNEY U TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Ranks				
	Τόπος καταγωγής	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Φροντίδα μητέρας	Χωριό	53	78,86	4179,50
	Πόλη	112	84,96	9515,50
	Σύνολο	165		
Προστασία μητέρας	Χωριό	51	93,21	4753,50
	Πόλη	112	76,90	8612,50
	Σύνολο	163		
Φροντίδα πατέρα	Χωριό	51	76,51	3902,00
	Πόλη	113	85,20	9628,00
	Σύνολο	164		
Προστασία πατέρα	Χωριό	52	77,73	4042,00
	Πόλη	112	84,71	9488,00
	Σύνολο	164		
Θύμα	Χωριό	51	66,18	3375,00
	Πόλη	116	91,84	10653,00
	Σύνολο	167		
Θύτης	Χωριό	53	93,48	4954,50
	Πόλη	115	80,36	9241,50
	Σύνολο	168		

- Έλεγχος διαφοράς μέσω των όρων υποκλιμάκων με ανεξάρτητη μεταβλητή την ύπαρξη αδελφιών

Το Mann – Whitney Test (Πίνακας 38) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και στο εάν έχουν αδέρφια οι ερωτώμενοι δεν έδωσε κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην φροντίδα της μητέρας, στην προστασία της μητέρας, και το πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύτης σχολικής βίας. Οπότε σε αυτές τις υποκλίμακες ο παράγοντας αδέρφια δεν παίζει κανένα ρόλο.

Το Mann – Whitney Test (Πίνακας 38) ανάμεσα έδωσε **στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα** ($\chi^2= 1595,500$, $df = 3$, **sig= 0,008**) στην φροντίδα του πατέρα και στο εάν έχουν αδέρφια. Από τον πίνακα 39 μπορούμε να εξάγουμε το αποτέλεσμα ότι η φροντίδα του πατέρα ήταν υψηλότερη στα άτομα που είχαν αδέρφια (mean rank= 11304,50), και χαμηλότερη στα άτομα που δεν είχαν αδέρφια (mean rank= 2225,50).

Το Mann – Whitney τεστ (Πίνακας 38) ανάμεσα έδωσε **στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα** ($\chi^2= 1656,500$, $df= 3$, **sig= 0,016**) στην προστασία του πατέρα και στο εάν έχουν αδέρφια. Από τον πίνακα 39 μπορούμε να εξάγουμε το αποτέλεσμα ότι η προστασία του πατέρα ήταν υψηλότερη στα άτομα που είχαν αδέρφια (mean rank= 10041,50), και χαμηλότερη στα άτομα που δεν είχαν αδέρφια (mean rank= 3488,50).

Το Mann – Whitney τεστ (Πίνακας 38) ανάμεσα έδωσε **στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα** ($\chi^2= 1540,500$, $df= 3$, **sig= 0,001**) στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύμα σχολικού εκφοβισμού και στο εάν έχει αδέρφια. Από τον πίνακα 39 μπορούμε να εξάγουμε το αποτέλεσμα ότι συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού γίνονται τα άτομα που έχουν αδέρφια (mean rank= 10186,50), και έπονται τα άτομα που δεν έχουν αδέρφια (mean rank= 6841,50).

ΠΙΝΑΚΑΣ 38 : MANN-WHITNEY U TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΑΔΕΛΦΙΩΝ

Test Statistics ^a						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Mann-Whitney U	2039,000	2012,500	1595,500	1656,500	1540,500	2228,500
Wilcoxon W	2669,000	10268,500	2225,500	10041,500	10186,500	11139,500
Z	-,943	-,920	-2,660	-2,415	-3,187	-,399
Asymp. Sig. (2-tailed)	,346	,357	,008	,016	,001	,690

a. Grouping Variable: Αδέρφια

ΠΙΝΑΚΑΣ 39: RANKS MANN-WHITNEY U TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΑΔΕΛΦΙΩΝ

Ranks				
	Αδέλφια	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Φροντίδα μητέρας	Ναι	130	84,82	11026,00
	Όχι	35	76,26	2669,00
	Σύνολο	165		
Προστασία μητέρας	Ναι	128	80,22	10268,50
	Όχι	35	88,50	3097,50
	Σύνολο	163		
Φροντίδα πατέρα	Ναι	129	87,63	11304,50
	Όχι	35	63,59	2225,50
	Σύνολο	164		
Προστασία πατέρα	Ναι	129	77,84	10041,50
	Όχι	35	99,67	3488,50
	Σύνολο	164		
Θύμα	Ναι	131	77,76	10186,50
	Όχι	36	106,71	3841,50
	Σύνολο	167		
Θύτης	Ναι	133	83,76	11139,50
	Όχι	35	87,33	3056,50
	Σύνολο	168		

- Έλεγχος διαφοράς μέσω των όρων υποκλιμάκων με ανεξάρτητη μεταβλητή το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 40) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και στο εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας δεν έδωσε κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην φροντίδα της μητέρας, στην προστασία της μητέρας, στην φροντίδα του πατέρα, στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύμα σχολικού εκφοβισμού και στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύτης σχολικού εκφοβισμού. Οπότε σε αυτές τις υποκλίμακες το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας δεν παίζει κανένα ρόλο.

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 40) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες έδωσε **ένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα** ($\chi^2= 13,308$, $df= 6$, $sig= 0,038$) στην προστασία του πατέρα και στο εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας. Από τον πίνακα 41 μπορούμε να εξαγάγουμε το αποτέλεσμα ότι η προστασία του πατέρα είναι υψηλότερη στα άτομα που δεν ξέρουν ή δεν απαντούν για το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας (mean rank= 141,00), ακολουθούν τα άτομα που η μητέρα τους δεν πήγε σχολείο (mean rank= 127,83), έπονται τα άτομα που η μητέρα τους τελείωσε το γυμνάσιο (mean rank= 108,73), έπειτα έρχονται τα άτομα που η μητέρα τους τελείωσε κάποιο κολλέγιο (mean rank= 98,63), μετά ακολουθούν τα άτομα που η μητέρα τους τελείωσε το λύκειο (mean rank= 78,94), έπειτα τα άτομα που η μητέρα τους τελείωσε το δημοτικό (mean rank= 76,88), και, τέλος, στην τελευταία θέση έρχονται τα άτομα που η μητέρα τους τελείωσε πανεπιστήμιο (mean rank= 74,56).

ΠΙΝΑΚΑΣ 40: KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

Test Statistics ^{a,b}						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Chi-Square	7,956	11,949	6,787	13,308	7,750	6,358
df	6	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	,241	,063	,341	,038	,257	,384
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grouping Variable: Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας						

ΠΙΝΑΚΑΣ 41: RANKS KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

Ranks			
	Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	N	Mean Rank
Φροντίδα μητέρας	Δημοτικό	25	83,36
	Γυμνάσιο	19	69,42
	Λύκειο	53	85,85
	Κολλέγιο	7	89,36
	Πανεπιστήμιο	57	89,61
	Δεν πήγε σχολείο	3	32,17
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	2	39,00
	Σύνολο	166	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προσασία μητέρας	Δημοτικό	25	95,84
	Γυμνάσιο	19	102,32
	Λύκειο	51	81,62
	Κολλέγιο	8	57,44
	Πανεπιστήμιο	56	72,20
	Δεν πήγε σχολείο	3	91,17
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	2	125,75
	Σύνολο	164	
Φροντίδα πατέρα	Δημοτικό	24	81,08
	Γυμνάσιο	20	61,85
	Λύκειο	53	81,88
	Κολλέγιο	8	75,88
	Πανεπιστήμιο	56	93,09
	Δεν πήγε σχολείο	3	84,67
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	1	98,50
	Σύνολο	165	
Προσασία πατέρα	Δημοτικό	25	76,88
	Γυμνάσιο	20	108,73
	Λύκειο	53	78,94
	Κολλέγιο	8	98,63
	Πανεπιστήμιο	55	74,56
	Δεν πήγε σχολείο	3	127,83
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	1	141,00
	Σύνολο	165	
Θύμα	Δημοτικό	25	78,44
	Γυμνάσιο	20	107,08
	Λύκειο	52	82,33
	Κολλέγιο	8	71,25
	Πανεπιστήμιο	57	83,85
	Δεν πήγε σχολείο	3	106,50
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	3	47,83
	Σύνολο	168	
Θύτης	Δημοτικό	25	99,86
	Γυμνάσιο	20	83,15
	Λύκειο	52	76,77
	Κολλέγιο	8	63,81
	Πανεπιστήμιο	58	89,53
	Δεν πήγε σχολείο	3	77,00

Δεν ξέρω / δεν απαντώ	3	93,00
Σύνολο	169	

- *Έλεγχος διαφοράς μέσω των όρων υποκλιμάκων με ανεξάρτητη μεταβλητή το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα*

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 42) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και στο εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα δεν έδωσε κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην φροντίδα της μητέρας, στην προστασία της μητέρας, στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύμα σχολικής βίας, και στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύτης σχολικής βίας. Οπότε σε αυτές τις υποκλίμακες ο παράγοντας εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα δεν παίζει κανένα ρόλο.

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 42) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες, ωστόσο, έδωσε **στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα** ($\chi^2= 17,188$, $df= 6$, **sig= 0,009**) στην φροντίδα του πατέρα και στο εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα. Από τον πίνακα 43 μπορούμε να εξάγουμε το αποτέλεσμα ότι η φροντίδα του πατέρα είναι υψηλότερη στα άτομα που ο πατέρας τους τελείωσε πανεπιστήμιο (mean rank= 97,06), ακολουθούν τα άτομα που δεν ξέρουν / δεν απαντούν για το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα (mean rank= 85,80), έπονται τα άτομα που ο πατέρας τους τελείωσε το λύκειο (mean rank= 82,18), ακολουθούν τα άτομα που ο πατέρας τους τελείωσε δημοτικό (mean rank= 81,85), μετά τα άτομα που ο πατέρας τους δεν πήγε σχολείο (mean rank= 78,38), στη συνέχεια έρχονται τα άτομα που ο πατέρας τους τελείωσε κολλέγιο (mean rank= 53,57), και, τέλος, στην τελευταία θέση είναι τα άτομα που ο πατέρας τους τελείωσε γυμνάσιο (mean rank= 46,44).

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 42) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και στο εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα έδωσε **στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα** ($\chi^2= 14,157$, $df = 6$, **sig= 0,028**) στην προστασία του πατέρα και στο εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα. Από τον πίνακα 43 μπορούμε να εξάγουμε το αποτέλεσμα ότι η προστασία του πατέρα είναι υψηλότερη στα άτομα που δεν ξέρουν ή δεν απαντούν για το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα (mean rank= 109,40), ακολουθούν τα άτομα που ο πατέρας τους τελείωσε κολλέγιο (mean rank= 101,29), έπονται τα άτομα που ο πατέρας τους τελείωσε το γυμνάσιο (mean rank= 99,59), έπειτα έρχονται τα άτομα που ο πατέρας τους δεν πήγε σχολείο (mean rank= 97,88), μετά είναι τα άτομα που ο πατέρας τους

τελείωσε λύκειο (mean rank= 91,97), στη συνέχεια έρχονται τα άτομα που ο πατέρας τους τελείωσε δημοτικό (mean rank= 79,79), κα, τέλος, στην τελευταία θέση είναι τα άτομα που ο πατέρας τους τελείωσε πανεπιστήμιο (mean rank= 65,66).

ΠΙΝΑΚΑΣ 42: KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ

Test Statistics ^{a,b}						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Chi-Square	4,213	10,405	17,188	14,157	4,470	3,105
df	6	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	,648	,109	,009	,028	,613	,796
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grouping Variable: Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα						

ΠΙΝΑΚΑΣ 43: RANKS KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ

Ranks			
	Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	N	Mean Rank
Φροντίδα μητέρας	Δημοτικό	31	75,55
	Γυμνάσιο	15	72,33
	Λύκειο	45	81,11
	Κολλέγιο	7	94,43
	Πανεπιστήμιο	57	90,75
	Δεν πήγε σχολείο	4	63,75
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6	88,17
	Σύνολο	165	
Προστασία μητέρας	Δημοτικό	31	94,53
	Γυμνάσιο	15	93,40
	Λύκειο	45	85,50
	Κολλέγιο	6	50,58
	Πανεπιστήμιο	56	70,63
	Δεν πήγε σχολείο	4	78,13
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6	102,58
	Σύνολο	163	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Φροντίδα πατέρα	Δημοτικό	31	81,85
	Γυμνάσιο	16	46,44
	Λύκειο	45	82,18
	Κολλέγιο	7	53,57
	Πανεπιστήμιο	56	97,06
	Δεν πήγε σχολείο	4	78,38
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	5	85,50
	Σύνολο	164	
Προσασία πατέρα	Δημοτικό	31	79,79
	Γυμνάσιο	16	99,59
	Λύκειο	45	91,97
	Κολλέγιο	7	101,29
	Πανεπιστήμιο	56	65,66
	Δεν πήγε σχολείο	4	97,88
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	5	109,40
	Σύνολο	164	
Θύμα	Δημοτικό	32	77,61
	Γυμνάσιο	16	97,00
	Λύκειο	43	92,81
	Κολλέγιο	7	81,64
	Πανεπιστήμιο	58	77,66
	Δεν πήγε σχολείο	4	73,63
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	7	90,14
	Σύνολο	167	
Θύτης	Δημοτικό	32	92,88
	Γυμνάσιο	16	95,22
	Λύκειο	44	80,22
	Κολλέγιο	7	78,86
	Πανεπιστήμιο	58	82,07
	Δεν πήγε σχολείο	4	65,63
	Δεν ξέρω / δεν απαντώ	7	85,21
	Σύνολο	168	

- Έλεγχος διαφοράς μέσω των όρων υποκλιμάκων με ανεξάρτητη μεταβλητή το επάγγελμα της μητέρας

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 44) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και το επάγγελμα της μητέρας δεν έδωσε κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην φροντίδα της μητέρας, στην προστασία της μητέρας, στην φροντίδα του πατέρα, στην προστασία του πατέρα, στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύμα και στο πόσο συχνά γίνεται θύτης σχολικού εκφοβισμού. Οπότε σε αυτές τις υποκλίμακες ο παράγοντας επάγγελμα της μητέρας δεν παίζει κανένα ρόλο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 44: KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Test Statistics ^{a,b}						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Chi-Square	9,087	8,854	6,639	10,590	13,691	6,019
df	8	8	8	8	8	8
Asymp. Sig.	,335	,355	,576	,226	,090	,645
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grouping Variable: Επάγγελμα μητέρας						

ΠΙΝΑΚΑΣ 45: RANKS KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Ranks			
	Επάγγελμα μητέρας	N	Mean Rank
Φροντίδα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	30	89,67
	Ιδιωτικός υπάλληλος	38	83,87
	Τραπεζικός υπάλληλος	2	118,00
	Στρατιωτικός	1	157,50
	Επιχειρηματίας	8	113,38
	Συνταξιούχος	25	76,40
	Δεν εργάζεται	51	76,68
	Αναπηρικό επίδομα	2	97,00
	Άλλο	9	74,33
	Σύνολο	166	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προστασία μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	30	74,05
	Ιδιωτικός υπάλληλος	37	91,24
	Τραπεζικός υπάλληλος	2	28,00
	Στρατιωτικός	1	19,00
	Επιχειρηματίας	8	74,31
	Συνταξιούχος	24	81,60
	Δεν εργάζεται	52	82,12
	Αναπηρικό επίδομα	2	106,75
	Άλλο	8	102,63
	Σύνολο	164	
	Φροντίδα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	30
Ιδιωτικός υπάλληλος		39	82,86
Τραπεζικός υπάλληλος		2	130,25
Στρατιωτικός		1	98,50
Επιχειρηματίας		7	82,79
Συνταξιούχος		23	84,61
Δεν εργάζεται		53	75,95
Αναπηρικό επίδομα		2	67,00
Άλλο		8	67,00
Σύνολο		165	
Προστασία πατέρα		Δημόσιος υπάλληλος	30
	Ιδιωτικός υπάλληλος	38	86,67
	Τραπεζικός υπάλληλος	2	61,00
	Στρατιωτικός	1	45,50
	Επιχειρηματίας	7	78,14
	Συνταξιούχος	24	77,08
	Δεν εργάζεται	53	95,10
	Αναπηρικό επίδομα	2	88,25
	Άλλο	8	90,94
	Σύνολο	165	
	Θύμα	Δημόσιος υπάλληλος	31
Ιδιωτικός υπάλληλος		38	71,72
Τραπεζικός υπάλληλος		2	54,00
Στρατιωτικός		1	130,50
Επιχειρηματίας		8	64,19
Συνταξιούχος		25	88,98
Δεν εργάζεται		52	101,68
Αναπηρικό επίδομα		2	77,75

	Άλλο	9	72,78
	Σύνολο	168	
Θύτης	Δημόσιος υπάλληλος	31	85,11
	Ιδιωτικός υπάλληλος	39	85,49
	Τραπεζικός υπάλληλος	2	67,00
	Στρατιωτικός	1	32,50
	Επιχειρηματίας	8	88,25
	Συνταξιούχος	25	89,66
	Δεν εργάζεται	52	78,37
	Αναπηρικό επίδομα	2	125,50
	Άλλο	9	105,83
	Σύνολο	169	

- Έλεγχος διαφοράς μέσω των όρων υποκλιμάκων με ανεξάρτητη μεταβλητή το επάγγελμα του πατέρα

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 46) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και το επάγγελμα του πατέρα δεν έδωσε κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην φροντίδα της μητέρας, στην προστασία της μητέρας, στην φροντίδα του πατέρα, στην προστασία του πατέρα και το πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύτης σχολικού εκφοβισμού. Οπότε σε αυτές τις υποκλίμακες ο παράγοντας επάγγελμα πατέρα δεν παίζει κανένα ρόλο.

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 46) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και το επάγγελμα του πατέρα, ωστόσο, έδωσε **στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα** ($\chi^2=26,183$, $df=8$, **sig= 0,001**) στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύμα σχολικού εκφοβισμού και στο επάγγελμα του πατέρα. Από τον Πίνακα 47 μπορούμε να εξάγουμε το αποτέλεσμα ότι συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού γίνονται τα άτομα των οποίων ο πατέρας είναι ιδιωτικός υπάλληλος (mean rank= 102,65), ακολουθούν τα άτομα των οποίων ο πατέρας είναι συνταξιούχος (mean rank= 102,55), έπειτα ακολουθούν τα άτομα των οποίων ο πατέρας είναι τραπεζικός υπάλληλος (mean rank= 99,60), μετά είναι τα άτομα των οποίων ο πατέρας λαμβάνει αναπηρικό επίδομα (mean rank= 90,50), ακολουθούν τα άτομα των οποίων ο πατέρας είναι δημόσιος υπάλληλος (mean rank= 87,17), έπονται τα άτομα των οποίων ο πατέρας είναι στρατιωτικός (mean rank= 70,17), μετά είναι τα άτομα των οποίων ο πατέρας εργάζεται σε κάτι άλλο (mean rank= 61,55), ακολουθούν τα άτομα των οποίων ο πατέρας δεν εργάζεται (mean rank=

57,53) και, τέλος, στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα των οποίων ο πατέρας είναι επιχειρηματίας (mean rank= 45,50).

ΠΙΝΑΚΑΣ 46: KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ

Test Statistics ^{a,b}						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Chi-Square	10,363	10,362	7,753	8,021	26,183	14,440
df	8	8	8	8	8	8
Asymp. Sig.	,240	,241	,458	,431	,001	,071
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grouping Variable: Επάγγελμα πατέρα						

ΠΙΝΑΚΑΣ 47: RANKS KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ

Ranks			
	Επάγγελμα πατέρα	N	Mean Rank
Φροντίδα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	44	91,36
	Ιδιωτικός υπάλληλος	30	71,55
	Τραπεζικός υπάλληλος	5	72,30
	Στρατιωτικός	9	101,67
	Επιχειρηματίας	11	107,59
	Συνταξιούχος	30	79,80
	Δεν εργάζεται	14	63,29
	Αναπηρικό επίδομα	3	91,50
	Άλλο	19	79,68
	Σύνολο	165	
Προστασία μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	44	77,43
	Ιδιωτικός υπάλληλος	30	74,48
	Τραπεζικός υπάλληλος	5	77,60
	Στρατιωτικός	9	83,89
	Επιχειρηματίας	11	55,55
	Συνταξιούχος	29	87,26
	Δεν εργάζεται	14	88,93
	Αναπηρικό επίδομα	3	93,00
	Άλλο	18	106,44
	Σύνολο	163	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Φροντίδα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	44	94,39
	Ιδιωτικός υπάλληλος	31	72,13
	Τραπεζικός υπάλληλος	5	68,60
	Στρατιωτικός	9	92,94
	Επιχειρηματίας	11	93,18
	Συνταξιούχος	29	82,12
	Δεν εργάζεται	15	70,73
	Αναπηρικό επίδομα	3	54,83
	Άλλο	17	78,21
	Σύνολο	164	
Προστασία πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	44	73,48
	Ιδιωτικός υπάλληλος	31	81,55
	Τραπεζικός υπάλληλος	5	98,40
	Στρατιωτικός	9	99,50
	Επιχειρηματίας	11	60,64
	Συνταξιούχος	29	83,19
	Δεν εργάζεται	14	92,29
	Αναπηρικό επίδομα	3	104,83
	Άλλο	18	94,19
	Σύνολο	164	
Θύμα	Δημόσιος υπάλληλος	44	87,17
	Ιδιωτικός υπάλληλος	31	102,65
	Τραπεζικός υπάλληλος	5	99,60
	Στρατιωτικός	9	70,17
	Επιχειρηματίας	11	45,50
	Συνταξιούχος	30	102,55
	Δεν εργάζεται	15	57,53
	Αναπηρικό επίδομα	3	90,50
	Άλλο	19	61,55
	Σύνολο	167	
Θύτης	Δημόσιος υπάλληλος	43	74,03
	Ιδιωτικός υπάλληλος	33	98,23
	Τραπεζικός υπάλληλος	5	137,90
	Στρατιωτικός	9	78,94
	Επιχειρηματίας	11	62,73
	Συνταξιούχος	30	82,03
	Δεν εργάζεται	15	91,97

	Αναπηρικό επίδομα	3	93,17
	Άλλο	19	82,16
	Σύνολο	168	

- Έλεγχος διαφοράς μέσω των όρων υποκλιμάκων με ανεξάρτητη μεταβλητή την οικογενειακή κατάσταση της μητέρας

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 48) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και την οικογενειακή κατάσταση της μητέρας δεν έδωσε κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην φροντίδα της μητέρας, στην προστασία της μητέρας, στην φροντίδα του πατέρα, στην προστασία του πατέρα, στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύμα και στο πόσο συχνά γίνεται θύτης σχολικού εκφοβισμού. Οπότε σε αυτές τις υποκλίμακες ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση της μητέρας δεν παίζει κανένα ρόλο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 48: KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Test Statistics ^{a,b}						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Chi-Square	1,501	,657	3,825	3,008	5,937	5,359
df	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,826	,956	,430	,556	,204	,252
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grouping Variable: Οικογενειακή κατάσταση μητέρας						

ΠΙΝΑΚΑΣ 49: RANKS KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Ranks			
	Οικογενειακή κατάσταση μητέρας	N	Mean Rank
Φροντίδα μητέρας	Παντρεμένη	145	82,71
	Διαζευγμένη	11	90,09
	Σε διάσταση	2	50,25
	Ξαναπαντρεμένη	2	72,75
	Δεν ζει / απεβίωσε	5	92,90
	Σύνολο	165	

Προστασία μητέρας	Παντρεμένη	144	83,02
	Διαζευγμένη	11	79,68
	Σε διάσταση	2	98,75
	Ξαναπαντρεμένη	2	71,75
	Δεν ζει / απεβίωσε	5	71,60
	Σύνολο	164	
Φροντίδα πατέρα	Παντρεμένη	145	81,32
	Διαζευγμένη	11	76,41
	Σε διάσταση	1	88,50
	Ξαναπαντρεμένη	2	126,00
	Δεν ζει / απεβίωσε	5	111,40
	Σύνολο	164	
Προστασία πατέρα	Παντρεμένη	146	80,50
	Διαζευγμένη	10	94,45
	Σε διάσταση	1	125,00
	Ξαναπαντρεμένη	2	87,25
	Δεν ζει / απεβίωσε	5	106,60
	Σύνολο	164	
Θύμα	Παντρεμένη	146	87,01
	Διαζευγμένη	12	61,29
	Σε διάσταση	2	30,00
	Ξαναπαντρεμένη	2	75,75
	Δεν ζει / απεβίωσε	5	75,60
	Σύνολο	167	
Θύτης	Παντρεμένη	147	85,56
	Διαζευγμένη	12	68,58
	Σε διάσταση	2	139,75
	Ξαναπαντρεμένη	2	98,75
	Δεν ζει / απεβίωσε	5	63,70
	Σύνολο	168	

- Έλεγχος διαφοράς μέσω των όρων υποκλιμάκων με ανεξάρτητη μεταβλητή την οικογενειακή κατάσταση του πατέρα

Το Kruskal Wallis Test (Πίνακας 50) ανάμεσα στις 6 υποκλίμακες και την οικογενειακή κατάσταση του πατέρα δεν έδωσε κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην φροντίδα της μητέρας, στην προστασία της μητέρας, στην

φροντίδα του πατέρα, στην προστασία του πατέρα στο πόσο συχνά γίνεται κάποιος θύμα και στο πόσο συχνά γίνεται θύτης σχολικού εκφοβισμού. Οπότε σε αυτές τις υποκλίμακες ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση του πατέρα δεν παίζει κανένα ρόλο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 50: KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ

Test Statistics ^{a,b}						
	Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Chi-Square	,907	1,488	,736	2,747	5,645	2,751
df	4	4	4	4	4	4
Asymp.Sig.	,924	,829	,947	,601	,227	,600
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grouping Variable: Οικογενειακή κατάσταση πατέρα						

ΠΙΝΑΚΑΣ 51: RANKS KRUSKAL WALLIS TEST ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ

Ranks			
	Οικογενειακή κατάσταση πατέρα	N	Mean Rank
Φροντίδα μητέρας	Παντρεμένος	142	82,39
	Διαζευγμένος	8	95,94
	Σε διάσταση	1	66,50
	Ξαναπαντρεμένος	7	89,07
	Δεν ζει / απεβίωσε	8	88,06
	Σύνολο	166	
Προστασία μητέρας	Παντρεμένος	141	83,00
	Διαζευγμένος	8	86,63
	Σε διάσταση	1	122,50
	Ξαναπαντρεμένος	7	69,50
	Δεν ζει / απεβίωσε	7	75,00
	Σύνολο	164	
Φροντίδα πατέρα	Παντρεμένος	142	83,10
	Διαζευγμένος	7	94,21
	Σε διάσταση	1	88,50
	Ξαναπαντρεμένος	7	73,36

	Δεν ζει / απεβίωσε	8	79,25
	Σύνολο	165	
Προσασία πατέρα	Παντρεμένος	142	80,78
	Διαζευγμένος	7	89,71
	Σε διάσταση	1	126,00
	Ξαναπαντρεμένος	7	96,86
	Δεν ζει / απεβίωσε	8	99,00
	Σύνολο	165	
Θύμα	Παντρεμένος	144	87,08
	Διαζευγμένος	8	57,88
	Σε διάσταση	1	26,50
	Ξαναπαντρεμένος	7	91,93
	Δεν ζει / απεβίωσε	8	65,38
	Σύνολο	168	
Θύτης	Παντρεμένος	145	85,64
	Διαζευγμένος	8	69,88
	Σε διάσταση	1	149,50
	Ξαναπαντρεμένος	7	80,86
	Δεν ζει / απεβίωσε	8	84,06
	Σύνολο	169	

8.6. Συσχέτιση υποκλιμάκων

Προκειμένου να ελεγχθούν οι συσχετίσεις των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ) με τις υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) για κάθε ομάδα του δείγματος χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Spearman Rho. Χρησιμοποιήθηκε το συγκεκριμένο τεστ διότι δεν έχουμε 2 τουλάχιστον υποκλίμακες με κανονική κατανομή (όπως διαπιστώθηκε και από το τεστ κανονικότητας παραπάνω) σε κάθε ομάδα του δείγματος για να χρησιμοποιηθεί παραμετρικό τεστ και υπάρχει μόνο μία υποκλίμακα με κανονική κατανομή, αυτή της φροντίδας τους πατέρα. Αν είχαμε δύο τουλάχιστον υποκλίμακες με κανονική κατανομή, τότε το καταλληλότερο κριτήριο γι' αυτές τις δύο υποκλίμακες θα ήταν ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson's r (ή όσες άλλες υπήρχαν με κανονική κατανομή). Στην παρούσα περίπτωση, όμως, έχουμε μόνο μια υποκλίμακα με κανονική κατανομή και όλες οι υπόλοιπες ακολουθούν την μη κανονική

κατανομή οπότε το πιο κατάλληλο κριτήριο για τη συσχέτιση όλων των υποκλιμάκων είναι ο συντελεστής Spearman rho. Αξίζει να αναφερθεί ότι η θετική συσχέτιση αντιστοιχεί σε ανάλογη μεταβολή των μεταβλητών, ενώ η αρνητική συσχέτιση αντιστοιχεί σε αντιστρόφως ανάλογη μεταβολή των μεταβλητών.

8.6.1. Συσχέτιση υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους (PEQ) με τις υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) για τα άτομα χωρίς αναπηρία

Σύμφωνα με τον Πίνακα 52 στα άτομα χωρίς αναπηρία:

- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.001$, Spearman Rho= -0.494) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της προστασίας της μητέρας, που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, αλλά με μέτριο βαθμό, η προστασία της.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.00$, Spearman Rho= 0.522) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της φροντίδας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας, τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, και η φροντίδα του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.003$, Spearman Rho= -0.442) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μικρή συσχέτιση** ($\text{sig}=0.032$, Spearman Rho= -0.331) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και με το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική ασθενής συσχέτιση** ($\text{sig}=0.024$, Spearman Rho= -0.347) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και της φροντίδας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, η φροντίδα του πατέρα.

- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** (**sig= 0.000**, Spearman Rho= 0,573) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μεγαλώνει με μέτριο βαθμό η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική μέτρια ασθενής συσχέτιση** (**sig= 0.007**, Spearman Rho= 0.421) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και με το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας, τόσο μεγαλώνει με μικρό βαθμό το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** (**sig= 0.024**, Spearman Rho= -0.336) μεταξύ της φροντίδας του πατέρα και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μέτριο βαθμό η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** (**sig= 0.014**, Spearman Rho= 0.371) μεταξύ της προστασίας του πατέρα και με το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η προστασία του πατέρα τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** (**sig= 0.000**, Spearman Rho= 0.541) μεταξύ του πόσο συχνά γίνεται θύμα σχολικού εκφοβισμού κάποιος από τους ερωτώμενους με το πόσο συχνά ασκεί ο ίδιος σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο πιο συχνά γίνεται κάποιος θύμα σχολικού, τόσο συχνά, με μικρό βαθμό, ο ίδιος θα ασκήσει σχολικό εκφοβισμό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 52: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΩΝ 6 ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Correlations								
		Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης	
Spearman's rho	Φροντίδα μητέρας	Correlation Coefficient	1,000	-,494**	,522**	-,442**	-,331*	-,268
		Sig. (2-tailed)	.	,001	,000	,003	,032	,078
		N	44	41	44	44	42	44

	Προστασία μητέρας	Correlation Coefficient	-,494**	1,000	-,347*	,573**	,421**	,103
		Sig. (2-tailed)	,001	.	,024	,000	,007	,515
		N	41	42	42	42	40	42
	Φροντίδα πατέρα	Correlation Coefficient	,522**	-,347*	1,000	-,336*	-,254	-,209
		Sig. (2-tailed)	,000	,024	.	,024	,100	,169
		N	44	42	45	45	43	45
	Προστασία πατέρα	Correlation Coefficient	-,442**	,573**	-,336*	1,000	,371*	,093
		Sig. (2-tailed)	,003	,000	,024	.	,014	,542
		N	44	42	45	45	43	45
	Εύμα	Correlation Coefficient	-,331*	,421**	-,254	,371*	1,000	,541**
		Sig. (2-tailed)	,032	,007	,100	,014	.	,000
		N	42	40	43	43	44	44
	Εύτης	Correlation Coefficient	-,268	,103	-,209	,093	,541**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,078	,515	,169	,542	,000	.
		N	44	42	45	45	44	46
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								

8.6.2. Συσχέτιση υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ) με τις υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) για τα άτομα με τύφλωση

Σύμφωνα με τον Πίνακα 53 στα άτομα με τύφλωση:

- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.002$, Spearman Rho= -0.505) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της προστασίας της μητέρας, που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, αλλά με μέτριο βαθμό, η προστασία της.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.003$, Spearman Rho= 0.488) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της φροντίδας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας, τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, και η φροντίδα του πατέρα.

- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** (**sig= 0.000**, Spearman Rho= -0.566) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** (**sig= 0.003**, Spearman Rho= -0.494) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και της φροντίδας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μικραίνει με μικρό βαθμό η φροντίδα του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** (**sig= 0.000**, Spearman Rho= 0,660) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μεγαλώνει με μέτριο βαθμό η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική ισχυρή συσχέτιση** (**sig= 0.000**, Spearman Rho= -0.774) μεταξύ της φροντίδας του πατέρα και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με δυνατό βαθμό η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική ασθενής συσχέτιση** (**sig= 0.025**, Spearman Rho= -0.379) μεταξύ της φροντίδας του πατέρα και με το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική ασθενής συσχέτιση** (**sig= 0.019**, Spearman Rho= -0.393) μεταξύ της φροντίδας του πατέρα και με το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική ασθενής συσχέτιση** (**sig= 0.038**, Spearman Rho= 0.347) μεταξύ της προστασίας του πατέρα και με το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολική βία, που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η προστασία του πατέρα τόσο μεγαλώνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 53: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΩΝ 6 ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΤΥΦΛΩΣΗ

Correlations								
			Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Spearman's rho	Φροντίδα μητέρας	Correlation Coefficient	1,000	-,505**	,488**	-,566**	-,168	-,160
		Sig. (2-tailed)	.	,002	,003	,000	,334	,359
		N	35	34	34	35	35	35
	Προστασία μητέρας	Correlation Coefficient	-,505**	1,000	-,494**	,660**	-,039	,323
		Sig. (2tailed)	,002	.	,003	,000	,825	,058
		N	34	35	34	35	35	35
	Φροντίδα πατέρα	Correlation Coefficient	,488**	-,494**	1,000	-,774**	-,379*	-,393*
		Sig. (2-tailed)	,003	,003	.	,000	,025	,019
		N	34	34	35	35	35	35
	Προστασία πατέρα	Correlation Coefficient	-,566**	,660**	-,774**	1,000	,347*	,271
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,038	,110
		N	35	35	35	36	36	36
	Θύμα	Correlation Coefficient	-,168	-,039	-,379*	,347*	1,000	,289
		Sig. (2-tailed)	,334	,825	,025	,038	.	,087
		N	35	35	35	36	36	36
	Θύτης	Correlation Coefficient	-,160	,323	-,393*	,271	,289	1,000
		Sig. (2-tailed)	,359	,058	,019	,110	,087	.
		N	35	35	35	36	36	36

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

8.6.3. Συσχέτιση υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ) με τις υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) για τα άτομα με κώφωση

Σύμφωνα με τον Πίνακα 54 στα άτομα με κώφωση:

- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική ισχυρή συσχέτιση** ($\text{sig}=0.000$, Spearman Rho= -0.636) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της προστασίας της μητέρας, που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, αλλά σε μεγάλο βαθμό, η προστασία της.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.015$, Spearman Rho= 0.396) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της φροντίδας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας, τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, και η φροντίδα του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.005$, Spearman Rho= -0.453) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, με μέτριο βαθμό, η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.008$, Spearman Rho= -0.431) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και της φροντίδας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μικραίνει, με μέτριο βαθμό, η φροντίδα του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.003$, Spearman Rho= 0,474) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική ισχυρή συσχέτιση** ($\text{sig}=0.000$, Spearman Rho= -0.602) μεταξύ της φροντίδας του πατέρα και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μεγάλο βαθμό, η προστασία του πατέρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 54: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΩΝ 6 ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ

Correlations								
			Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Spearman's rho	Φροντίδα μητέρας	Correlation Coefficient	1,000	-,636**	,396*	-,453**	-,197	-,164
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,015	,005	,237	,324
		N	38	38	37	37	38	38

Προστασία μητέρας	Correlation Coefficient	-,636**	1,000	-,431**	,474**	,005	,184
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,008	,003	,976	,270
	N	38	38	37	37	38	38
Φροντίδα πατέρα	Correlation Coefficient	,396*	-,431**	1,000	-,602**	-,137	-,018
	Sig. (2-tailed)	,015	,008	.	,000	,420	,915
	N	37	37	37	37	37	37
Προστασία πατέρα	Correlation Coefficient	-,453**	,474**	-,602**	1,000	,116	,086
	Sig. (2-tailed)	,005	,003	,000	.	,493	,613
	N	37	37	37	37	37	37
Θύμα	Correlation Coefficient	-,197	,005	-,137	,116	1,000	,150
	Sig. (2-tailed)	,237	,976	,420	,493	.	,368
	N	38	38	37	37	38	38
Θύτες	Correlation Coefficient	-,164	,184	-,018	,086	,150	1,000
	Sig. (2-tailed)	,324	,270	,915	,613	,368	.
	N	38	38	37	37	38	38
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).							
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).							

8.6.4. Συσχέτιση υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ) με τις υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) για τα άτομα με κινητική αναπηρία

Σύμφωνα με τον Πίνακα 55 στα άτομα με κινητική αναπηρία:

- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig} = 0.000$, Spearman $Rho = -0.585$) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της προστασίας της μητέρας, που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, αλλά με μέτριο βαθμό, η προστασία της.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig} = 0.005$, Spearman $Rho = 0.403$) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της φροντίδας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας, τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, και η φροντίδα του πατέρα.

- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική ασθενής συσχέτιση** (**sig= 0.021**, Spearman Rho= -0.333) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και με το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η φροντίδας της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική ασθενής συσχέτιση** (**sig= 0.037**, Spearman Rho= -0.305) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μεγαλώνει, με μικρό βαθμό, η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μικρή συσχέτιση** (**sig= 0.050**, Spearman Rho= -0.285) μεταξύ της φροντίδας του πατέρα και το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 55: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΩΝ 6 ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Correlations								
			Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης
Spearman's rho	Φροντίδα μητέρας	Correlation Coefficient	1,000	-,585**	,403**	-,142	-,076	-,333*
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,005	,342	,606	,021
		N	49	49	47	47	49	48
	Προστασία μητέρας	Correlation Coefficient	-,585**	1,000	-,227	,305*	-,136	,181
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,126	,037	,352	,218
		N	49	49	47	47	49	48
	Φροντίδα πατέρα	Correlation Coefficient	,403**	-,227	1,000	-,247	-,285*	-,142
		Sig. (2-tailed)	,005	,126	.	,094	,050	,342
		N	47	47	48	47	48	47
	Προστασία πατέρα	Correlation Coefficient	-,142	,305*	-,247	1,000	-,121	-,076
		Sig. (2-tailed)	,342	,037	,094	.	,417	,618
		N	47	47	47	47	47	46

	Θύμα	Correlation Coefficient	-,076	-,136	-,285*	-,121	1,000	,004
		Sig. (2-tailed)	,606	,352	,050	,417	.	,978
		N	49	49	48	47	50	49
	Θύτης	Correlation Coefficient	-,333*	,181	-,142	-,076	,004	1,000
		Sig. (2-tailed)	,021	,218	,342	,618	,978	.
		N	48	48	47	46	49	49
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								

8.6.5. Συσχέτιση υποκλιμάκων για όλο το δείγμα

Σύμφωνα με τον Πίνακα 56 σε όλο το δείγμα της έρευνας:

- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** (**sig= 0.00**, Spearman Rho= -0.546) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της προστασίας της μητέρας που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, αλλά με μέτριο βαθμό, η προστασία της.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** (**sig= 0.00**, Spearman Rho= 0.433) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της φροντίδας του πατέρα που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας, τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, και η φροντίδα του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μικρή συσχέτιση** (**sig= 0.00**, Spearman Rho= -0.374) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μικρή συσχέτιση** (**sig= 0.003**, Spearman Rho= -0.234) μεταξύ της φροντίδας της μητέρας και με το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολική βία, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική ασθενής συσχέτιση** (**sig= 0.00**, Spearman Rho= -0.352) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και

της φροντίδας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μικραίνει με μικρό βαθμό η φροντίδα του πατέρα.

- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.00$, Spearman Rho= 0,474) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μεγαλώνει με μέτριο βαθμό η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική ασθενής συσχέτιση** ($\text{sig}=0.007$, Spearman Rho= 0.210) μεταξύ της προστασίας της μητέρας και με το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας, τόσο μεγαλώνει με μικρό βαθμό το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.000$, Spearman Rho= -0.481) μεταξύ της φροντίδας του πατέρα και της προστασίας του πατέρα, που σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μέτριο βαθμό η προστασία του πατέρα.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική μέτρια συσχέτιση** ($\text{sig}=0.001$, Spearman Rho= -0.266) μεταξύ της φροντίδας του πατέρα και με το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μέτριο βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική αρνητική ασθενής συσχέτιση** ($\text{sig}=0.037$, Spearman Rho= -0.163) μεταξύ της φροντίδας του πατέρα και με το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η φροντίδα του πατέρα, τόσο μικραίνει, με ασθενή βαθμό, το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική ασθενής συσχέτιση** ($\text{sig}=0.038$, Spearman Rho= 0.163) μεταξύ της προστασίας του πατέρα και με το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η προστασία του πατέρα τόσο μεγαλώνει, με ασθενή ρυθμό το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.
- ❖ Παρουσιάζεται μια **στατιστικά σημαντική θετική ασθενής συσχέτιση** ($\text{sig}=0.006$, Spearman Rho= 0.211) μεταξύ του πόσο συχνά γίνεται θύμα σχολικού

εκφοβισμού κάποιος από τους ερωτώμενους με το πόσο συχνά ασκεί ο ίδιος σχολικό εκφοβισμό, που σημαίνει ότι όσο πιο συχνά γίνεται κάποιος θύμα σχολικού εκφοβισμού, τόσο συχνά με μικρό βαθμό ο ίδιος θα ασκήσει σχολικό εκφοβισμό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 56: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΩΝ 6 ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

			Correlations						
			Φροντίδα μητέρας	Προστασία μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Προστασία πατέρα	Θύμα	Θύτης	
Spearman's rho	Φροντίδα μητέρας	Correlation Coefficient	1,000	-,546**	,433**	-,374**	-,152	-,234**	
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,052	,003	
		N	166	162	162	163	164	165	
	Προστασία μητέρας	Correlation Coefficient	-,546**	1,000	-,352**	,474**	,039	,210**	
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,621	,007	
		N	162	164	160	161	162	163	
	Φροντίδα πατέρα	Correlation Coefficient	,433**	-,352**	1,000	-,481**	-,266**	-,163*	
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,001	,037	
		N	162	160	165	164	163	164	
	Προστασία πατέρα	Correlation Coefficient	-,374**	,474**	-,481**	1,000	,163*	,048	
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,038	,541	
		N	163	161	164	165	163	164	
	Θύμα	Correlation Coefficient	-,152	,039	-,266**	,163*	1,000	,211**	
		Sig. (2-tailed)	,052	,621	,001	,038	.	,006	
		N	164	162	163	163	168	167	
	Θύτης	Correlation Coefficient	-,234**	,210**	-,163*	,048	,211**	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,003	,007	,037	,541	,006	.	
		N	165	163	164	164	167	169	
	**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
	*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								

8.7. Αποτελέσματα παλινδρόμησης

Ο στατιστική ανάλυση που εξετάζει τη σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών με απώτερο στόχο την πρόβλεψη μιας από αυτές μέσω των άλλων είναι η ανάλυση παλινδρόμησης (regression analysis). Το συγκεκριμένο στατιστικό κριτήριο σχετίζεται άμεσα με τον συντελεστή συσχέτισης. Η παλινδρόμηση στην οποία υπάρχει μόνο μία ανεξάρτητη μεταβλητή ονομάζεται απλή παλινδρόμηση (simple regression), ενώ αν υπάρχουν περισσότερες από μία ανεξάρτητες μεταβλητές ονομάζεται πολλαπλή παλινδρόμηση (multiple regression). Αν η σχέση των μεταβλητών που μελετώνται είναι ευθύγραμμη, τότε μιλάμε για ευθύγραμμη παλινδρόμηση (linear regression), ενώ αν είναι καμπυλόγραμμη, τότε μιλάμε για καμπυλόγραμμη παλινδρόμηση (curvilinear regression). Για να εξεταστεί η επίδραση των τεσσάρων υποκλιμάκων του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) (φροντίδα μητέρας, προστασία μητέρας, φροντίδα πατέρα, προστασία πατέρα) στις δύο υποκλίμακες του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους (PEQ) (θυματοποίηση εαυτού/θύμα σχολικού εκφοβισμού, θυματοποίηση άλλου/θύτης σχολικού εκφοβισμού) πραγματοποιήθηκε μια σειρά από παλινδρομήσεις. Ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν κάθε φορά μια από τις υποκλίμακες τους Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI), ενώ εξαρτημένη ήταν κάθε φορά μια από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους (PEQ). Από τις υποκλίμακες τους Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) χρησιμοποιήθηκαν η φροντίδα μητέρας, φροντίδα πατέρα και προστασία πατέρα για να εντοπιστεί η επίδρασή τους στην εξαρτημένη μεταβλητή θύμα σχολικού εκφοβισμού και μόνο οι υποκλίμακες φροντίδα μητέρας και φροντίδα πατέρα προκειμένου να εντοπιστεί η επίδρασή τους στην εξαρτημένη μεταβλητή θύτης σχολικού εκφοβισμού. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η αρνητική τιμή του συντελεστή B αντιστοιχεί σε αρνητική επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής (αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας) στην εξαρτημένη μεταβλητή, ενώ η θετική τιμή του συντελεστή B αντιστοιχεί σε θετική επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής (θετικός προβλεπτικός παράγοντας) στην εξαρτημένη μεταβλητή.

8.7.1. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύμα σχολικού εκφοβισμού

8.7.1.1. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύμα σχολικού εκφοβισμού για όλο το δείγμα

Εισάγοντας όλες τις μεταβλητές στο μοντέλο της παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι η μόνη μεταβλητή που συνεισφέρει στην πρόβλεψη του θύματος σχολικού εκφοβισμού είναι η φροντίδα του πατέρα (sig= 0,012). Από τη στήλη με τίτλο B, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η μεταβλητή φροντίδα πατέρα επιδρά αρνητικά στη μεταβλητή κριτήριο (B= -0,26). Το εκτιμώμενο μοντέλο υποδεικνύει ότι όταν η φροντίδα του πατέρα είναι αυξημένη κατά μία μονάδα και όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές, τότε η θυματοποίηση αναμένεται να είναι μειωμένη κατά 0,26 μονάδες. Από το μοντέλο παλινδρόμησης προέκυψε ακόμα ότι το 11,7% της συνολικής διακύμανσης της μεταβλητής θύμα σχολικού εκφοβισμού (εξαρτημένη μεταβλητή) εξηγείται από την φροντίδα του πατέρα (Πίνακας 58).

ΠΙΝΑΚΑΣ 58: ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΘΥΜΑ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Εξαρτημένη μεταβλητή: Θύμα σχολικού εκφοβισμού						
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	33,321	5,031		6,623	,000
	Φροντίδα μητέρας	-,236	,125	-,193	-1,887	,061
	Προστασία μητέρας	-,165	,104	-,162	-1,585	,115
	Φροντίδα πατέρα	-,264	,104	-,235	-2,540	,012
	Προστασία πατέρα	,088	,103	,080	,850	,397
	R= 342 ^a	R ² = ,117	Adjusted R ² = ,094	Std. Error of the Estimate= 8,40864		

8.7.1.2. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύμα σχολικού εκφοβισμού για τα άτομα χωρίς αναπηρία

Εισάγοντας όλες τις μεταβλητές στο μοντέλο της παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι η μόνη μεταβλητή που συνεισφέρει στην πρόβλεψη του θύματος σχολικού εκφοβισμού είναι η προστασία της μητέρας (sig= 0,002). Από τη στήλη με τίτλο B, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η μεταβλητή προστασία μητέρας επιδρά θετικά στη μεταβλητή κριτήριο (B= 0,50). Το εκτιμώμενο μοντέλο υποδεικνύει ότι όταν η προστασία της μητέρας είναι αυξημένη κατά μία μονάδα και όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές, τότε η θυματοποίηση αναμένεται να είναι αυξημένη κατά 0,50 μονάδες. Από το μοντέλο παλινδρόμησης προέκυψε ακόμα ότι το 33,2% της συνολικής διακύμανσης της μεταβλητής θύμα σχολικού εκφοβισμού (εξαρτημένη μεταβλητή) εξηγείται από την προστασία της μητέρας (Πίνακας 59).

ΠΙΝΑΚΑΣ 59: ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΘΥΜΑ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Εξαρτημένη μεταβλητή: Θύμα σχολικού εκφοβισμού						
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	7,245	6,246		1,160	,254
	Φροντίδα μητέρας	,133	,189	,137	,702	,488
	Προστασία μητέρας	,502	,147	,612	3,414	,002
	Φροντίδα πατέρα	-,078	,115	-,115	-,678	,503
	Προστασία πατέρα	-,019	,155	-,023	-,123	,903
	R= ,576 ^a	R ² = ,332	Adjusted R ² = ,253	Std. Error of the Estimate= 4,49137		

8.7.1.3. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύμα σχολικού εκφοβισμού για τα άτομα με αναπηρία

Εισάγοντας όλες τις μεταβλητές στο μοντέλο της παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι οι μεταβλητές που συνεισφέρουν στην πρόβλεψη του θύματος σχολικού

εκφοβισμού είναι η φροντίδα της μητέρας (sig= 0,014), η προστασία της μητέρας (sig= 0,011) και η φροντίδα του πατέρα (sig= 0,004). Από τη στήλη με τίτλο B, εξάγεται το συμπέρασμα ότι όλες οι παραπάνω μεταβλητές επιδρούν αρνητικά ($B_{\text{φροντίδα μητέρας}} = -0,35$, $B_{\text{προστασία μητέρας}} = -0,30$, $B_{\text{φροντίδα πατέρα}} = -0,36$ στη μεταβλητή κριτήριο (θύμα σχολικού εκφοβισμού). Το εκτιμώμενο μοντέλο υποδεικνύει ότι όταν η φροντίδα της μητέρας είναι αυξημένη κατά μία μονάδα και όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές, τότε η θυματοποίηση αναμένεται να είναι μειωμένη κατά 0,35 μονάδες. Επιπλέον, προκύπτει ότι όταν η προστασία της μητέρας είναι αυξημένη κατά μία μονάδα και όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές, τότε η θυματοποίηση αναμένεται να είναι μειωμένη κατά 0,30 μονάδες. Τέλος, όταν η φροντίδα του πατέρα είναι αυξημένη κατά μία μονάδα και όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές, τότε η θυματοποίηση αναμένεται να είναι μειωμένη κατά 0,36 μονάδες. Από το μοντέλο παλινδρόμησης προέκυψε ακόμα ότι το 16,3% της συνολικής διακύμανσης της μεταβλητής θύμα σχολικού εκφοβισμού (εξαρτημένη μεταβλητή) εξηγείται από την φροντίδα του πατέρα, την φροντίδα της μητέρας και την προστασία της μητέρας (Πίνακας 60).

ΠΙΝΑΚΑΣ 60: ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΘΥΜΑ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Εξαρτημένη μεταβλητή: Θύμα σχολικού εκφοβισμού						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	43,014	5,895		7,297	,000
	Φροντίδα μητέρας	-,347	,139	-,289	-2,495	,014
	Προστασία μητέρας	-,303	,117	-,302	-2,593	,011
	Φροντίδα πατέρα	-,362	,124	-,310	-2,920	,004
	Προστασία πατέρα	,004	,117	,003	,032	,975
R= 404 ^a		R²= ,163	Adjusted R ² = ,133	Std. Error of the Estimate= 8,65999		

8.7.2. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύτη σχολικού εκφοβισμού

8.7.2.1. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύτη σχολικού εκφοβισμού για όλο το δείγμα

Εισάγοντας όλες τις μεταβλητές στο μοντέλο της παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι καμία μεταβλητή δεν συνεισφέρει στην πρόβλεψη του θύτη σχολικού εκφοβισμού για τα άτομα του συνολικού δείγματος (Πίνακας 64).

ΠΙΝΑΚΑΣ 61: ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΘΥΜΑ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Εξαρτημένη μεταβλητή: Θύτης σχολικού εκφοβισμού						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	17,299	3,313		5,221	,000
	Φροντίδα μητέρας	-,123	,083	-,154	-1,486	,139
	Προστασία μητέρας	-,007	,068	-,011	-,110	,913
	Φροντίδα πατέρα	-,078	,068	-,109	-1,151	,251
	Προστασία πατέρα	,021	,067	,030	,314	,754
	R= 231 ^a	R ² = ,053	Adjusted R ² = ,028	Std. Error of the Estimate= 5,51097		

8.7.2.2. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύτη σχολικού εκφοβισμού για τα άτομα χωρίς αναπηρία

Εισάγοντας όλες τις μεταβλητές στο μοντέλο της παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι η μόνη μεταβλητή που συνεισφέρει στην πρόβλεψη του θύτη σχολικού εκφοβισμού είναι η προστασία της μητέρας (sig= 0,023). Από τη στήλη με τίτλο B, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η μεταβλητή προστασία μητέρας επιδρά θετικά στη μεταβλητή κριτήριο (B= 0,33). Το εκτιμώμενο μοντέλο υποδεικνύει ότι όταν η προστασία της μητέρας είναι αυξημένη κατά μία μονάδα και όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές

παραμένουν σταθερές, τότε η άσκηση εκφοβιστικών συμπεριφορών αναμένεται να είναι αυξημένη κατά 0,33 μονάδες. Από το μοντέλο παλινδρόμησης προέκυψε ακόμα ότι το 17,6% της συνολικής διακύμανσης της μεταβλητής θύτης σχολικού εκφοβισμού (εξαρτημένη μεταβλητή) εξηγείται από την προστασία της μητέρας (Πίνακας 65).

ΠΙΝΑΚΑΣ 62: ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΘΥΤΗ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Εξαρτημένη μεταβλητή: Θύτης σχολικού εκφοβισμού						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8,623	5,604		1,539	,133
	Φροντίδα μητέρας	,151	,169	,183	,894	,377
	Προστασία μητέρας	,328	,138	,453	2,384	,023
	Φροντίδα πατέρα	-,118	,107	-,201	-1,108	,275
	Προστασία πατέρα	-,229	,139	-,313	-1,652	,107
R= 420 ^a		R ² = ,176	Adjusted R ² = ,085		Std. Error of the Estimate= 4,29942	

8.7.2.3. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θύτη σχολικού εκφοβισμού για τα άτομα με αναπηρία

Εισάγοντας όλες τις μεταβλητές στο μοντέλο της παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι η μόνη μεταβλητή που συνεισφέρει στην πρόβλεψη του θύτη σχολικού εκφοβισμού είναι η φροντίδα της μητέρας (sig= 0,039). Από τη στήλη με τίτλο B, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η μεταβλητή φροντίδα μητέρας επιδρά αρνητικά στη μεταβλητή κριτήριο (B= -0,20). Το εκτιμώμενο μοντέλο υποδεικνύει ότι όταν η φροντίδα της μητέρας είναι αυξημένη κατά μία μονάδα και όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές, τότε η άσκηση εκφοβιστικών συμπεριφορών αναμένεται να είναι μειωμένη κατά 0,20 μονάδες. Από το μοντέλο παλινδρόμησης προέκυψε ακόμα ότι το 7,8% της συνολικής διακύμανσης της μεταβλητής θύμα σχολικού εκφοβισμού (εξαρτημένη μεταβλητή) εξηγείται από την φροντίδα της μητέρας (Πίνακας 66).

ΠΙΝΑΚΑΣ 63: ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟ ΘΥΤΗ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Εξαρτημένη μεταβλητή: Θύτης σχολικού εκφοβισμού						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	19,827	4,016		4,937	,000
	Φροντίδα μητέρας	-,198	,095	-,251	-2,086	,039
	Προστασία μητέρας	-,076	,078	-,119	-,972	,333
	Φροντίδα πατέρα	-,069	,083	-,092	-,834	,406
	Προστασία πατέρα	,056	,078	,081	,721	,472
	R= 280 ^a	R ² = ,078	Adjusted R ² = ,045	Std. Error of the Estimate= 5,79249		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πρωταρχικός σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο η γονεϊκή προσκόλληση των ατόμων με αναπηρία (τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία) τα καθιστά θύτες ή θύματα σχολικού εκφοβισμού καθώς και να αναδειχθεί η επίδραση συγκεκριμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών στην έρευνα και, τέλος, να διεκπεραιωθεί σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Επιμέρους σκοποί της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της γονεϊκής προσκόλλησης των ατόμων με αναπηρία και χωρίς αναπηρία, καθώς και η εξέταση του εκφοβισμού και της θυματοποίησης σε άτομα με και χωρίς αναπηρία.

Σύμφωνα με τους τρεις πρώτους ερευνητικούς στόχους της έρευνας που ήταν να φανεί αν τα άτομα με αναπηρία δέχονται σχολικό εκφοβισμό και αν ασκούν σχολικό εκφοβισμό, και αν αυτό συνέβαινε να διεκπεραιωθεί σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία καθώς και να φανεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες της έρευνας αναφορικά με το αν γίνονται θύματα ή θύτες σχολικού εκφοβισμού προέκυψαν τα εξής: από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι αν κάποιος από τους ερωτώμενους έχει τύχει να ασκήσει εκφοβισμό στο σχολείο εξαρτάται από το είδος της αναπηρίας. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι λιγότερα άτομα με κινητική αναπηρία έχουν ασκήσει βία στο σχολείο από το αναμενόμενο, ενώ περισσότερα άτομα με τύφλωση και κώφωση έχουν ασκήσει εκφοβισμό στο σχολείο από αυτά που αναμενόταν, καθώς κάποιος θα περίμενε ότι τα άτομα με αναπηρία δε θα ασκούσαν τόσο συχνά σχολικό εκφοβισμό και θα θυματοποιούνταν κατά κύριο λόγο. Αναφορικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία, ασκούσαν εκφοβιστικές συμπεριφορές όσα άτομα αναμενόταν. Όπως αναμενόταν τα άτομα με αναπηρία θυματοποιούνται συχνότερα συγκριτικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να θυματοποιούνται συχνότερα, να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και στη συνέχεια τα άτομα με κώφωση. Επομένως επιτεύχθηκαν οι δύο πρώτοι στόχοι της έρευνας και αποδείχτηκε ότι τα άτομα με αναπηρία δέχονται και ασκούν σχολικό εκφοβισμό. Όπως προέκυψε από την παρούσα έρευνα, θύτες σχολικού εκφοβισμού γίνονται συχνότερα τα άτομα με τύφλωση και ακολουθούν τα άτομα κώφωση, στην επόμενη θέση είναι τα άτομα χωρίς αναπηρία και λιγότερο σχολικό εκφοβισμό ασκούν τα άτομα με κινητική αναπηρία. Ακόμα προέκυψε ότι συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού γίνονταν τα άτομα με τύφλωση, ακολουθούν τα άτομα με κινητική

αναπηρία, έπειτα έρχονται τα άτομα με κώφωση και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα άτομα χωρίς αναπηρία. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα άτομα με τύφλωση θυματοποιούνται και ασκούν σχολικό εκφοβισμό συχνότερα από όλες τις άλλες ομάδες που πήραν μέρος στην έρευνα (κωφοί, κινητικά ανάπηροι, άτομα χωρίς αναπηρία). Όπως φαίνεται παραπάνω τα άτομα με αναπηρία θυματοποιούνται συχνότερα συγκριτικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία, εύρημα που δεν φαντάζει διόλου παράξενο, καθώς η θυματοποίησή τους οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αναπηρία τους. Επιπλέον, θεωρείται εξαιρετικά ενδιαφέρον και απροσδόκητο το εύρημα ότι τα άτομα με τύφλωση και κώφωση ασκούν συχνότερα σχολικό εκφοβισμό από τα άτομα χωρίς αναπηρία. Ακόμα δεν θεωρείται καθόλου παράλογο να θυματοποιούνται συχνά τα άτομα με κινητική αναπηρία, λόγω του γεγονότος ότι η αναπηρία τους είναι πιο εμφανής τόσο από την τύφλωση όσο και από την κώφωση. Θα περίμενε κανείς επομένως να βρίσκονται στην πρώτη θέση και όχι μετά τα άτομα με τύφλωση. Επιπρόσθετα δε φαίνεται διόλου παράξενο το γεγονός ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία βρίσκονται στην τελευταία θέση αναφορικά με την άσκηση σχολικού εκφοβισμού, καθώς το είδος της αναπηρίας τους δεν τους επιτρέπει άμεσες μορφές εκφοβισμού και ίσως να ασκούν πιο έμμεσες μορφές εκφοβισμού.

Πιο αναλυτικά, όπως αναφέρθηκε παραπάνω στην παρούσα έρευνα τα άτομα με τύφλωση δέχονται σχολικό εκφοβισμό, το οποίο επιβεβαιώνεται κατά κάποιο τρόπο από κάποιες έρευνες (Buultjens et al., 2002· Rosenblum, 2000· Roy & Spinks, 2005) σύμφωνα με τις οποίες οι νέοι άνθρωποι με οπτική αναπηρία δέχονται και ασκούν σχολικό εκφοβισμό. Ωστόσο, αυτές οι έρευνες σύμφωνα με τους Pinguart & Pfeiffer (2011) δεν επιτρέπουν σύγκριση με άτομα χωρίς οπτική αναπηρία, κάτι το οποίο συντελείται στην παρούσα έρευνα καθώς βρέθηκε ότι τα άτομα με τύφλωση δέχονται και ασκούν περισσότερο σχολικό εκφοβισμό συγκριτικά με τα άτομα με χωρίς αναπηρία. Επιπλέον η έρευνα των Dane-Staples, Lieberman, Raticiff & Rounds (2013) έδειξε ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία είναι και θύτες και θύματα σχολικού εκφοβισμού. Η παραπάνω έρευνα εξέταζε κατά πόσο οι εκφοβιστικές συμπεριφορές ασκούνται από αθλητές και μη αθλητές με οπτική αναπηρία. Η έρευνα του Horwood et al. (2005) έδειξε ότι τα άτομα που φορούν γυαλιά έχουν μεγάλες πιθανότητες να θυματοποιηθούν, ενώ οι Nordhagen et al. (2005) βρήκαν ότι τα άτομα με κάποια οπτική αναπηρία έχουν αυξημένες πιθανότητες να γίνουν θύματα εκφοβισμού στο σχολείο. Σε αντίθεση με το εύρημα της παρούσας έρευνας ότι τα άτομα με τύφλωση ασκούν

συχνότερα σχολικό εκφοβισμό από τα άτομα χωρίς κάποια αναπηρία έρχεται η έρευνα των Piquart & Pfeiffer (2011), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία δεν είχαν περισσότερες πιθανότητες από τα βλέποντα άτομα να γίνουν θύτες σχολικού εκφοβισμού.

Υπάρχουν δύο έρευνες που αναφέρουν υψηλά επίπεδα θυματοποίησης των μαθητών με σοβαρή ακουστική απώλεια (Wauters & Knoors, 2008· Kouwenberg et al., 2012), γεγονός που επαληθεύεται και στην παρούσα έρευνα καθώς τόσο τα παιδιά με κώφωση όσο και με τα άλλα είδη αναπηριών δέχονται υψηλά επίπεδα σχολικού εκφοβισμού. Στον αντίποδα, στην έρευνα του Kent (2003) που είχε αποκλειστικά ως δείγμα μαθητές με βαρηκοΐα δεν εντοπίστηκε σοβαρή επικινδυνότητα θυματοποίησης. Αναφορικά με τα άτομα με κώφωση στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι θυματοποιούνται συχνότερα από τα άτομα χωρίς αναπηρία, κάτι που επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Piquart & Pfeiffer (2015), κατά την οποία οι κωφοί μαθητές θυματοποιούνταν πιο συχνά από τους ακούντες μαθητές, αλλά οι μεταξύ τους διαφορές ήταν πολύ μικρές. Ακόμα μια σειρά από συγκριτικές μελέτες κατέληξαν σε παρόμοια αποτελέσματα, σύμφωνα με τις οποίες τα παιδιά και έφηβοι με ακουστική αναπηρία αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα εκφοβισμού από τους ακούντες συνομηλίκους τους (Hodgdon, 2005· Brunnberg et al., 2008· Wauters & Knoors, 2008· Weiner et al., 2013· Theunissen et al., 2014). Εν αντιθέσει, μια άλλη σειρά συγκριτικών μελετών δεν συμφωνεί με τα παραπάνω ευρήματα, καθώς σε αυτές τις έρευνες διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι δεν αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα εκφοβισμού από τους ακούντες συνομηλίκους τους (Kent, 2003· Percy-Smith et al., 2008· Wauters & Knoors, 2008· Bauman & Pero, 2010· Theunissen et al., 2014). Στην έρευνα ακόμα των Piquart & Pfeiffer (2015) παρατηρήθηκε ότι οι μαθητές με ακουστική αναπηρία όσο και οι τυπικώς αναπτυσσόμενοι μαθητές αναφέρουν ότι ασκούν εκφοβιστικές συμπεριφορές με την ίδια συχνότητα, εύρημα το οποίο βρίσκεται σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα, καθώς σε αυτή την έρευνα παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με κώφωση ασκούν συχνότερα σχολικό εκφοβισμό από τα άτομα χωρίς αναπηρία. Εντούτοις, οι Percy-Smith et al. (2008) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μαθητές με κοχλιακό εμφύτευμα είχαν μικρότερες πιθανότητες να εκφοβίσουν συνομηλίκους τους από ότι οι ακούντες μαθητές, κάτι που αντικρούει τόσο την παρούσα έρευνα όσο και την έρευνα των Piquart & Pfeiffer (2015). Διάφορες έρευνες δεν έχουν εντοπίσει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό

ακουστικής απώλειας και στη θυματοποίηση (Fellinger et al., 2009· Kouwenberg et al., 2012· Theunissen et al., 2014).

Στα άτομα με κινητική αναπηρία συγκαταλέγονται πολλές κατηγορίες ατόμων όπως άτομα με εγκεφαλική παράλυση και με επιληψία αλλά και από ατυχήματα. Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν άτομα με διάφορες κινητικές αναπηρίες. Έρευνες του παρελθόντος έδειξαν ότι τα παιδιά και οι νέοι με εγκεφαλική παράλυση βιώνουν λεκτικό και σωματικό εκφοβισμό στο σχολείο (Lindsay & McPherson, 2012) και θυματοποιούνται συχνά στο σχολείο (Nadeau & Tessier, 2006), εύρημα που επαληθεύεται και στην παρούσα έρευνα, αλλά για το σύνολο των κινητικών αναπηριών και όχι μόνο για την εγκεφαλική παράλυση. Στην έρευνα των Yude et al. (1998) διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ημιπληγία είχαν λιγότερους φίλους και θυματοποιούνταν πιο συχνά από ότι τα παιδιά χωρίς εγκεφαλική παράλυση. Παρεμφερές εύρημα προέκυψε και στην παρούσα έρευνα, καθώς βρέθηκε ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία θυματοποιούνται συχνότερα από τα άτομα χωρίς αναπηρία. Υψηλά επίπεδα θυματοποίησης εμφανίζουν και τα άτομα με επιληψία (Wilde & Haslam, 1996), ένα άλλο είδος κινητικής αναπηρίας, επαληθεύοντας με αυτό τον τρόπο ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία θυματοποιούνται κατ' εξακολούθηση.

Σύμφωνα με τον τέταρτο και πέμπτο στόχο της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας σχετικά με τι είδους προσκόλληση με τους γονείς τους έχουν αναπτύξει οι πληθυσμιακές ομάδες του δείγματος και αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες της έρευνας αναφορικά με την γονεϊκή προσκόλληση προέκυψαν τα εξής:

Η φροντίδα της μητέρας είναι υψηλότερη στα άτομα χωρίς αναπηρία, για τα οποία ο μέσος όρος της συγκεκριμένης υποκλίμακας είναι 27,59 (εύρος τιμών 22, τυπική απόκλιση 5,30), ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία με μέσο όρο 27,16 (εύρος τιμών 31, τυπική απόκλιση 8,59), στη συνέχεια ακολουθούν τα άτομα με κώφωση με μέσο όρο 26,92 (εύρος τιμών 25, τυπική απόκλιση 6,03) και, τέλος, τα άτομα με τύφλωση με μέσο όρο 26,46 (εύρος τιμών 25, τυπική απόκλιση 8,04). Η προστασία της μητέρας είναι υψηλότερη στα άτομα με κινητική αναπηρία, για τα οποία ο μέσος όρος της συγκεκριμένης υποκλίμακας είναι 14,86 (εύρος τιμών 33, τυπική απόκλιση 9,71), ακολουθούν τα άτομα με τύφλωση με μέσο όρο 14,20 (εύρος τιμών 35, τυπική απόκλιση 10,02), στη συνέχεια τα άτομα με κώφωση με μέσο όρο 13,13

(εύρος τιμών 37, τυπική απόκλιση 7,66) και, τέλος, τα άτομα χωρίς αναπηρία με μέσο όρο 12,43 (εύρος τιμών 25, τυπική απόκλιση 6,13).

Η φροντίδα του πατέρα είναι υψηλότερη στα άτομα χωρίς αναπηρία, για τα οποία ο μέσος όρος της συγκεκριμένης υποκλίμακας είναι 24,56 (εύρος τιμών 26, τυπική απόκλιση 7,57) ακολουθούν τα άτομα με τύφλωση με μέσο όρο 24,03 (εύρος τιμών 32, τυπική απόκλιση 7,55), έπονται τα άτομα με κώφωση με μέσο όρο 23,03 (εύρος τιμών 32, τυπική απόκλιση 7,83) και, τέλος, τα άτομα με κινητική αναπηρία με μέσο όρο 22,92 (εύρος τιμών 35, τυπική απόκλιση 8,54). Η προστασία του πατέρα είναι υψηλότερη στα άτομα με κώφωση, για τα οποία ο μέσος όρος της συγκεκριμένης υποκλίμακας είναι 14,19 (εύρος τιμών 39, τυπική απόκλιση 9,34), ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία με μέσο όρο 13,34 (εύρος τιμών 30, τυπική απόκλιση 7,86), έπονται τα άτομα με τύφλωση με μέσο όρο 12,14 (εύρος τιμών 31, τυπική απόκλιση 8,68) και, τέλος, τα άτομα χωρίς αναπηρία με μέσο όρο 10,16 (εύρος τιμών 22, τυπική απόκλιση 5,97).

Το Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI), όπως προαναφέρθηκε, αποτελείται από δύο κλίμακες, τη φροντίδα (care) και την προστασία (protection), οι οποίες οδηγούν σε 4 διαφορετικούς τύπους προσκόλλησης ανάλογα με την υψηλή ή χαμηλή βαθμολογία. Η υψηλή ή χαμηλή φροντίδα- προστασία καθορίζεται από κάποια βαθμολογικά αποτελέσματα (cut-off scores), τα οποία οριοθετούν την κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Πιο συγκεκριμένα, για τις μητέρες η φροντίδα θεωρείται υψηλή εάν το τελικό άθροισμα ισούται ή είναι μεγαλύτερο του 27.0 ενώ για την προστασία έχει καθοριστεί το όριο του 13.5. Για τους πατέρες η φροντίδα θεωρείται υψηλή εάν το τελικό άθροισμα ισούται ή ξεπερνά το 24.0, ενώ η αντίστοιχη βαθμολογία για τη διάσταση της προστασίας είναι το 12.5. Η ιδανική συμπεριφορά της μητέρας ή του πατέρα χαρακτηρίζεται από υψηλή φροντίδα, χωρίς όμως να είναι υπερπροστατευτική (optimal bonding). Αντιθέτως, η υψηλή προστασία και η χαμηλή φροντίδα, δεσμός χωρίς συναίσθημα (affectionless bonding) θεωρείται ως η πιο προβληματική σχέση που μπορεί να δημιουργηθεί ανάμεσα στο γονέα και το παιδί, εφόσον το παιδί χωρίς να βιώνει τη στοργή και την αγάπη αισθάνεται ένα συνεχή έλεγχο. Σε περίπτωση χαμηλής βαθμολογίας και των δύο διαστάσεων θεωρούμε ότι δεν έχει δημιουργηθεί κανένα είδος δεσμού (absent bonding) και το παιδί αισθάνεται ότι ο γονέας είναι πάντα απών. Τέλος, η υπερπροστασία σε συνδυασμό με την υψηλή φροντίδα (affectionate bonding)

θεωρείται μια αρκετά καλή σχέση προσκόλλησης εφόσον το παιδί βιώνει την αγάπη και τη στοργή και μπορεί με αυτό τον τρόπο να δικαιολογήσει και την υπερπροστασία.

Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα: Τα άτομα χωρίς αναπηρία παρουσιάζουν υψηλή φροντίδα από τη μητέρα τους με μέσο όρο $27,59 > 27$ και χαμηλή προστασία με μέσο όρο $12,43 < 13,5$. Αυτή σύμφωνα με το PBI θεωρείται η ιδανική σχέση δεσμού (optimal bonding) ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί. Την ίδια σχέση δεσμού έχουν και με τον πατέρα τους (optimal bonding) καθώς ο τελευταίος επιδεικνύει υψηλή φροντίδα με μέσο όρο $24,56 > 24$ και χαμηλή προστασία με μέσο όρο $10,16 < 12,5$. Τα άτομα, εν συνεχεία με τύφλωση, παρουσιάζουν χαμηλή φροντίδα από τη μητέρα τους με μέσο όρο $26,46 < 27$ και υψηλή προστασία με μέσο όρο $14,20 > 13,5$. Αυτό σημαίνει ότι έχει αναπτυχθεί μεταξύ μητέρας και παιδιού δεσμός χωρίς συναίσθημα (affectionless bonding), που θεωρείται μια προβληματική σχέση καθώς το παιδί δεν βιώνει την αγάπη και τη ζεστασιά του γονέα και υφίσταται συνεχή έλεγχο. Οι Ardito, Adenzato, Dell'Osbel, Izard & Veglia (2004) βρήκαν ότι οι μητέρες των ατόμων με τύφλωση ήταν υπερπροστατευτικές, εύρημα που ταυτίζεται με την παρούσα έρευνα. Οι παραπάνω ερευνητές δικαιολόγησαν ο υπερπροστατευτισμός τους ότι δεν είχε αναγκαία αρνητική επίδραση, κάτι που δε συμβαίνει με την παρούσα έρευνα καθώς αυτός ο υπερπροστατευτισμός συνδέεται με απουσία φροντίδας προς το παιδί. Αυτό ίσως οφείλεται στην αναπηρία του παιδιού, καθώς η μητέρα το υπερπροστατεύει λόγω αυτής και δεν το φροντίζει ίσως επειδή η ίδια δεν έχει αποδεχτεί ακόμα την αναπηρία του. Ειδικά σε περιπτώσεις που συνοδεύονταν από την αγάπη και τη ζεστασιά της μητέρας ο υπερπροστατευτισμός είχε θετική επίδραση. Ωστόσο, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα άτομα με τύφλωση αναπτύσσουν τον ιδανικό δεσμό (optimal bonding) με τον πατέρα τους, καθώς παρουσιάζουν υψηλή φροντίδα με μέσο όρο $24,03 > 24$ και χαμηλή προστασία με μέσο όρο $12,14 < 12,50$. Επομένως, τα άτομα με τύφλωση είναι πιο κοντά με τον πατέρα τους και η μητέρα τους είναι υπερπροστατευτική χωρίς να τα φροντίζει επαρκώς, πιθανόν λόγω της αναπηρίας τους, κάτι που δεν ισχύει για τον πατέρα τους. Τεράστιο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα για τη σχέση των κωφών παιδιών με τους γονείς τους. Τα άτομα με κώφωση παρουσιάζουν χαμηλή φροντίδα από τη μητέρα τους με μέσο όρο $26,92 < 27$ καθώς και χαμηλή προστασία με μέσο όρο $13,13 < 13,5$, γεγονός που σημαίνει ότι δεν έχει δημιουργηθεί κανενός είδους δεσμού με την μητέρα τους (absent bonding) και τα κωφά παιδιά αισθάνονται ότι η μητέρα τους είναι απών. Με το παραπάνω εύρημα συμφωνεί

κατά το ήμισυ η έρευνα των Meadow-Orlans & Steinberg (1993), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι γονείς των κωφών παιδιών που είχαν την ακοή τους δεν έδειχναν τόση ζεστασιά στα παιδιά τους και δεν τους παρείχαν την απαραίτητη φροντίδα. Το παραπάνω εύρημα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας δε συμφωνεί με αυτό των Ripp-Siegal & Bringen (1998), οι οποίοι βρήκαν ότι οι μητέρες των κωφών παιδιών είναι υπερπροστατευτικές και τα ελέγχουν. Από την άλλη μεριά τα κωφά άτομα παρουσιάζουν χαμηλή φροντίδα από τον πατέρα τους με μέσο όρο $23,03 < 24$ και υψηλή προστασία $14,19 > 12,5$. Αυτό σημαίνει ότι έχει αναπτυχθεί μεταξύ πατέρα και παιδιού δεσμός χωρίς συναίσθημα (affectionless bonding), με τον πατέρα να είναι υπερπροστατευτικός και καθόλου στοργικός προς το παιδί του. Συμπεραίνουμε εν ολίγοις ότι τα άτομα με κώφωση ενδέχεται να αντιμετωπίσουν σοβαρά προβλήματα καθώς κανένας από τους 2 γονείς τους δεν τα φροντίζει επαρκώς και οι πατέρες τους τα ελέγχουν και είναι υπερπροστατευτικοί. Τέλος, τα άτομα με κινητική αναπηρία παρουσιάζουν υψηλή φροντίδα από τη μητέρα τους με μέσο όρο $27,16 > 27$ και υψηλή προστασία με μέσο όρο $14,86 > 13,5$, η οποία θεωρείται μια αρκετά καλή σχέση προσκόλλησης εφόσον το παιδί βιώνει την αγάπη και τη στοργή και μπορεί με αυτό τον τρόπο να δικαιολογήσει και την υπερπροστασία (affectionate bonding). Οι Wasserman et al. (1985) διέκριναν ότι οι μητέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία είναι πιο κοντά στα παιδιά τους και προσπαθούν να καταλάβουν τις ικανότητές τους σε σχέση με τις μητέρες των παιδιών χωρίς αναπηρία, εύρημα παρεμφερές με το αντίστοιχο της παρούσας έρευνας. Αντιθέτως, τα άτομα με κινητική αναπηρία παρουσιάζουν χαμηλή φροντίδα από τον πατέρα με μέσο όρο $22,92 < 24$ και υψηλή προστασία με μέσο όρο $13,34 > 12,5$ (affectionless bonding). Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η παρουσία κάποιου είδους κινητικής αναπηρίας μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης κακής ποιότητας προσκόλλησης με τους γονείς (Capuzzi, 1989· Cox & Lambrenos, 1992), κάτι που στην παρούσα έρευνα αντιστοιχίζεται με την προσκόλληση των κινητικά ανάπηρων ατόμων με τον πατέρα καθώς η σχέση προσκόλλησης με τη μητέρα είναι καλής ποιότητας.

Ακόμα από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι τα η φροντίδα του πατέρα και της μητέρας είναι μεγαλύτερη στα άτομα χωρίς αναπηρία, ενώ η προστασία του πατέρα και της μητέρας είναι μεγαλύτερη στα άτομα με αναπηρία.

Αναφορικά με τον έκτο και τον έβδομο ερευνητικό στόχο της παρούσας εργασίας που αφορά στην επιρροή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος στις

υποκλίμακες του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (PBI) και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλίκους (PEQ) προέκυψαν αρκετά ενδιαφέροντα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Στα άτομα του δείγματος χωρίς αναπηρία βρέθηκε ότι τα αγόρια χωρίς αναπηρία γίνονται συχνότερα θύτες σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με τα κορίτσια. Σε αντιστοιχία με αυτό το εύρημα βρίσκονται πολλές έρευνες (Olweus, 1993· Whitney & Smith, 1993· Pateraki & Houndoumadi, 2001· Sapouna, 2008· Ψάλτη & Κωνσταντίνου, 2007· Nansel et al. 2003· Τσιόλκα, 2008· Crick & Nelson, 2002· Kokkinos, 2007· Kokkinos & Kipritsi, 2012· Σακκά & Μάρκος, 2013). Οι διαφορές ανάμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια ως προς την άσκηση σχολικού εκφοβισμού, που επιβεβαιώνεται σε πολλές έρευνες, σχετίζονται με την στερεοτυπικά διαφορετική ανατροφή των αγοριών και των κοριτσιών αναφορικά με τον ανδρισμό και τη βία. Άλλα αίτια μπορεί να είναι ότι τα αγόρια είναι πιο επιθετικά εκ φύσεως από τα κορίτσια (Rigby, 2008) και ότι υπερέχουν σωματικά έναντι των κοριτσιών (Larke & Beran, 2006). Άλλος λόγος είναι ότι η κοινωνία θεωρεί αποδεκτή την επιθετική συμπεριφορά από τα αγόρια (Salmivalli et al., 2000). Ως προς την περιογή διαβίωσης βρέθηκε ότι στα άτομα χωρίς αναπηρία που κατοικούσαν στην πόλη η φροντίδα του πατέρα ήταν υψηλότερη σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία που κατοικούσαν στο χωριό, εύρημα μη αναμενόμενο καθώς κανείς θα περίμενε ότι στο χωριό οι γονείς φροντίζουν πιο πολύ τα παιδιά τους καθώς στην πόλη λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας και επακολούθως μειωμένου χρόνου δεν μπορούν να φροντίσουν όσο θέλουν τα παιδιά τους. Ακόμα προέκυψε ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία που η μητέρα τους είχε τελειώσει το δημοτικό δέχονταν υψηλότερη φροντίδα από αυτήν σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία που η μητέρα τους είχε τελειώσει το λύκειο, το πανεπιστήμιο και το γυμνάσιο κατά τη σειρά κατάταξης τους με την λιγότερη φροντίδα να δέχονται τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο. Επιπρόσθετα, τα άτομα χωρίς αναπηρία που η μητέρα τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο γίνονταν συχνότερα θύμα σχολικού εκφοβισμού σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία που η μητέρα τους είχε τελειώσει το πανεπιστήμιο, το λύκειο, το δημοτικό και το κολλέγιο κατά τη σειρά κατάταξής τους, ενώ λιγότερο συχνά γίνονταν θύματα σχολικού εκφοβισμού τα άτομα που η μητέρα τους είχε τελειώσει το κολλέγιο. Τέλος, αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα, τα άτομα χωρίς αναπηρία που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο είχαν υψηλότερη προστασία από τον πατέρα τους σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία που ο πατέρας τους είχε

τελειώσει το λύκειο, το πανεπιστήμιο, δημοτικό και το κολλέγιο με βάση τη σειρά κατάταξής τους, ενώ τη λιγότερη προστασία δέχονταν τα άτομα που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το κολλέγιο.

Στα άτομα με τύφλωση προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα: τα άτομα με τύφλωση ηλικίας 10-12 γίνονται συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με άτομα ηλικίας 13-15, 19-21 και 16-18, ενώ λιγότερο συχνά γίνονται θύματα σχολικού εκφοβισμού τα άτομα ηλικίας 16-18. Η κορύφωση του φαινομένου φαίνεται να εντοπίζεται στις τελευταίες τάξεις του δημοτικού όπως προκύπτει κυρίως από τα ευρήματα ερευνών, καθώς από πολλές έρευνες φαίνεται ότι μεγαλύτερα ποσοστά μαθητών χωρίς αναπηρία θυματοποιείται στο δημοτικό σε σύγκριση με τις ηλικίες μετά τα 12. Η ερμηνεία αυτού του φαινομένου διχάζει τον ερευνητικό κόσμο καθώς πολλοί ισχυρίζονται ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες τα παιδιά καταφεύγουν σε έμμεσες μορφές και σε άλλα είδη εκφοβισμού που ανιχνεύονται πιο δύσκολα από τους ερευνητές και κάποιοι άλλοι διατείνονται ότι όντως συμβαίνει ότι τα παιδιά όταν μεγαλώνουν ασκούν λιγότερο εκφοβισμό. Αναφορικά με τον τόπο κατοικίας των ατόμων με τύφλωση προέκυψε ότι τα άτομα με τύφλωση που κατοικούσαν στην πόλη γίνονταν συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού από ότι τα άτομα με τύφλωση που κατοικούσαν στο χωριό, κάτι που δικαιολογείται από τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που ζουν στις πόλεις και στο γεγονός ότι οι γονείς στις πόλεις δεν έχουν τόσο χρόνο να μιλήσουν στα παιδιά τους αναφορικά με αυτό το φαινόμενο. Τέλος, τα άτομα με τύφλωση που είχαν αδέρφια δέχονταν υψηλότερη φροντίδα από τη μητέρα τους σε σχέση με τα άτομα με τύφλωση που δεν είχαν αδέρφια.

Στα άτομα του δείγματος με κώφωση αναδείχθηκαν τα εξής αποτελέσματα: τα άτομα με κώφωση ηλικίας 16-18 δέχονται υψηλότερη φροντίδα από τον πατέρα τους σε σχέση με άτομα ηλικίας 10-12, 19-21 και 13-15, ενώ τη λιγότερη φροντίδα από τον πατέρα τους δέχονται τα άτομα ηλικίας 13-15. Σύμφωνα με τους Weiner et al. (2013) έχει διαπιστωθεί ότι δεν παίζει κάποιο σημαντικό ρόλο η ηλικία στα άτομα με και χωρίς ακουστική αναπηρία αναφορικά με τη θυματοποίηση και τον εκφοβισμό, εύρημα που επιβεβαιώνεται και στην παρούσα ερευνητική εργασία, καθώς όπως φαίνεται παραπάνω η ηλικία παίζει ρόλο στην φροντίδα του πατέρα και όχι στην θυματοποίηση και τον εκφοβισμό. Ακόμα στα άτομα με κώφωση που δεν είχαν αδέρφια ο πατέρας τους ήταν περισσότερο υπερπροστατευτικός σε σχέση με τα άτομα με κώφωση που είχαν αδέρφια, γεγονός που οφείλεται κατά κύριο λόγο στο ότι οι πατέρες αυτοί είχαν

ένα μόνο παιδί. Παράλληλα, τα άτομα με κώφωση που δήλωσαν ότι διαμένουν 6 άτομα συνολικά στο σπίτι της οικογένειας γίνονταν συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού ενώ λιγότερο συχνά γίνονταν θύματα τα άτομα που δήλωσαν ότι διαμένουν στο σπίτι της οικογένειας 7 άτομα και άνω. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, τα άτομα με κώφωση που η μητέρα τους είχε τελειώσει το πανεπιστήμιο δέχονταν υψηλότερη φροντίδα από τη μητέρα τους σε σύγκριση με τα άτομα με κώφωση που η μητέρα τους είχε τελειώσει το λύκειο, το κολλέγιο, το δημοτικό, το γυμνάσιο ή που η μητέρα τους δεν πήγε καθόλου σχολείο με βάση τη σειρά κατάταξής τους. Τέλος, αναφορικά με το επάγγελμα της μητέρας των ατόμων με κώφωση, τα άτομα με κώφωση που η μητέρα τους ήταν δημόσιος υπάλληλος γίνονταν συχνότερα θύτες σχολικού εκφοβισμού σε σύγκριση με τα άτομα με κώφωση που η μητέρα τους έπαιρνε αναπηρικό επίδομα, ήταν ιδιωτικός υπάλληλος, ήταν συνταξιούχος, επιχειρηματίας ή με τα άτομα που η μητέρα τους δεν εργαζόταν ή εξασκούσε κάποιο άλλο επάγγελμα κατά τη σειρά κατάταξής τους ενώ λιγότερο συχνά γίνονταν θύτες σχολικού εκφοβισμού τα άτομα που η μητέρα τους δεν εργαζόταν. Το παραπάνω εύρημα ίσως προκύπτει από το γεγονός ότι οι μητέρες που δεν εργάζονταν είχαν περισσότερο χρόνο να συζητήσουν με τα παιδιά τους αναφορικά με τον εκφοβισμό και τις συνέπειές του.

Όσον αφορά τα άτομα του δείγματος με κινητική αναπηρία από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα: τα άτομα με κινητική αναπηρία ηλικίας 10-12 γίνονται συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με άτομα ηλικίας 19-21, 13-15 και 16-18, ενώ λιγότερο συχνά γίνονται θύτες σχολικού εκφοβισμού τα άτομα ηλικίας 16-18. Παράλληλα, τα άτομα με κινητική αναπηρία ηλικίας 19-21 γίνονται συχνότερα θύτες σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με άτομα ηλικίας 13-15, 10-12 και 16-18, ενώ λιγότερο συχνά γίνονται θύτες σχολικού εκφοβισμού τα άτομα ηλικίας 16-18. Ένα ακόμα ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι οι μητέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία που κατοικούσαν στο χωριό ήταν περισσότερο υπερπροστατευτικές από τις μητέρες των ατόμων που κατοικούσαν στην πόλη, γεγονός που ίσως οφείλεται στις πιο συντηρητικές και οπισθοδρομικές αντιλήψεις που επικρατούν στα χωριά και στην έγνοια των γονέων για τα λεγόμενα των ατόμων του χωριού, όταν οι γονείς είναι πιο ελαστικοί. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ακόμα ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία που δεν είχαν αδέρφια γίνονταν συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με τα άτομα με κινητική αναπηρία που είχαν αδέρφια. Αυτό ίσως συμβαίνει γιατί τα άτομα με κινητική

αναπηρία δεν έχουν κάποιον αδερφό να τους υπερασπιστεί απέναντι σε άτομα που ασκούν σχολικό εκφοβισμό, με αποτέλεσμα να θυματοποιούνται συχνότερα. Επιπρόσθετα, οι πατέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία που δήλωσαν ότι διαμένουν 6 άτομα συνολικά στο σπίτι της οικογένειας ήταν περισσότερο υπερπροστατευτικοί, ενώ λιγότερο υπερπροστατευτικοί ήταν οι πατέρες των ατόμων που δήλωσαν ότι διαμένουν στο σπίτι της οικογένειας 7 άτομα και άνω. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, οι μητέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία που είχαν τελειώσει το δημοτικό ήταν περισσότερο υπερπροστατευτικές σε σχέση με τις μητέρες των ατόμων που είχαν τελειώσει το γυμνάσιο, το λύκειο, το πανεπιστήμιο, ή με τις μητέρες των ατόμων που δεν πήγαν καθόλου σχολείο και είχαν τελειώσει κάποιο κολλέγιο με βάση τη σειρά κατάταξης του, ενώ λιγότερο υπερπροστατευτικές ήταν οι μητέρες των ατόμων που πήγαν σε κάποιο κολλέγιο. Ακόμα βρέθηκε ότι η μητέρα των ατόμων με κινητική αναπηρία που ο πατέρας τους τους είχε τελειώσει το γυμνάσιο ήταν περισσότερο υπερπροστατευτική σε σύγκριση με τα άτομα με κινητική αναπηρία που ο πατέρας τους είχε τελειώσει το δημοτικό, η δεν πήγε σχολείο, ή είχε τελειώσει το λύκειο, το πανεπιστήμιο ή το κολλέγιο κατά τη σειρά κατάταξης τους, ενώ λιγότερο υπερπροστατευτικές ήταν οι μητέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία που ο πατέρας τους είχε τελειώσει κάποιο κολλέγιο. Τέλος, αναφορικά με το επάγγελμα του πατέρα των ατόμων με κινητική αναπηρία προέκυψε ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία που ο πατέρας τους ήταν ιδιωτικός υπάλληλος γίνονταν συχνότερα θύματα σχολικού εκφοβισμού σε σύγκριση με τα άτομα με κινητική αναπηρία που ο πατέρας τους ήταν συνταξιούχος, δημόσιος υπάλληλος, στρατιωτικός, ασκούσε κάποιο άλλο επάγγελμα, δεν εργαζόταν ή ήταν επιχειρηματίας κατά τη σειρά κατάταξης τους, ενώ λιγότερο συχνά γίνονταν θύματα σχολικού εκφοβισμού τα άτομα που ο πατέρας τους ήταν επιχειρηματίας.

Ο όγδοος στόχος της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας αφορά την συσχέτιση όλων των υποκλιμάκων της παρούσας έρευνας. Με βάση τη συσχέτιση που πραγματοποιήθηκε προέκυψε μια σειρά από στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε όλες τις ομάδες πληθυσμού της έρευνας. Στα άτομα **χωρίς αναπηρία** αναδείχθηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Βρέθηκαν λοιπόν τα παρακάτω: α) Όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, αλλά με μέτριο βαθμό, η προστασία της. β) Ακόμα παρατηρήθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας, τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, και η φροντίδα του πατέρα. γ) Επιπλέον

όσο μεγαλώνει η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, η προστασία του πατέρα. δ) Ένα πολύ σημαντικό εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, κάτι που θεωρείται λογικό καθώς όσο πιο μεγάλη αγάπη παίρνει το παιδί από τη μητέρα του και από τους γονείς τους γενικότερα τόσο πιο μεγάλη ασφάλεια νιώθει, καθώς αν ένιωθε ανασφάλεια από το οικογενειακό του περιβάλλον θα γίνονταν μάλλον πολύ εύκολα θύμα σχολικού εκφοβισμού. Το εύρημα της παρούσας έρευνας επαληθεύεται από ακόμα μία έρευνα σύμφωνα με την οποία η συμπεριφορά των γονέων που χαρακτηρίζεται από υψηλή φροντίδα μπορεί να προβλέψει την θυματοποίηση των παιδιών (Baumrind, 1991). Σε παρεμφερή ευρήματα κατέληξε και η έρευνα των Ladd & Ladd (1998), σύμφωνα με την οποία η χαμηλή φροντίδα των γονέων και ιδιαίτερα των μητέρων προς αυτά αυξάνει τον κίνδυνο θυματοποίησής τους τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια. Με το παραπάνω εύρημα βρίσκεται σε αντίθεση η έρευνα των Finnegan et al. (1998), που βρήκαν ότι τα θύματα τείνουν να έχουν γονείς που τα φροντίζουν πολύ. Ακόμα τα παιδιά που οι μητέρες τους τα φροντίζουν και τα στηρίζουν λιγότερο είναι πιο πιθανόν να κατονομάσουν τον εαυτό τους ως θύματα σχολικού εκφοβισμού (Mohr, 2006 στ. Williams & Kennedy, 2012). Τα παιδιά που είναι παραμελημένα από τους γονείς τους εμφανίζουν υψηλή επικινδυνότητα θυματοποίησης στο σχολείο (Kim, 2005), ενώ οι Choi & Chae (2000) βρήκαν ότι τα θυματοποιημένα παιδιά της Νότιας Κορέας έχουν γονείς που δεν ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Σύμφωνα με τους Shin, Lee, Yu & Ham (2016) η γονεϊκή προσκόλληση σχετίζεται αρνητικά με τη θυματοποίηση, καθώς παρατήρησε ότι τα παιδιά που οι γονείς τους τα φροντίζουν, δεν θυματοποιούνται. Σύμφωνα με την έρευνα, όμως, των Shin, Hong, Yoon & Espelage (2014), η χαμηλή φροντίδα από τη μητέρα σχετίζεται και με τον εκφοβισμό και με τη θυματοποίηση. Η έρευνα των Baldry & Farrington (2000), δεν βρήκε ότι η φροντίδα σχετίζεται με τη θυματοποίηση, αλλά βρήκε ότι η χαμηλή φροντίδα προβλέπει την εκφοβιστική συμπεριφορά. Παρομοίως και η έρευνα των Mitsopoulou & Giovazolias (2013) έδειξε ότι τα παιδιά που θεωρούν ότι η μητέρα τους τους παρείχε λιγότερη φροντίδα (λιγότερη στοργή, λιγότερη ζεστασιά και απόρριψη) κινδυνεύουν περισσότερο να ασκήσουν εκφοβιστικές συμπεριφορές. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η έρευνα του Georgiou (2008a) και του Georgiou (2000), με βάση την οποία η φροντίδα της μητέρας συνδέθηκε αρνητικά με τον σχολικό εκφοβισμό (Bowers et al., 1994· Perren &

Hornung, 2005· Stevens et al., 2002). ε) Συν τοις άλλοις διαπιστώθηκε ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, η φροντίδα του πατέρα. στ) Παράλληλα προέκυψε ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μεγαλώνει με μέτριο βαθμό η προστασία του πατέρα. ζ) Ένα ακόμα εύρημα υψηλής σπουδαιότητας αποτελεί και το γεγονός ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας, τόσο μεγαλώνει με μικρό βαθμό το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, εύρημα σύμφωνα με το οποίο συγκλίνει πολλές έρευνες, γεγονός που ίσως ερμηνεύεται με τον εξής τρόπο: Η υπερβολική προστασία της μητέρας, ή και του πατέρα πιθανόν να δημιουργήσει στο παιδιά ανασφάλεια. Μπορεί το παιδί να μην νιώθει αυτόνομο και ο υπερβολικός περιορισμός από τους γονείς του ίσως το οδηγήσει σε θυματοποίηση ή και κάποιες φορές σε εσφαλμένες αντιδράσεις όπως σε άσκηση εκφοβιστικών συμπεριφορών, κάτι που δεν επαληθεύεται στην παρούσα έρευνα. Σύμφωνα, λοιπόν, με μία από αυτές τις έρευνες, η συμπεριφορά των γονέων που χαρακτηρίζεται από χαμηλό έλεγχο-προστασία μπορεί να προβλέψει την θυματοποίηση των παιδιών (Baumrind, 1991). Παρόμοια ευρήματα παρουσίασαν και οι Fosse & Holen (2002) και ο Ladd (1992), ότι δηλαδή η υπερπροστασία των γονέων αποτρέπει τα παιδιά από το να αναπτύξουν τις κατάλληλες κοινωνικές ικανότητες για να αντιμετωπίσουν προβληματικές καταστάσεις, με αποτέλεσμα να γίνονται θύματα σχολικού εκφοβισμού. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η έρευνα των Mitsopoulou & Giouzoulas (2013), σύμφωνα με την οποία ο υπερπροστατευτισμός των γονέων συνδέεται με την θυματοποίηση. Σε αντιστοιχία με τις παραπάνω έρευνες βρίσκεται και η έρευνα του Georgiou (2008a), τα παιδιά που έχουν ανατραφεί από υπερπροστατευτικές μητέρες είναι θύματα σχολικού εκφοβισμού. Σύμφωνα με την έρευνα του Georgiou (2008b), που και αυτή συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι γονείς που ανταποκρίνονται σε υπερβολικό βαθμό στις ανάγκες τους παιδιού (permissive), και οι οποίοι κατά κάποιο τρόπο θεωρούνται υπερπροστατευτικοί, διατρέχουν τον κίνδυνο να αποτελέσουν τα παιδιά τους ενδεχόμενα θύματα σχολικού εκφοβισμού και όχι θύτες. Και τα ευρήματα της έρευνας του Georgiou (2000) συμφωνούν με τα παραπάνω ευρήματα, κατά τα οποία όσο πιο μεγάλη είναι η προστασία της μητέρας (υπερπροστατευτισμός), τόσο πιο μεγάλος είναι ο κίνδυνος τα παιδιά να αποτελέσουν θύματα εκφοβισμού, καθώς οι υπερπροστατευτικές μητέρες μετατρέπουν τα παιδιά τους σε παθητικά και υποτακτικά όντα που δεν μπορούν να ελέγξουν τις σχέσεις τους (Besag, 1989· Bowers et al., 1994·

Stevens et al., 2002· Perren & Hornung, 2005). Σε συναφή ευρήματα κατέληξε και η έρευνα του Rigby (2007), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κορίτσια που οι γονείς τους τα ελέγχουν περισσότερο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καταστούν θύματα σχολικού εκφοβισμού. Σε παρεμφερή ευρήματα κατέληξε και η έρευνα των Ladd & Ladd (1998), σύμφωνα με την οποία η υπερπροστασία των γονέων και ιδιαίτερα των μητέρων και ο υπερβολικός έλεγχος στα παιδιά τους αυξάνει τον κίνδυνο θυματοποίησής τους τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια. Με το παραπάνω εύρημα συμφωνούν και οι Finnegan et al. (1998), που βρήκαν ότι τα θύματα τείνουν να έχουν γονείς που είναι υπερπροστατευτικοί. Παρομοίως και η Doh (2002) συμπέρανε ότι η υπερπροστασία των γονέων οδηγεί σε θυματοποίηση στο σχολείο. Ο Olweus (1980) επίσης παρατήρησε ότι τα θυματοποιημένα αγόρια είχαν πιο στενές σχέσεις με τη μητέρα τους και εκείνη ήταν υπερπροστατευτική. Και οι Bowers, Smith & Binney (1994) συμπέραναν τα παιδιά που οι γονείς τους τους έλεγχαν περισσότερο ήταν πιο πιθανόν να θυματοποιηθούν από τους συνομηλίκους τους. Σε αντίθεση με τις παραπάνω έρευνες βρίσκεται η έρευνα των Baldry & Farrington (2000) διαπίστωσαν ότι ο υψηλός έλεγχος-προστασία προβλέπουν την εκφοβιστική συμπεριφορά και όχι τη θυματοποίηση. Ακόμα άλλη μια έρευνα διαπίστωσε ότι ο εκφοβισμός των συνομηλίκων στο σχολείο σχετίζεται με την υπερπροστασία των γονέων (Cernkovich & Giordano 1987 στ. Georgiou, 2008b). Οι Flouri & Buchanan (2003) είχαν παρεμφερή ευρήματα στην έρευνά τους, όπως δηλαδή ότι η ανάμειξη του πατέρα στη ζωή του παιδιού που δεν παραπέμπει σε υπερπροστατευτική συμπεριφορά σχετίζεται αρνητικά με την εμφάνιση εκφοβισμού από το παιδί. Επίσης έδειξαν ότι όσο μικρότερη είναι η εμπλοκή των γονέων στη ζωή του παιδιού τόσο πιθανότερο είναι να εμφανίσει εκφοβιστική συμπεριφορά. η) Ακόμα προέκυψε ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μέτριο βαθμό η προστασία του πατέρα. θ) Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα συνιστά το ότι όσο αυξάνει η προστασία του πατέρα τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό. Μια πληθώρα από έρευνες πιστοποιούν αυτό το αποτέλεσμα, οι οποίες αναφέρθηκαν παραπάνω (ζ), όπου γίνεται λόγος είτε μόνο για τη μητέρα είτε και για τους δύο γονείς, οπότε για ευνόητους λόγους δεν αναφέρονται οι έρευνες που αφορούν και τους δύο γονείς. Τέλος, ι) από την παρούσα ερευνητική εργασία, όσον αφορά τα άτομα χωρίς αναπηρία, προέκυψε ένα ακόμα σημαντικό εύρημα ότι όσο πιο συχνά γίνεται κάποιος θύμα σχολικού, τόσο συχνά, με μικρό βαθμό, ο ίδιος θα ασκήσει

σχολικό εκφοβισμό. Σύμφωνα με του Suckling & Temple (2001), υπάρχει μια κατηγορία μαθητών, που συμπεριφέρονται και ως θύτες και ως θύματα. Με βάση τη βιβλιογραφία οι όροι θύτες/θύματα και προκλητικά θύματα, που έγινε μνεία στο κεφάλαιο για το σχολικό εκφοβισμό, ταυτίζονται (Olweus, 1993· Macklem, 2003).

Στα άτομα με *τύφλωση* προέκυψαν οι ακόλουθες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις: α) Αρχικά βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, αλλά με μέτριο βαθμό, η προστασία της. β) Ακόμα οι συσχετίσεις που έγιναν έδωσαν το αποτέλεσμα ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας, τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, και η φροντίδα του πατέρα. γ) Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, η προστασία του πατέρα. δ) Επιπλέον αναδείχθηκε ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μικραίνει με μικρό βαθμό η φροντίδα του πατέρα. ε) Ένα ακόμα εύρημα ήταν ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μεγαλώνει με μέτριο βαθμό η προστασία του πατέρα. στ) Επιπρόσθετα από την παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μεγάλο βαθμό η προστασία του πατέρα. ζ) Ένα ακόμα πάρα πολύ σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας είναι ότι όσο αυξάνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, κάτι που θεωρείται λογικό καθώς, όταν το παιδί με τύφλωση νιώθει την αγάπη του πατέρα του, είναι φυσικό να νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια και να μην θυματοποιείται σε τακτική βάση. η) Εξίσου σημαντικό είναι ένα ακόμα αποτέλεσμα αυτής της έρευνας, ότι όσο αυξάνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό. Το παιδί και σε αυτήν την περίπτωση νιώθει την ζεστασιά του πατέρα του και δεν ασκεί συχνά εκφοβιστικές συμπεριφορές. θ) Τέλος, προέκυψε ότι όσο αυξάνει η προστασία του πατέρα τόσο μεγαλώνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό, κάτι που προέκυψε και στα άτομα χωρίς αναπηρία αλλά για την μητέρα.

Στα άτομα με *κώφωση* προέκυψαν οι παρακάτω στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις: α) Αρχικά στα άτομα με κώφωση προέκυψε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει σε μεγάλο βαθμό η προστασία της. β) Επιπλέον προέκυψε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας, τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, και η φροντίδα του πατέρα. γ) Ένα ακόμα εύρημα συνιστά ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, με μέτριο βαθμό, η προστασία του

πατέρα. δ) Παράλληλα προκύπτει ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μικραίνει, με μέτριο βαθμό, η φροντίδα του πατέρα. ε) Ακόμα διαπιστώθηκε ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, η προστασία του πατέρα. στ) Τέλος, προέκυψε ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μεγάλο βαθμό, η προστασία του πατέρα. Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικά συσχετίσεις ανάμεσα στην φροντίδα και την προστασία της μητέρας και του πατέρα και στον σχολικό εκφοβισμό και θυματοποίηση.

Τέλος, στα άτομα με **κινητική αναπηρία** προέκυψαν οι παρακάτω στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις: α) Αρχικά βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας τόσο μικραίνει, αλλά με μέτριο βαθμό, η προστασία της. β) Ακόμα προέκυψε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φροντίδα της μητέρας, τόσο μεγαλώνει, με μέτριο βαθμό, και η φροντίδα του πατέρα. γ) Επιπρόσθετα βρέθηκε ότι όσο αυξάνει η φροντίδας της μητέρας τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά ασκεί, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό. δ) Ένα ακόμα εύρημα αποτέλεσε ότι όσο μεγαλώνει η προστασία της μητέρας τόσο μεγαλώνει, με μικρό βαθμό, η προστασία του πατέρα. ε) Τέλος, βρέθηκε ότι όσο μεγαλώνει η φροντίδα του πατέρα τόσο μικραίνει, με μικρό βαθμό, το πόσο συχνά δέχεται, ο συμμετέχων στην έρευνα, σχολικό εκφοβισμό.

Η συντριπτική πλειοψηφία των αποτελεσμάτων των συσχετίσεων στα άτομα με αναπηρία δεν τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά, καθώς η βιβλιογραφία, όπως προαναφέρθηκε είναι εξαιρετικά περιορισμένη για τα άτομα με αναπηρία, και ειδικότερα αναφορικά με το αν η γονεϊκή προσκόλληση αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της θυματοποίησης και του εκφοβισμού.

Ολοκληρώνοντας το σύνολο των ερευνητικών στόχων, με τη χρήση αναλύσεων παλινδρόμησης διερευνήθηκε ο ένατος και τελευταίος στόχος αναφορικά με το αν η φροντίδα και η προστασία των γονιών προβλέπουν τον εκφοβισμό και τη θυματοποίηση για όλο το δείγμα, για τα άτομα χωρίς αναπηρία αλλά και για τα άτομα με αναπηρία σαν μια ενιαία ομάδα. Όσον αφορά ολόκληρο το δείγμα βρέθηκε ότι η φροντίδα του πατέρα μπορεί να προβλέψει τη θυματοποίηση, καθώς όταν αυτή αυξάνεται τότε η θυματοποίηση μειώνεται, ενώ δεν βρέθηκε κάποια μεταβλητή από τις παραπάνω που να μπορεί να προβλέψει την άσκηση εκφοβιστικών συμπεριφορών για το σύνολο του δείγματος. Αναφορικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία διαπιστώθηκε ότι η προστασία της μητέρας μπορεί να προβλέψει τόσο τη θυματοποίηση όσο και την άσκηση εκφοβιστικών συμπεριφορών, καθώς όταν αυτή αυξάνεται, αυξάνεται και η

θυματοποίηση των ατόμων χωρίς αναπηρία και η άσκηση εκφοβιστικών συμπεριφορών από αυτά. Όσον αφορά τα άτομα με αναπηρία, παίρνοντας όλες τις ομάδες αναπηρίας σαν ενιαία ομάδα, διαπιστώθηκε ότι η θυματοποίηση μπορεί να προβλεφθεί από τη φροντίδα της μητέρας, από την προστασία της μητέρας και από την φροντίδα του πατέρα, καθώς διαπιστώθηκε ότι όταν και οι τρεις αυτοί παράγοντες αυξάνονται, ο καθένας ξεχωριστά, τότε θα μειώνεται η θυματοποίηση όλων των ομάδων αναπηρίας που μετέχουν στην έρευνα. Από την άλλη προέκυψε ότι μόνο η φροντίδα της μητέρας μπορεί να προβλέψει την άσκηση εκφοβιστικών συμπεριφορών από τα άτομα με αναπηρία, καθώς αναμένεται όσο αυξάνεται η φροντίδα της μητέρας να μειώνεται η άσκηση εκφοβισμού.

Δε θα πρέπει να παραλειφθούν ακόμα και κάποια άλλα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα τα οποία προέκυψαν ανάμεσα σε μεμονωμένες ερωτήσεις του ερευνητικού εργαλείου και στο είδος της αναπηρίας των ατόμων: στα άτομα με αναπηρία η μητέρα τους αφιερώνει περισσότερο χρόνο σε σχέση με τις μητέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τις μητέρες των ατόμων με τύφλωση να αφιερώνουν τις περισσότερες ώρες και να ακολουθούν των ατόμων με κώφωση και, τέλος, οι μητέρες των ατόμων με κινητική αναπηρία. Το παραπάνω αποτέλεσμα δικαιολογείται από την αναπηρία τους, καθώς έχουν ανάγκη τα άτομα με αναπηρία περισσότερο από τη μητέρα τους σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Τα άτομα με αναπηρία δέχονται συχνότερα πειράγματα από συμμαθητές τους με πολύ άσχημο τρόπο σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να δέχονται συχνότερα πειράγματα και να ακολουθούν τα άτομα με κώφωση και τέλος τα άτομα με κινητική αναπηρία, πράγμα που πιθανότατα οφείλεται στην αναπηρία τους. Επιπρόσθετα, τα άτομα με αναπηρία δέχονται συχνότερα απειλές από συμμαθητές τους ότι θα τους χτύπαγαν ή θα τους τραυμάτιζαν σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να δέχονται συχνότερα απειλές και να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση. Τα άτομα με αναπηρία αγνοούνται συχνότερα από συμμαθητές τους επίτηδες για να πληγωθούν τα συναισθήματά τους σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να αγνοούνται συχνότερα από συμμαθητές τους και να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση. Υπάρχουν ακόμα ευρήματα που δείχνουν πως ενεργούν οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία σε σχέση με τους μαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία. Αρχικά, οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία έλεγαν συχνότερα ψέματα

για αυτούς για να μην τους συμπαθήσουν οι άλλοι συμμαθητές σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να γίνεται συχνότερα η παραπάνω ενέργεια, να ακολουθούν τα άτομα με κώφωση και τέλος τα άτομα με κινητική αναπηρία. Επιπλέον, οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία τους χτυπούσαν, κλωτσούσαν ή έσπρωχναν με κακοήθη τρόπο συχνότερα σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να τα χτυπάνε, κλωτσάνε, σπρώχνουν συχνότερα και να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση. Ακόμα, οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία τους άρπαζαν, τους κρατούσαν ή τους άγγιζαν με τρόπο που δεν τους άρεσε συχνότερα σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να τα αρπάζουν, να τα κρατούν ή να τα αγγίζουν με τρόπο που δεν τους άρεσε συχνότερα και να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση. Συν τοις άλλοις, όπως προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων, οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία τους άφηναν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο συχνότερα σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με κινητική αναπηρία να τα άφηναν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο συχνότερα και να ακολουθούν τα άτομα με τύφλωση και, τέλος, τα άτομα με κώφωση. Οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία τους κυνηγούσαν σαν να ήθελαν πραγματικά να τους κάνουν κακό συχνότερα σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να τα κυνηγάν σαν να ήθελαν πραγματικά να τους κάνουν κακό συχνότερα και ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κώφωση. Τέλος, οι συμμαθητές των ατόμων με αναπηρία μαζεύονταν εναντίον τους και τους συμπεριφέρονταν άσχημα πιο τακτικά σε σχέση με τους συμμαθητές των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να μαζεύονταν εναντίον τους και να τους συμπεριφέρονταν άσχημα οι συμμαθητές τους συχνότερα και να ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία και στην τελευταία θέση τα άτομα με κώφωση. Όλες οι παραπάνω ενέργειες αποτυπώνουν ενέργειες άσκησης εκφοβιστικών συμπεριφορών εις βάρος των ατόμων με αναπηρία, κάτι που ενδεχομένως οφείλεται στην αναπηρία τους. Ακόμα φαίνεται έκδηλα ότι όλες οι παραπάνω ενέργειες γίνονται συχνότερα εις βάρος ατόμων με αναπηρία.

Βρέθηκε ακόμα ότι τα άτομα με τύφλωση πείραζαν ή κορόιδευαν ένα συμμαθητή τους με πολύ άσχημο τρόπο συχνότερα, ακολουθούν τα άτομα με κώφωση, στη συνέχεια τα άτομα χωρίς αναπηρία και, τέλος, τα άτομα με κινητική αναπηρία. Τα

άτομα με τύφλωση και τα άτομα με κώφωση άρπαζαν, κρατούσαν ή άγγιζαν τους συμμαθητές τους με τρόπο που δεν τους άρεσε συχνότερα σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να ασκούν την παραπάνω ενέργεια συχνότερα. Λιγότερο συχνά άρπαζαν, κρατούσαν ή άγγιζαν τους συμμαθητές τους με τρόπο που δεν τους άρεσε τα άτομα με κινητική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία καθώς και με τα άτομα με τύφλωση και κώφωση. Τα άτομα με τύφλωση και τα άτομα με κώφωση, επίσης, κυνήγησαν έναν συμμαθητή τους προσπαθώντας να του κάνουν κακό συχνότερα σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να εξασκούν την παραπάνω ενέργεια συχνότερα από ότι τα άτομα με κώφωση. Λιγότερο συχνά κυνηγούσαν ένα συμμαθητή τους για να του κάνουν κακό τα άτομα με κινητική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, καθώς και με τα άτομα με τύφλωση και κώφωση. Ακόμα, τα άτομα με τύφλωση και τα άτομα με κώφωση μαζεύονταν με κάποιους συμμαθητές τους και συμπεριφέρονταν άσχημα σε άλλους συμμαθητές τους συχνότερα σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με τύφλωση να το κάνουν συχνότερα από ότι τα άτομα με κώφωση. Λιγότερο συχνά μαζεύονταν με κάποιους συμμαθητές τους και συμπεριφέρονταν άσχημα σε άλλους συμμαθητές τους τα άτομα με κινητική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, καθώς και με τα άτομα με τύφλωση και κώφωση. Οι παραπάνω ενέργειες αποτυπώνουν ενέργειες άσκησης εκφοβιστικών συμπεριφορών από τα με αναπηρία. Ακόμα φαίνεται έκδηλα ότι όλες οι παραπάνω ενέργειες γίνονται συχνότερα από άτομα με τύφλωση και με κώφωση και πολύ πιο σπάνια από άτομα με κινητική αναπηρία.

Επιπλέον προέκυψαν και τα παρακάτω αποτελέσματα: Οι μητέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία ήταν συχνότερα συναισθηματικά αδιάφορες σε σχέση με της μητέρες των ατόμων με αναπηρία, με τις μητέρες των ατόμων με τύφλωση να είναι λιγότερο συχνά συναισθηματικά αδιάφορες, ακολουθούν οι μητέρες των με κινητική αναπηρία και, τέλος, οι μητέρες των ατόμων με κώφωση, κάτι που είναι λογικό καθώς τα άτομα με αναπηρία έχουν περισσότερο ανάγκη τη μητέρα τους. Επίσης, οι πατέρες των ατόμων με αναπηρία τους άφηναν να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούσαν, συχνότερα σε σχέση με τους πατέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με κινητική αναπηρία να τα αφήνουν συχνότερα να κάνουν πράγματα που τα ευχαριστούσαν, να ακολουθούν τα άτομα με τύφλωση και τέλος με κώφωση. Οι πατέρες των ατόμων με αναπηρία, επιπλέον, εισέβαλαν στην προσωπική τους ζωή συχνότερα σε σχέση με τους πατέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με

κώφωση να εισβάλουν οι πατέρες τους συχνότερα στην προσωπική τους ζωή, να ακολουθούν τα άτομα με τύφλωση και, τέλος, τα άτομα με κινητική αναπηρία, κάτι που δικαιολογείται, καθώς οι γονείς ίσως πιστεύουν ότι τα παιδιά τους δεν είναι ικανά να ικανοποιήσουν κάποιες ανάγκες τους δίχως την παρουσία τους. Ακόμα, οι πατέρες των ατόμων με αναπηρία τους αφήναν να παίρνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους συχνότερα σε σχέση με τους πατέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με κινητική αναπηρία να τα αφήνουν οι πατέρες τους να παίρνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους συχνότερα, να ακολουθούν τα άτομα με κώφωση και, τέλος, τα άτομα με τύφλωση. Αυτό ίσως γίνεται γιατί θέλουν να δείξουν στα παιδιά τους ότι τα εμπιστεύονται και να τα μάθουν να αντιμετωπίζουν κατά κάποιο τρόπο μόνα τους τις αντιξοότητες της ζωής. Τέλος, οι πατέρες των ατόμων με αναπηρία τους επέτρεπαν να ντύνονται όπως επιθυμούσαν συχνότερα σε σχέση με τους πατέρες των ατόμων χωρίς αναπηρία, με τα άτομα με κινητική αναπηρία οι πατέρες τους να τους επιτρέπουν να ντύνονται όπως θέλουν συχνότερα, να ακολουθούν τα άτομα με κώφωση και, τέλος, τα άτομα με τύφλωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Πάρα το γεγονός ότι η παρούσα ερευνητική εργασία κατέληξε σε αξιόλογα και πειστικά αποτελέσματα και συμπεράσματα, τα οποία έχουν επαληθευτεί και από άλλες έρευνες, υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Όπως σε κάθε έρευνα, έτσι και σ' αυτήν υπάρχουν όχι μόνο θεωρητικοί, αλλά και πρακτικοί περιορισμοί. Το γεγονός ότι κάποια από αυτά δεν επαληθεύτηκαν ή δεν αντικρούστηκαν σημαίνει ότι δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες που να μελετούν τους συγκεκριμένους τομείς. Ολοκληρώνοντας, λοιπόν, την παρουσίαση της συγκεκριμένης εργασίας είναι ωφέλιμο να επισημανθούν οι περιορισμοί αυτοί αλλά και να παρατεθούν ορισμένες προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Ένας από τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας είναι ότι το δείγμα θα έπρεπε να ήταν μεγαλύτερο. Παρά το γεγονός ότι καταβλήθηκαν μεγάλες προσπάθειες για να επιτευχθεί αυτό, τελικά δεν κατέστη εφικτό να πραγματοποιηθεί. Ένας ακόμα περιορισμός αποτελεί η επιλογή δύο υποκλιμάκων από της τρεις του ερωτηματολογίου βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ). Αν και από τους ελέγχους αξιοπιστίας τα ερωτηματολόγια κρίθηκαν άκρως κατάλληλα, ίσως θα έπρεπε να χρησιμοποιηθούν εκτενέστερα ερωτηματολόγια για να μελετηθεί σε μεγαλύτερο βάθος το θέμα. Επιπρόσθετα θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί κάποιο ερωτηματολόγιο που εξετάζει την προσκόλληση ως ασφαλή και ανασφαλή και όχι με την συγκεκριμένη κατηγοριοποίηση που χρησιμοποιεί το χρησιμοποιηθέν εργαλείο, όπως κάποιες έρευνες την εξετάζουν, αν και πάρα πολλές έρευνες όπως αναφέρθηκε και παραπάνω εξετάζουν ξεχωριστά την φροντίδα και προστασία μητέρας και πατέρα, κάτι που ευοδώθηκε στην παρούσα προσπάθεια. Έναν ακόμα περιορισμό αποτελεί το γεγονός ότι ίσως στα άτομα με κινητική αναπηρία θα έπρεπε να υπάρχει ξεχωριστή ερώτηση αναφορικά με την προέλευση της αναπηρίας (αν προέρχεται δηλαδή από εγκεφαλική παράλυση, από δισχιδή ράχη, από επιληψία κλπ.). Ακόμα θα μπορούσε να συμπεριληφθεί ερώτηση για το αν η αναπηρία των συμμετεχόντων ήταν επίκτητη ή συγγενής καθώς και ερωτήσεις για να προσδιοριστεί το είδος τους εκφοβισμού που ασκούν ή δέχονται οι συμμετέχοντες (άμεσος ή έμμεσος κλπ.). Ένας ακόμα περιορισμός θα μπορούσε να είναι η χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, τα οποία παρουσιάζουν σε συχνή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

βάση μειονεκτήματα, όπως για παράδειγμα τυχαίες και κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις. Επομένως, θα ήταν ιδανική η συνδυαστική χρήση μεθόδων αυτοαναφοράς και ετεροαναφοράς (γονείς και εκπαιδευτικοί) για να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη εγκυρότητα. Παράλληλα θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ένας συνδυασμός ποσοτικών και ποιοτικών μέσων για τη συλλογή των δεδομένων

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να υλοποιηθούν συμπεριλαμβάνοντας όλα τα παραπάνω στοιχεία που αναφέρθηκαν, προκειμένου να ισχυροποιηθούν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Όπως προέκυψε από την παρούσα ερευνητική προσπάθεια η προσκόλληση είτε προς την μητέρα είτε προς τον πατέρα αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα ενδεχόμενου εκφοβισμού και θυματοποίησης στο σχολείο, καθώς προέκυψε ότι η φροντίδα και η προστασία των δύο γονέων σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τον εκφοβισμό και την θυματοποίηση των παιδιών τους. Πολλές έρευνες επιβεβαιώνουν το παραπάνω αποτέλεσμα στα άτομα που δεν έχουν κάποιο είδος αναπηρίας. Όμως, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ακόμα ότι η προσκόλληση προς τους γονείς αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα και για τα άτομα με αναπηρία, και πιο συγκεκριμένα για τα άτομα με τύφλωση, με κώφωση και με κινητική αναπηρία. Ο εκφοβισμός και η θυματοποίηση έχει αναχθεί σε εθνικό πρόβλημα, και είναι σκόπιμο να αναπτυχθούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του. Είναι πολύ σημαντικό που μπορεί να προβλεφθεί από τη σχέση των γονέων με τα παιδιά τους από την μικρή κιόλας ηλικία.

Από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας προέκυψαν και πολύ σημαντικά ευρήματα που πιστοποιούνται βέβαια και από άλλες έρευνες, εκτός από τα νέα ευρήματα που παρατέθηκαν παραπάνω. Τα πιο γενικά από αυτά είναι ότι όλες οι ομάδες του δείγματος αναπτύσσουν διαφορετικά είδη προσκόλλησης. Τα άτομα χωρίς αναπηρία αναπτύσσουν τον ιδανικό δεσμό προσκόλλησης, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για να αποδειχθεί αυτό, ο οποίος παραπέμπει στον ασφαλή δεσμό προσκόλλησης του Bowlby. Τα άτομα με αναπηρία αναπτύσσουν άλλους δεσμούς προσκόλλησης, που παραπέμπουν κυρίως σε ανασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης. Ακόμα, φάνηκε ότι και τα άτομα με αναπηρία θυματοποιούνται και ασκούν εκφοβιστικές συμπεριφορές.

Τέλος, στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν σε βάθος οι διαφορές ανάμεσα στους δύο γονείς στο είδος προσκόλλησης των ατόμων με αναπηρία και ειδικότερα οι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

διαφορές στην φροντίδα και την προστασία των δύο γονέων. Ακόμα, όπως προέκυψε από την παρούσα έρευνα μεγάλη ευθύνη τόσο για τον εκφοβισμό όσο και για τη θυματοποίηση των παιδιών φέρουν σε πρώτο επίπεδο οι γονείς και σε δεύτερο επίπεδο το σχολείο, το οποίο οφείλει να κάνει ότι είναι δυνατόν για να ελαχιστοποιήσει, αν όχι να εξαλείψει φαινόμενα εκφοβισμού και θυματοποίησης. Η διερεύνηση της συσχέτισης της φροντίδας του πατέρα και της μητέρας καθώς και της προστασίας της μητέρας και του πατέρα με το αν τα παιδιά γίνονται θύτες και θύματα σχολικού εκφοβισμού είναι ελλιπής βιβλιογραφικά καθώς έχουν βρεθεί συσχετίσεις στα άτομα χωρίς αναπηρία, ενώ στα άτομα με αναπηρία δεν βρέθηκαν παρόμοιες συσχετίσεις σε άλλες έρευνες και δεν έχουν διαπιστωθεί στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, τα οποία προέκυψαν στην παρούσα έρευνα για κάποιες ομάδες αναπηρίας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Adams, C. (2010). Cyberbullying: How to Make It Stop. *Instructor*, 120 (2), 44-49.
- Ahmed, E. (2005). Pastoral Care to Regulate School Bullying: Shame Management among Bystanders. *Pastoral Care in Education*, 23(2), 23-29.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, 46(4), 333.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S.N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbanm.
- Andreou, E. (2000). Bully/Victim Problems and Their Association with Psychological Constructs in 8 to 12-Year-Old Greek Schoolchildren. *Aggressive Behavior*, 26, 49 - 56.
- Andreou, E., Didaskalou, E., & Vlachou, A. (2013). Bully/victim problems among Greek pupils with special educational needs: associations with loneliness and self-efficacy for peer interactions. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 15(4), 235-246.
- Andrews, J. F. (2004). *Deaf People, Evolving Perspectives from Psychology, Education and Sociology*. Allyn and Bacon, Boston, MA.
- Ardito, R. B., Adenzato, M., Dell'Osbel, G., Izard, E., & Veglia, F. (2004). Attachment representations in adults with congenital blindness: association with maternal interactive behaviors during childhood. *Psychological reports*, 95(1), 263-274.
- Arend, R., Gove, F., & Sroufe, L.A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Development*, 50, 950-959.
- Baldry, A. C., & Farrington, D. P. (2000). Bullies and delinquents: Personal characteristics and parental styles. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10, 17-31.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226-244.
- Bauman, S., & Pero, H. (2011). Bullying and cyberbullying among deaf students and their hearing peers: An exploratory study. *Journal of deaf studies and deaf education*, *16*(2), 236-253.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. In J. Brooks-Gunn, R. Lerner, & A. Petersen (Eds.), *The encyclopedia of adolescence* (pp. 746–758). New York: Garland.
- Behl, D. D., Akers, J. F., Boyce, G. C., & Taylor, M. J. (1996). Do mothers interact differently with children who are visually impaired? *Journal of Visual Impairment and Blindness*, *90*, 501-511.
- Besag, V. E. (1989). *Bullies and victims in schools*. Buckingham: Open University Press.
- Best, S.J. (2005). Physical disabilities. In Best, S. J., Heller, K. W., & Bigge, J. L., *Teaching individuals with physical or multiple disabilities*. (5th ed.), (pp.31-58). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.
- Blacher, J., & Meyers, C.E. (1983). A review of attachment formation and disorder of disabled children. *American Journal of Mental Deficiency*, *87*, 359-371.
- Blake, J. J., Lund, E. M., Zhou, Q., Kwok, O. M., & Benz, M. R. (2012). National prevalence rates of bully victimization among students with disabilities in the United States. *School psychology quarterly*, *27*(4), 210.
- Bowers, L., Smith, P. K., & Binney, V. (1994). Perceived family relationships of bullies, victims and bully/victims in middle childhood. *Journal of Social and Personal Relationships*, *11*, 215–232.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss. (Vol. 3)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectionate bonds. *British Journal of Psychiatry*, *130*, 201-210.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International journal of psycho-analysis*, 39, 350.
- Bretherton, I. (1985). *Attachment theory: Retrospect and prospect*. Στο Bretherton, I., & Waters, E. (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in *Child Development*, 50, 3–35.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a central construct in Attachment Theory. I J. Cassidy & P R. Shaver (Red.) *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (s. 102-127).
- British Council (2008). *New Research Gives Children's View of Scholl in Europe*. European Charter on Inclusion and Diversity in Education. Press Release-Europe.
- Brunnberg, E., Boström, M.L., & Berglund, M. 2008. Self-Rated Mental Health, School Adjustment, and Substance Use in Hard-of-Hearing Adolescents. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13, 324–35.
- Buultjens, M., Stead, J., & Dallas, M. (2002). *Promoting Social Inclusion of Pupils with Visual Impairment in Mainstream Schools in Scotland*. Paper presented at the Annual Conference of the British Educational Research Association, University of Exeter, England.
- Cabrera, N. J., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development*, 77, 127-136.
- Calderon, R., & Greenberg, M. (2000). Challenges to parents and professionals in promoting socioemotional Development in Deaf Children. In P. Spencer, C. Erting & M. Marschark (Eds), *The Deaf child in the family and at school, Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans* (p.p. 167-181). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calderon, R. (2000). Parental Involvement in Deaf Children's Education Programs as a Predictor of Child's Language, Early Reading, and Social - Emotional Development. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5(2), 140-155.
- Camodeca, M., Goosens, F. A., Schuengel, C., & Terwogt M. M. (2003). Link between social information processing in middle childhood and involvement in bullying. *Aggressive Behavior*, 29, 116-127.

- Capuzzi, C. (1989). Maternal attachment to disabled infants and the relationship to social support. *Research in Nursing & Health*, 12, 161-167. Child Abuse Prevention and Maltreatment Act of 1998, 42 U.S.C.A. § 510g (2) (West Suppl.1998).
- Cattaneo, Z., & Vecchi, T. (2011). *Blind vision: the neuroscience of visual impairment*. MIT Press.
- Cernkovich, S. A., & Giordano, P. C. (1987). Family relationships and delinquency. *Criminology*, 25(2), 295-319.
- Charlesworth, R. (2011). *Understanding Child Development*, 8th edition, Wadsworth, Cengage Learning.
- Cho, J., Hendrickson, J. M., & Mock D. R. (2009). Bullying status and behavior patterns of preadolescents and adolescents with behavioral disorders. *Education and Treatment of Children*, 32, 655-671.
- Choi, E. S., & Chae, J. H. (2000). A study of psychological factors associated with bullying. *Understanding People*, 21, 109–137.
- Clements, M., & Barnett, D. (2002). Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: Examining the Strange Situation and attachment Q-sort. *Infant mental health journal*, 23(6), 625-642.
- Cole, J., Cornell, D., & Sheras, P. (2006). Identification of school bullies by survey methods. *Professional School Counseling*, 9, 305-313.
- Coleman, P. K. (2003). Perceptions of parent–child attachment, social self-efficacy, and peer relationships in middle childhood. *Infant and Child Development*, 12, 351-368.
- Collignon, O., Voss, P., Lassonde, M., & Lepore, F. (2009). Cross-modal plasticity for the spatial processing of sounds in visually deprived subjects. *Experimental brain research*, 192(3), 343.
- Connors-Burrow, N., Johnson, D., Whiteside-Mansell, L., McKelvey, L., & Gargus, R. (2009). Adults matter: Protecting children from the negative impacts of bullying. *Psychology in the Schools*, 46, 593-604.
- Connolly, I., & O'Moore, M. (2003). Personality and family relations of children who bully. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 559-567.
- Cowie, H., & Jennifer, D. (2007) *Managing Violence in Schools: A Whole-School Approach to Best Practice*. London: Sage Publications.

- Cox, A.D. & Lambrenos, K. (1992). Childhood physical disability and attachment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34, 1037-1046.
- Crick, N. R., & Nelson, D. A. (2002). Relational and physical victimization within friendships: Nobody told me there' d be friends like these. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 599-607.
- Crosse, S., Elyse, K., & Ratnofsky, A. (1993). *A Report on the Maltreatment of Children with Disabilities*. Washington, DC: National Center on Child Abuse and Neglect, U.S. Department of Health and Human Services.
- Crothers, L., Kolbert, J., & Barker, W., (2006). Middle School Students' Preferences for Anti-Bullying Interventions. *School Psychology International*, 27, 475 – 487
- Crowe, T. (2003). Self-Esteem Scores Among Deaf College Students: An Examination of Gender and Parents' Hearing Status and Signing Ability. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(2), 199-206.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. Στο Cassidy J., & Shaver P. R. (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, Guilford Press.
- Cullerton-Sen, C., Cassidy, A., Murray-Close, D., Cicchetti, D., Crick, N., & Rogosch, F. (2008). Childhood maltreatment and development of relational and physical aggression: The importance of a gender informed approach. *Child Development*, 79, 1736-1751.
- Department for Children, Schools and Families (2007a): *Cyber bullying. Safe to Learn: Embedding Anti-bullying Work in Schools*. London: Author.
- Dane-Staples, E., Lieberman, L., Ratciff, J., & Rounds, K. (2013). Bullying experiences of individuals with visual impairment: The mitigating role of sport participation. *Journal of Sport Behavior*, 36(4), 365.
- Demir, T., Bolat, N., Yavuz, M., Karacetin, G., Dogangun, B., & Kayaalp, L. (2014). Attachment characteristics and behavioral problems in children and adolescents with congenital blindness. *Eye*, 1(4), 5
- Didaskalou, E., Andreou, E., & Vlachou, A. (2009). Bullying and victimization in children with special educational needs: implications for inclusive practices. *Revista Interacções*, 13, 249-274.

- Dijkers, M. P. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: a review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 87.
- Doh, H. S. (2002). A study on victimized children: Demographic characteristics and parenting behaviors. *Human Life Environment Research*, 1, 57–71.
- Douglas, G., Mccall, S., McLinden, M., Pavey, S., Ware, J., & Farrell, A.M. (2009). *International review of the literature of evidence of best practice models and outcomes in the education of blind and visually impaired children*. Trim, County Meath, National Council for Special Education.
- Dubowitz, H., Black, M. M., Cox, C. E., Kerr, M. A., Litrownik, A. J., Radhakrishna, A., & Runyan, D. K. (2001). Father involvement and children's functioning at age 6 years: A multisite study. *Child Maltreatment*, 6(4), 300-309.
- Elicker, J., Englund, M., & Sroufe, L.A. (1992). *Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships*. In R. Park and G. Ladd (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp77-106). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Eliot, M., & Cornell, D. G. (2009). Bullying in middle school as a function of insecure attachment and aggressive attitudes. *School Psychology International*, 30(2), 201-214.
- Erginoz, E., Alikasifoglu, M., Ercan, O., Uysal, O., Alp, Z., Ocak, S., Tanyildiz, G.O, Ekici, B., Yucel, I.K., & Albayrak Kaymak, D. (2015). The role of parental, school, and peer factors in adolescent bullying involvement: Results from the Turkish HBSC 2005/2006 study. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1591-NP1603.
- Espelage, D., & Swearer, S.M. (2003). Research on school bullying and victimization: what we learned and where do we go from here? *School Psychology Review*, 32(3), 365-383.
- Estell, D., Farmer, T., Irvin, M., Crowther, A., Akos, P., & Boudah, D. (2009). Students with exceptionalities and the peer group context of bullying and victimization in late elementary school. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 136-150.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M., & Goldberg, D. (2009). Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(8), 635-641.

- Finnegan, R. A., Hodges, E. V. E., & Perry, D. G. (1998). Victimization by peers: Associations of children's reports of mother-child interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1076–1086.
- Finnie, N. (2009). *Finnie's Handling the Young Child with Cerebral Palsy at Home*. London: Elsevier Science.
- Flannery, D.J., Singer, M. I., & Wester, K. L. (2004). Impact of exposure to violence in school on child and adolescent mental health and behavior. *Journal of Community Psychology*, 32(5), 559–573.
- Floreno, J. (2011). Computer Crimes. *American School and University*, 83(6), 34-36.
- Fosse, G. K., & Holen, A. (2002). Childhood environment of adult psychiatric outpatients in Norway having been bullied in school. *Child Abuse & Neglect*, 26, 129-137.
- Frederickson, N. (2010). Bullying or Befriending? Children's responses to classmates with special needs. *British Journal of Special Education*, 37(1), 4-12.
- Froese-Germain, B. (2008). Bullying Gets Digital Shot-in-the Arm. *Education Canada*, 48 (4), 44-47.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985/1991). *Adult Attachment Interview protocol (2nd ed)*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Georgiou, S. N. (2008a). Bullying and victimization at school: The role of mothers. *British Journal of Educational Psychology*, 78(1), 109-125.
- Georgiou, S. N. (2008b). Parental style and child bullying and victimization experiences at school. *Social Psychology of Education*, 11(3), 213-227.
- Gold, G., Shaw, A., & Wolffe, K. (2010). The Social Lives of Canadian Youths with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 104, 431-443.
- Greenberg, M., & Marvin, R. (1979). Attachment patterns in profoundly deaf preschool children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 25(4), 265-279.
- Hadadian, A. (1995) Attitudes toward deafness and security of attachment relationships among young deaf children and their parents. *Early Education and Development*, 6, 181–191.
- Harris, S., & Petrie, G. F. (2003). *Bullying: The bullies, the victims, the bystanders*. Lanham, Maryland and Oxford: Scarecrow Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1), 1-22.

- Heine, C., & Browning, C.J. (2004). The communication and psychosocial perceptions of older adults with sensory loss: A qualitative study. *Ageing and Society*, 24, 113-130.
- Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μια Εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. (Μτφ.: Χ. Λυμπεροπούλου). Α. Δαβάζογλου, Κ. Κόκκινος (Επιμ.). (β' εκδ.) Αθήνα: Τόπος.
- Hill, N., Castellino, D., Lansford, J., Nowlin, P., Dodge, K., Bates, J., & Pettit, G. (2004). Parent academic involvement as related to school behavior, achievement, and aspirations: Demographic variations across adolescents. *Child Development*, 75, 1491-1509.
- Hill, J. L. (1999). *Meeting the Needs of Students with Special Physical and Health Care Needs*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/ Prentice Hall.
- Hinduja, S., & Patchin, J.W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of Suicide Research*, 14, 206–221.
- Hodgdon, P.S. (2005). *Bullying and Victimization among Middle School Students in Residential Schools for the Deaf. Program Implications*. Unpublished dissertation, Gallaudet University, Washington, DC.
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 24, 178-187.
- Holt, J.L. (1968). Discussion of the method and the clinical implications from the study "Children's recall of a pre-school age hospital experience after an interval of 5 years." *Communications in Nursing Research*, 1, 56-72.
- Horwood, J., Waylen, A., Herrick, D., Williams, C., & Wolke, D. (2005). Common visual defects and peer victimization in children. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 46(4), 1177-1181.
- Houndoumadi, A., & Pateraki, L. (2001). Bullying and bullies in Greek elementary schools: pupils' attitudes and teachers'/parents' awareness. *Educational Review*, 53(1), 19-26.
- Howe, D. (2006). Disabled children, parent-child interaction and attachment. *Child & Family Social Work*, 11(2), 95-106.

- Hughes, J. N. (2012). Teacher-student relationships and school adjustment: Progress and remaining challenges. *Attachment & Human Development, 14* (3), 319-327.
- Hugh-Jones, S., & Smith, P. K. (1999). Self-reports of short-and long-term effects of bullying on children who stammer. *British Journal of Educational Psychology, 69*(2), 141-158.
- Jackson, W. T. & Taylor, R. E. (2001). Visual Impairments. In C. Radnitz (Ed.). *Cognitive-Behavioral interventions for persons with disabilities*, Northvale, NJ: Aronson.
- Jacobson, J.L., & Wille, D.E. (1986). The influence of attachment pattern on developmental changes in peer interaction from the toddler to the preschool period. *Child Development, 57*, 338-347.
- Jeffrey, L. R., Miller, D., & Linn, M. (2001). Middle school bullying as a context for the development of passive observers to the victimization of others. *Journal of Emotional Abuse, 2*(2-3), 143-156.
- Jones, E. (2003). *Σηγκμουντ Φρόνυτ, η ζωή και το έργο του*. (Μετάφραση: Ξενοφώντα Κομνηνού). Αθήνα: Ίνδικτός.
- Juvonen, J., Graham, S., & Schuster, M. (2003). 'Bullying among young adolescents. The strong, the weak and the troubled'. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics, 112*(6), 1231-1237.
- Kafetsios, K. (2003). Attachment, emotional regulation and psychological well-being: Review and clinical applications. *Encephalos, 40*, 30-45.
- Kef, S., & Bos, H. (2006). Is love blind? Sexual behavior and psychological adjustment of adolescents with blindness. *Sexuality and Disability, 24*(2), 89-100.
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., & Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *British Journal of Clinical Psychology, 12*, 93-98.
- Kent, B. A. (2003). Identity issues for hard-of-hearing adolescents aged 11, 13, and 15 in mainstream setting. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 8*(3), 315-324.
- Kestenbaum, R., Farber, E.A., & Sroufe, L.A. (1989). Individual differences in empathy among preschoolers: Relation to attachment history. In N. Eisenberg (Ed.), *Empathy and related emotional responses* (New Directions for Child Development No. 44). San Francisco: Jossey-Bass.

- Kim, S. I. (2005). Relations of family violence, gender role socialization, and school violence. *Korean Journal of Youth Studies*, *12*, 215-241.
- Kobak, R.R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, *59*, 135-146.
- Kokkinos, C. M. (2013). Bullying and victimization in early adolescence: Associations with attachment style and perceived parenting. *Journal of School Violence*, *12*(2), 174-192.
- Kokkinos, C. M. (2007). Elementary school children's involvement in bullying and victimization: The role of attachment style and internalizing and externalizing symptomatology. *Scientia Paedagogica Experimentalis*, *XLIV*, *1*, 33 – 49.
- Kokkinos, C. M., & Kipritsi, E. (2012). The relationship between bullying, victimization, trait emotional intelligence, self-efficacy and empathy among preadolescents. *Social Psychological Education*, *15*, 41-58.
- Kouwenberg, M., Rieffe, C., Theunissen, S. C., & de Rooij, M. (2012). Peer victimization experienced by children and adolescents who are deaf or hard of hearing. *PLoS One*, *7*(12), e52174.
- Kowalski, R.M., Limber, S.E., & Agatston, P.W. (2008). *Cyberbullying: Bullying in the digital age*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Kuder, S. J. (2003). *Teaching students with language and communication disabilities*. London: Pearson Education.
- Kuppens, S., Grietens, H., Onghena, P., & Michiels, D. (2009). Associations between parental control and children's overt and relational aggression. *British Journal of Developmental Psychology*, *27*, 607-623.
- Kvam, M. H., & Loeb, M. (2010). The relation between adverse childhood experiences and later mental health among deaf adults. *Scandinavian Journal of Disability Research*, *12*(4), 233-244.
- Ladd, G.W., & Ladd, B. K. (1998). Parenting behaviors and parent-child relationships: Correlates of peer victimization in kindergarten. *Developmental Psychology*, *34*, 1450–1458.
- Ladd, G. W. (1992). Themes and theories: Perspectives on processes in family-peer relationships. In R. D. Parke & G. W. Ladd (Eds.), *Family peer relationships: Modes of linkage* (pp. 3-34). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Laible, D.J., Gustavo, C., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 45-59.
- Langevin, M., Bortnick, K., Hammer, T., & Wiebe, E. (1998). Teasing/bullying experienced by children who stutter: Toward development of a questionnaire. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 25, 12-24.
- Larke, I. D., & Beran, T. N. (2006). The relationship between bullying and social skills in primary school students. *Issues in Educational Research*, 16, 1-11.
- Lederberg, A., & Mobley, C. (1990). The effect of hearing impairment on the quality of attachment and mother-toddler interaction. *Child Development*, 61(5), 1596-1604
- Leenaars L. S., Dane, A. V., & Marini, Z. A. (2008). Evolutionary perspective on indirect victimization in adolescence: The role of attractiveness, dating, and sexual behavior. *Aggressive Behavior*, 34, 404-415.
- Lieberman, M., Doyle, A., & Markiewicz, D. (1999). Developmental patterns in security of attachment to mother and father in late childhood and early adolescence: Associations with peer relations. *Child Development*, 70, 202-213.
- Limber, S. P. (2011). Development, evaluation, and future directions of the Olweus Bullying Prevention Program. *Journal of school violence*, 10(1), 71-87.
- Lindsay, S., & McPherson, A. C. (2012). Experiences of social exclusion and bullying at school among children and youth with cerebral palsy. *Disability and rehabilitation*, 34(2), 101-109.
- Lindsay, G., Dockrell, J. E., & Mackie, C. (2008). Vulnerability to bullying in children with a history of specific speech and language difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, 23, 1-16.
- Liptak, G.S. (2007). Neural tube defects. In Batshaw M. L., Pellegrino L., & Roizen N.J. (Eds.), *Children with disabilities* (6th ed.). Baltimore: Brookes.
- Livingston, M. H., Rosenbaum, P. L., Russell, D. J., & Palisano, R. J. (2007). Quality of life among adolescents with cerebral palsy: what does the literature tell us? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(3), 225-231.
- Lopez, S. (2014). *Mothers' and fathers' attachment relationships with children who have disabilities*. Utah State University.

- Lopez, S., & Rich, K. (2011). *Parental attachment with children who have disabilities (pilot study)*. Logan, UT: Utah State University.
- Lotery, A., Xu, X., Zlatava, G., & Loftus, J. (2007). Burden of illness, visual impairment and health resource utilisation of patients with neovascular age-related macular degeneration: results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study. *British Journal of Ophthalmology*, *91*(10), 1303-1307.
- MacDonald, K., & Parke, R. (1984). Bridging the gap: Parent-child play interaction and peer interactive competence. *Child Development*, *55*, 1265-1277.
- Mackay, J., Charles, S. T., Kemp, B., & Heckhausen, J. (2011). Goal striving and maladaptive coping in adults living with spinal cord injury: Associations with affective well-being. *Journal of Aging and Health*, *23*(1), 158-176.
- Macklem, G. L. (2003). *Bullying and teasing: Social power in children's groups*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Macrae, K.A.M. (2003) Attachment in blind infants: a systematic investigation using Ainsworth's strange situation. *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*, *63* (12-B), 6121.
- Maher, T.F. (1989) The psychological development of prelinguistic deaf infants. *Clinical Social Work Journal*, *17*, 209–222.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security of infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Στο Bretherton, I & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in *Child Development*, *50*, 66–104.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984). *Adult attachment scoring and classification system*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Malone, P., Lansford, J., Castellino, D., Berlin, L., Dodge, K., Bates, J., & Pettit, G. (2004). Divorce and child behavior problems: Applying latent change score models to life event data. *Structural Equation Models*, *11*, 401-423.
- Mantzicopoulos, P., & Neuharth-Pritchett, S. (2003). Development and validation of a measure to assess Head Start children's appraisals of teacher support. *Journal of School Psychology*, *41*, 431-451
- Marini, Z., Dane, A., Bosacki, S., & YLC-CURA (2006). Direct and indirect bully-victims: Differential psychosocial risk factors associated with adolescents involved in bullying and victimization. *Aggressive Behavior*, *32*, 551-569.

- Marini, Z., Fairbairn, L., & Zuber, R. (2001). Peer harassment in individuals with developmental disabilities: Towards the development of a multidimensional bullying identification model. *Developmental Disabilities Bulletin*, 29(2), 170-195.
- Marschark, M. (2007). *Raising and educating a deaf child: A comprehensive guide to the choices, controversies, and decisions faced by parents and educators*. New York: Oxford University Press.
- Marschark, M., & Hauser, P.C. (2008). Cognitive underpinnings of learning by deaf and hard-of-hearing students. In: M. Marschark & P.C. Hauser (Eds.), *Deaf cognition: Foundations and outcomes* (pp. 3-23). New York: Oxford University Press.
- Martin, F.N., & Clark, J.G. (2006). *Introduction to Audology* (9th edition). Boston: Allyn and Bacon.
- Martlew, M., & Hodson, J. (1991). Children with mild learning difficulties in an integrated and in a special school: Comparisons of behaviour, teasing and teachers' attitudes. *British Journal of Educational Psychology*, 61, 355-372.
- Mayeux, L., & Cillessen, A. H. N. (2008). It's not just being popular, it's knowing it, too: The role of self-perceptions of status in the associations between peer status and aggression. *Social Development*, 17, 871-888.
- McLaughlin, C., Byers, R., & Vaughn, R. P. (2010). *Responding to bullying among children with special educational needs and/or disabilities*. London, England: Anti-Bullying Alliance.
- Meadow, K., Greenberg, M., & Erting, C. (1983). Attachment behavior of deaf children with deaf parents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1), 23.
- Meadow-Orlans, K.P. & Steinberg, A.G. (1993) Effects of infant hearing loss and maternal support on mother–infant interactions at 18 months. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 407–426.
- Michiels, D., Grietens, H., Onghena, P., & Kuppens, S. (2008). Parent–child interactions and relational aggression in peer relationships. *Developmental Review*, 28(4), 522-540.

- Mitsopoulou, E., & Giovazolias, T. (2013). The relationship between perceived parental bonding and bullying: The mediating role of empathy. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 1-16.
- Mishna, F. (2003). Learning disabilities and bullying double jeopardy. *Journal of learning disabilities*, 36(4), 336-347.
- Mohebbi, M., Mirnasab, M., & Wiener, J. (2016). Parental and school bonding in Iranian adolescent perpetrators and victims of bullying. *School Psychology International*, 37(6), 583-605.
- Mohr, A. (2006). Family Variables associated with peer victimization: Does family violence enhance the probability of being victimized by peers? *Swiss Journal of Psychology*, 65, 107-116.
- Monks, C. P., Smith, P. K., & Swettenham, J. (2005). Psychological correlates of peer victimisation in preschool: Social cognitive skills, executive function and attachment profiles. *Aggressive Behavior*, 31, 571-588.
- Moore, D.F., (2007). *Εκπαίδευση και κόφωση: ψυχολογική προσέγγιση, αρχές και πρακτικές* (Μτφ.: Χ. Λυμπεροπούλου). Α. Ζώνιου-Σιδέρη & Ε. Ντεροπούλου-Ντέρου (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Morrison, G. M., Furlong, M. J., & Smith, G. (1994). Factors associated with the experience of school violence among general education, leadership class, opportunity class, and special day class pupils. *Education and Treatment of Children*, 17, 356-369.
- Morse, J. L. (2004). Psychological aspects of low vision. Στο R. T. Jose (Επιμ.), *Understanding low vision* (σ. 43-54). New York: American Foundation of the Blind.
- Myron-Wilson, R. (1998). The family and bullying: Parenting and transgenerational patterns of attachment. *Unpublished doctoral dissertation, Goldsmiths College, University of London, UK.*
- Nabuzoka, D. (2003). Teacher ratings and peer nominations of bullying and other behaviour of children with and without learning difficulties. *Educational Psychology*, 23, 307-321.
- Nabuzoka, D., & Smith, P. K. (1993). Sociometric status and social behaviour of children with and without learning difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1435-1448.

- Nadeau, L., & Tessier, R. (2006). Social adjustment of children with cerebral palsy in mainstream classes: peer perception. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *48*(5), 331-336.
- Nansel, T. R., Overpeck, M. D., Haynie, D. L., Ruan, W. J., & Scheidt, P. C. (2003). Relationships between bullying and violence among U.S. youth. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, *157*, 348-353.
- Naraine, M.D., & Lindsay, P.H. (2011). Social inclusion of employees who are blind or low vision. *Disability and Society*, *26*, 389-403.
- Nation, M., Vieno, A., Perkins, D. D., & Santinello, M. (2008). Bullying in school and adolescent sense of empowerment: An analysis of relationships with parents, friends, and teachers. *Journal of community & applied social psychology*, *18*(3), 211-232.
- Nickerson, A. B., Mele, D., & Princiotta, D. (2008). Attachment and empathy as predictors of roles as defenders or outsiders in bullying interactions. *Journal of school psychology*, *46*(6), 687-703.
- Nikiforou, M., Georgiou, S. N., & Stavriniades, P. (2013). Attachment to parents and peers as a parameter of bullying and victimization. *Journal of criminology*, *2013*.
- Nordhagen, R., Nielsen, A., Stigum, H., & Köhler, L. (2005). Parental reported bullying among nordic children: a population-based study. *Child: care, health and development*, *31*(6), 693-701.
- O'Brennan, L., Bradshaw, C., & Sawyer, A. (2009). Examining developmental differences in the social-emotional problems among frequent bullies, victims, and bully/victims. *Psychology in the Schools*, *46*, 100-115.
- O' Connor, E., Collins, B. A., & Supplee L. (2012). Behavior problems in late childhood: The roles of early maternal attachment and teacher-child relationship trajectories. *Attachment & Human Development*, *14* (3), 265-288.
- Odding, E., Roebroek, M. E., & Stam, H. J. (2006). The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. *Disability and rehabilitation*, *28*(4), 183-191.
- Olweus, D. (2009). Bullying and violence in school. *What do we know and what can we do. Translation of the original work (1993) in Greek by ΕΨΥΠΠΕ*. Athens, Greece.

- Olweus, D. (2005). A useful evaluation design, and effects of the Olweus Bullying Prevention Program. *Psychology, Crime & Law*, 11(4), 389-402.
- Olweus, D. (2002a). 'Sweden' in: Smith, P., Morita, P., Junger – Tas, Y., Olweus, D., Catalano, R. & Slee, P. (Ed) *The nature of school bullying. A cross-national perspective*. London – New York: Routledge
- Olweus, D. (2002b). 'Norway' in: Smith, P., Morita, P., Junger – Tas, Y., Olweus, D., Catalano, R. & Slee, P. (Ed) *The nature of school bullying. A cross-national perspective*. London – New York: Routledge
- Olweus, D. (1995). *Bullying at school*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Olweus, D. (1993). *Understanding children's worlds: Bullying at School. What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental psychology*, 16(6), 644-660.
- O'Moore, M. (2000). Critical Issues for Teacher Training to Counter Bullying and Victimization in Ireland. *Aggressive Behavior*, 26(1), 99-111.
- Papavasiliou, A. S. (2009). "Management of motor problems in cerebral palsy: a critical update for the clinician." *European Journal of Paediatric Neurology*, 13(5), 387-396.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.
- Parker, G. (1981). Parental reports of depressives: An investigation of several explanations. *Journal of affective disorders*, 3(2), 131-140.
- Parker, G. (1983). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression: a risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40(9), 956-960.
- Parker, G. (1990). The parental bonding instrument. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 281-282.
- Parkes, C. M., Hinde, J. S., & Marris, P. (1991). *Attachment Across the Life Cycle*. London: Routledge.
- Pastor, D. L. (1981). The quality of mother–infant attachment and its relationship to toddlers' initial sociability with peers. *Developmental Psychology*, 17(3), 326-335.
- Patterson, C. (2009). *Infancy & Childhood*. McGraw-Hill Education.
- Pateraki, L., & Houndoumadi, A. (2001). Bullying among primary school children in Athens, Greece. *Educational Psychology*, 21(2), 167-175.

- Paul, V. P. (2001). *Language and Deafness*. Canada: Singular Thomson Learning.
- Pellegrino, L. (2007). Cerebral palsy. In: M.L., Batshaw, L., Pellegrino, & N.J., Roizen (Eds.), *Children with disabilities*. (6th ed.). Baltimore: Brooks.
- Pepler, D., Rigby, K., & Smith, P. K. (2004). *Bullying in schools: How successful can intervention be?* Cambridge University Press.
- Percy-Smith, L., Cayé-Thomasen, P., Gudman, M., Jensen, J. H., & Thomsen, J. (2008). Self-esteem and social well-being of children with cochlear implant compared to normal-hearing children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 72(7), 1113-1120.
- Perren, S., Dooley, J., Shaw, T., & Cross, D. (2010). Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, 1–10.
- Perren, S., & Hornung, R. (2005). Bullying and delinquency in adolescence: Victim's and perpetrators' family and peer relations. *Swiss Journal of Psychology*, 64(1), 51–64.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2015). Bullying in students with and without hearing loss. *Deafness & Education International*, 17(2), 101-110.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2011). Bullying in German adolescents: Attending special school for students with visual impairment. *British journal of visual impairment*, 29(3), 163-176.
- Pipp-Siegal, S. & Biringen, Z. (1998) Assessing the quality of relationships between parents and children: the emotional availability scales. *Volta Review*, 100, 237–249.
- Pontzer, D. (2010). A theoretical test of bullying behavior: Parenting, personality, and bully/victim relationship. *Journal of Family Violence*, 25, 259-273.
- Powell, S. (2003). *Special teaching in higher education: Successful strategies for access and inclusion*. Psychology Press. Kogan Page. London and Sterling, VA.
- Pring, L., & Tadić, V. (2010). The cognitive and behavioral manifestations of blindness in children. Στο R. D., Nass & Y. Frank (Επιμ.) *Cognitive and behavioral manifestations of pediatric diseases* (σ. 531-543). New York: Oxford University Press.
- Rican, P., Klicperova, M., & Koucka, T. (1993). Families of bullies and their victims: A children's view. *Studia Psychologica*, 35, 261–266.

- Richards, V., Pritchard, A., & Morgan, N. (2010). (Re)envisioning tourism and visual impairment. *Annals of Tourism Research*, 37, 1097-1116.
- Rigby, K. (2008). *Children and Bullying. How Parents and Educators Can Reduce Bullying at School*. USA: Blackwell Publishing.
- Rigby, K. (2007). *Bullying in Schools and What to Do about It: Revised and Updated*. Australia: ACER Press.
- Rigby, K., Slee, P. T., & Martin, G. (2007). Implications of inadequate parental bonding and peer victimization for adolescent mental health. *Journal of Adolescence*, 30(5), 801-812.
- Rigby, K. (2003a). *Bullying in schools and what to do about it*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Rigby, K. (1993). School children's perceptions of their families and parents as a function of peer relations. *The Journal of Genetic Psychology*, 154, 501-513.
- Röder, B., Rösler, F., & Spence, C. (2004). Early vision impairs tactile perception in the blind. *Current Biology*, 14(2), 121-124.
- Rose, C. A., Espelage, D. L., Aragon, S. R., & Elliott, J. (2011). Bullying and victimization among students in special education and general education curricula. *Exceptionality Education International*, 21(3), 2-14.
- Rose, C. A., Espelage, D. L., & Monda-Amaya, L. E. (2009). Bullying and victimisation rates among students in general and special education: A comparative analysis. *Educational Psychology*, 29(7), 761-776.
- Rosenberg J., & Wilcox W. B. (2006). *The Importance of Fathers in the Healthy Development of Children*, U.S. Department of Health & Human Services. Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse & Neglect.
- Rosenblum, L. P. (2000). 'Perceptions of the Impact of Visual Impairment on the Lives of Adolescents', *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 94, 434-45.
- Roy, A. W., & Spinks, R. M. (2005). *Real Lives: Personal and Photographic Perspectives on Albinism*. Glasgow: Albinism Fellowship.
- Russotti, J., Shaw, R., & Spungin, S. J. (2004). *When you have a visually impaired student in your classroom. A guide for paraeducators*. New York: American Foundation for the Blind.

- Ryan, H. A. M. (2012). *Mother-Child Attachment Development in Young Children with Hearing Loss: Effects of Early Versus Late Diagnosis of Hearing Loss* (Doctoral dissertation, Vanderbilt University).
- Sabol, T. J., & Pianta, R. C. (2012). Recent trends in research on teacher-child relationships. *Attachment & Human Development, 14* (3), 213-231.
- Sacks, S. Z. (2006). Teaching social skills to young children with visual impairments. Στο Sacks, S. Z. & Wolffe, K. E. (Επιμ.) *Teaching social skills to students with visual impairments* (σ. 332-363). New York: American Foundation for the Blind.
- Sacks, S. Z. (2010). Psychological and social implications of low vision. Στο A. L., Corn, J. N., Erin (Επιμ.) *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives* (σελ. 67-96). Second Edition. New York: American Foundation for the Blind.
- Sapouna, M. (2008). Bullying in Greek primary and secondary schools. *School Psychology International, 29*(2), 199-213.
- Sabornie, E. J. (1994). Social-affective characteristics in early adolescents identified as learning disabled and nondisabled. *Learning Disability Quarterly, 17*, 268–279.
- Salmivalli, C., Kaukiainen, A., & Lagerspetz, K. (2000). Aggression and sociometric status among peers: Do gender and type of aggression matter? *Scandinavian Journal of Psychology, 41*, 17-24.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica, 97*, 153-158.
- Savage, R. (2005). Friendship and bullying patterns in children attending a language base in mainstream school. *Educational Psychology in Practice, 21*, 23-36.
- Seibert, A., & Kerns, K. (2015). Early mother–child attachment Longitudinal prediction to the quality of peer relationships in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development, 39*(2), 130-138.
- Scheetz, N. A. (2004). *Psychological Aspects of Deafness*. Allyn & Bacon, Boston, MA.

- Schore, A.N. (2001a). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Shields, N., Murdoch, A., Loy, Y., Dodd, K. J., & Taylor, N. F. (2006). A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(2), 151-157.
- Shin, H., Lee, D. H., Yu, K., & Ham, K. (2016). The relationship between parental bonding and peer victimization: examining child stress and hopelessness as mediators. *Asia Pacific Education Review*, 17(4), 637-650.
- Shin, J. H., Hong, J. S., Yoon, J., & Espelage, D. L. (2014). Interparental conflict, parenting behavior, and children's friendship quality as correlates of peer aggression and peer victimization among aggressor/victim subgroups in South Korea. *Journal of interpersonal violence*, 29(10), 1933-1952.
- Smith, R. J., Shearer, A. E., Hildebrand, M. S., & Van Camp, G. (2014). *Deafness and hereditary hearing loss overview*. Seattle: University of Washington.
- Smith, P.K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S., & Tippett, N. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 376–385.
- Smith, P. K. (2003). *Violence in schools: The response in Europe*. London and New York: Routledge Falmer.
- Smith, P. K., & Brain, P. (2000). Bullying in schools: lessons from two decades of research. *Aggressive Behavior*, 26,1-9.
- Sprague, J. R., & Walker, H. M. (2005). *Safe and healthy schools: Practical prevention strategies*. Guilford Press.
- Stevens, V., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (2002). Relationship of the family environment to children's involvement in bully/victims problems at school. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 419–428.
- Strom, P.S., & Strom, R.D. (2005). When Teens Turn Cyberbullies. *The Education Digest*, 71 (4), 35-41.

- Suckling, A., & Temple, C. (2001). *Bullying: A whole-school approach*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Swanson, H.L., & Malone, S. (1992). Social skills and learning disabilities: A meta-analysis of the literature. *School Psychology Review, 21*, 427-442.
- Tadic, V., Pring, L., & Dale, N. (2010). Are language and social communication intact in children with congenital visual impairment at school age? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 696-705.
- Tasman, W., & Jaeger, E. A. (Eds.). (2005). *Duane's clinical ophthalmology on CD-ROM*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Théoret, H., Merabet, L., & Pascual-Leone, A. (2004). Behavioral and neuroplastic changes in the blind: evidence for functionally relevant cross-modal interactions. *Journal of Physiology-Paris, 98(1)*, 221-233.
- Theunissen, S. C., Rieffe, C., Kouwenberg, M., De Raeve, L. J., Soede, W., Briaire, J. J., & Frijns, J. H. (2014). Behavioral problems in school-aged hearing-impaired children: the influence of sociodemographic, linguistic, and medical factors. *European child & adolescent psychiatry, 23(4)*, 187-196.
- Thomson, N. R., Kennedy, E. A., & Kuebli, J. E. (2011). Attachment formation between deaf infants and their primary caregivers: is being deaf a risk factor for insecure attachment? In *Resilience in deaf children* (pp. 27-64). Springer New York.
- Thompson, R.A. (2000). New directions for child development in the twenty-first century: The legacy of early attachments. *Child Development, 71*, 145-152.
- Tokunaga, R.S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behaviour, 26*, 277-287.
- Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2008). Reintegrative shaming theory, moral emotions, and bullying. *Aggressive Behavior, 34*, 352-368.
- Troy, M., & Sroufe, L. A. (1987). Victimization among preschoolers: Role of attachment relationship history. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 26(2)*, 166-172.
- Tzonichaki, L., & Kleftaras, G. (2002). Paraplegia from spinal cord injury: Self-esteem, loneliness, and life satisfaction. *OTJR: Occupation, Participation and Health, 22(3)*, 96-103.

- Van Cleave, J., & Davis, M. M. (2006). Bullying and peer victimization among children with special health care needs. *Pediatrics*, *118*(4), e1212-e1219.
- Vernberg, E. M., Jacobs, A. K., & Hershberger, S. L. (1999). Peer victimization and attitudes about violence during early adolescence. *Journal of Clinical Child Adolescence*, *28*(3), 386-395.
- Walden, L. M., & Beran, T. N. (2010). Attachment quality and bullying behavior in school-aged youth. *Canadian Journal of School Psychology*, *25*(1), 5-18.
- Walker, J. G., Anstey, K. J., & Lord, S. R. (2006). Psychological distress and visual functioning in relation to vision-related disability in older individuals with cataracts. *British journal of health psychology*, *11*(2), 303-317.
- Walker, R. (2013). Child mental health and deafness. *Paediatrics and child health*, *23*(10), 438-442.
- Wall, A.E., Reid, G., & Paton, J. (1990). The syndrome of physical awkwardness. In G. Reid (Ed.). *Problems in movement control* (pp. 283-316). North-Holland: Elsevier.
- Walsh, J. (2010). Definitions matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they? *Arch Womens Ment Health*, *13*, 449-451.
- Wang, Y. (2008). Characteristics of School Bullying Behaviors in Deaf Students. *Chinese Journal of Special Education*, *2*, 12-17.
- Wasserman, G.A., Allen, R., & Solomon, C.R. (1985). At-risk toddlers and their mothers: The special case of physical handicap. *Child Development*, *56*, 73-83.
- Waters, E., & Cummings, E.M. (2000). New directions for child development in the twenty-first century: A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, *71*, 164-172.
- Wauters, L. N., & Knoors, H. (2008). Social integration of deaf children in inclusive settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *13*(1), 21-36.
- Weiner, M.T., Day, S.J., & Galvan, D. (2013). Deaf and Hardof Hearing Students' Perspectives on Bullying and School Climate. *American Annals of the Deaf*, *158*, 324-43.
- Wenar, C., & Kerig, P. K. (2008). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία* (Επιμ. Δ. Μαρκουλής & Ε. Γεωργακά, Μτφ. Ε. Γεωργακά & Δ. Μαρκουλής). Αθήνα: Gutenberg.

- Wheeler, A., Archbold, S., Gregory, S., & Skipp, A. (2007). Cochlear Implants: The Young People's Perspectives. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 12*, 303–16.
- Whitney, I., & Smith, P. K. (1993). A survey of the nature and extent of bully/victim problems in junior/middle and secondary schools. *Educational Research, 35*(1), 3–25.
- Whitney, I., Smith, P. K., & Thompson, D. (1994). Bullying and children with special educational needs. In P.K. Smith & S. Sharp (Eds.), *School bullying: Insights and perspectives* (pp. 213–240). London, UK: Routledge.
- Wilde, M., & Haslam, C. (1996). Living with epilepsy: a qualitative study investigating the experiences of young people attending outpatients' clinics in Leicester. *Seizure, 5*(1), 63-72.
- Williams, K., & Kennedy, J. H. (2012). Bullying behaviors and attachment styles. *North American Journal of Psychology, 14*, 321-338.
- Williams, S. K., & Kelly, F. D. (2005). Relationships among involvement, attachment, and behavioral problems in adolescence: Examining father's influence. *Journal of Early Adolescence, 25*, 168-196.
- Wilmshurst, L. (2011). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Μια αναπτυξιακή προσέγγιση* (Επιμ. Η. Μπεζεβέγκης, Μτφ. Μ. Κουλεντιανού). Αθήνα: Gutenberg.
- Willard, N. (2007). Cyberbullying: Q&A with Nancy Willard. *The Prevention Researcher, 14*, 13-15.
- Wilson-Jones, M. W., Morgan, E., Shelton, J. E., & Thorogood, C. (2007). Cerebral palsy: introduction and diagnosis (part I). *Journal of Pediatric Health Care, 21*(3), 146-152.
- World Health Organization. (2012). *Global Data on Visual Impairments 2010*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2012). *WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Mortality and Burden of Diseases and Prevention of Blindness and Deafness*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2009). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision, 1 (A'). Edition 2008. Geneva, Switzerland: WHO.

- Yorkston, K. M., Beukelman, D. R., Strand, E. A., Bell, K. R., & Καμπανάρου, Ε. Ε. (2006). *Θεραπευτική Παρέμβαση Νευρογενών Κινητικών Διαταραχών Ομιλίας σε Παιδιά και Ενήλικες*. Επιμέλεια: Καμπανάρου, Μ., Εκδόσεις Έλλην.
- Youngblade, L.M., & Belsky, J. (1992). Parent child antecedents of 5- year-olds' close friendships: A longitudinal analysis. *Developmental Psychology*, 28, 700-713.
- Yude, C., Goodman, R., & McConachie, H. (1998). Problems of children with hemiplegia in mainstream primary schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 533-541.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Αγγελοπούλου–Σακαντάμη, Ν. (2004). *Ειδική αγωγή: Αναπτυξιακές διαταραχές και χρόνιες μειονεξίες*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας).
- Αργυρόπουλος, Β. (2005). Σημειώσεις μαθήματος: «Εισαγωγή στην εκπαίδευση ατόμων με προβλήματα όρασης », Εκδόσεις Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
- Βάσιος, Σ., Στεργιούλης, Ι., & Σαρρής, Δ. (2006). Η ένταξη των παιδιών με κινητικές αναπηρίες στην σχολική διαδικασία. Στα Πρακτικά 1ου Εκπαιδευτικού Συνεδρίου ΠΕΔΙΕΚ Ηπείρου.
- Γιοβαζολιάς, Θ., Κουρκούτας, Η., & Μητσοπούλου, Ε. (2008). Σχολικός Εκφοβισμός, Θυματοποίηση και Τύπος Διαπαιδαγώγησης του Πατέρα: Ψυχοπαιδαγωγικές και Συμβουλευτικές Παρεμβάσεις. Στο Μ. Μαλικιώση και Α. Παπαστυλιανού (Επιμ.), *Η Συμβουλευτική Ψυχολογία στους Άντρες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Γουδήρας, Β.Δ. (2015). Ο σχολικός εκφοβισμός και οι επιπτώσεις του στον ψυχισμό των παιδιών και των εφήβων. Στα Πρακτικά του 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ειδικής Εκπαίδευσης με θέμα: «Διλήμματα και Προοπτικές στην Ειδική Εκπαίδευση». Αθήνα: Γρηγόρη, Τόμος Ε', σσ.165-174. ISBN: 978-960-333-902-1.
- Δελλασούδας, Λ.Γ. (2005). *Εισαγωγή στην Ειδική Παιδαγωγική: Διδακτική μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*. (Τομ. Β'). Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Δημητρίου, Λ. (2012). *Τα πρώτα έξι χρόνια της ζωής*. Αθήνα: Πεδίο.
- Δημητρίου-Χατζηνεοφύτου, Λ. (2001). *Τα πρώτα 6 χρόνια της ζωής*, Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Ζιάβρα, Ν., & Σκευάς, Α. (2009). «*Ωτορινολαρυγγολογία : Στοιχεία Ανατομίας, Φυσιολογίας και Παθολογίας*», Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

- Καΐλα, Μ., Πολεμικός, Ν., & Φιλίππου, Γ.(1997). *Άτομα με ειδικές ανάγκες* (στ' εκδ., Τόμ. Α). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κόκκινος, Κ. Μ., Βουλγαρίδου, Ι., & Κουκούτσης, Ν. (2014). Εκφοβισμός, Προσωπικότητα και Δεσμός Προσκόλλησης σε Μαθητές Προεφηβικής Ηλικίας. *Προσχολική και Σχολική Εκπαίδευση*, 3(1), 53-79.
- Κουρμπέτης, Β., & Χατζοπούλου, Μ. (2010). *‘Μπορώ και με τα μάτια μου’*. Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για κωφούς μαθητές. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Κουτάντος, Δ. (2005). *Η Εκπαίδευση παιδιών και νέων με μειωμένη όραση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κρουσταλλάκης Γ.Σ (2003). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες* (5η έκδοση). Αθήνα.
- Κρουσταλλάκης, Γ. Σ. (2004). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και στο σχολείο*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Κρουσταλάκης, Γ. (2005). *«Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο»*. Αθήνα: Offset.
- Κυπριωτάκης, Α. (2000). *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Λιοδάκης, Δ. (2000). *Εκπαιδευτικά προγράμματα για τυφλούς*. Αθήνα: Ατραπός.
- Οκαλίδου, Α. (2000). «Στοιχεία Ακοολογίας». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδόπουλος, Κ. (2007). *Εκπαίδευση Ατόμων με προβλήματα όρασης* (Πανεπιστημιακές σημειώσεις). Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Παπαδόπουλος, Κ. (2006). *Εκπαίδευση Ατόμων με προβλήματα όρασης* (Πανεπιστημιακές σημειώσεις). Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες: Σύγχρονες τάσεις εκπαίδευσης και ειδικής υποστήριξης. Τόμος Α'.* Αθήνα: Horizon.
- Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, Σ. (1995). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα: Ατραπός.
- Πράπα, Α. (2012). *Στρατηγικές αντιμετώπισης του σχολικού εκφοβισμού από μαθητές που φοιτούν στο γενικό γυμνάσιο και από μαθητές με αναπηρία που φοιτούν σε ειδικά εκπαιδευτικά πλαίσια*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής.
- Σακκά, Δ., & Μάρκος, Α. (2013). Από την πλευρά των εφήβων: Η βία και η επιθετικότητα στο σχολείο σε σχέση με την εθνοπολιτισμική προέλευση και το φύλο. Στο Β. Δεληγιάννη-Κουϊμτζή, Ε. Γωνίδα, Ε. Φίγγου, Α. Μπάκα, & Δ.

- Μωραΐτου (Επιμ.), *Επιστημονική Επετηρίδα της Φιλοσοφικής Σχολής, Τμήμα Ψυχολογίας, Τόμος Ι* (σελ. 127-162). Θεσσαλονίκη: Υπηρεσία Δημοσιευμάτων Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
- Σπετσιώτης, Ι., Σταθόπουλος, Σ. (2003). *Παιδαγωγική και Διδακτική των Παιδιών με Κινητικά Προβλήματα*. Αθήνα: Ωρίων.
- Τζούδα, Β. (2005). *Εκπαιδευτικές και επαγγελματικές προσδοκίες μαθητών με κινητική αναπηρία στη δευτεροβάθμια δημόσια ειδική εκπαίδευση στην Ελλάδα: μια μελέτη για τους παράγοντες των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών προσδοκιών των μαθητών με κινητική αναπηρία των ειδικών σχολείων δε..* (Doctoral dissertation, Πανεπιστήμιο Πατρών. Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών. Τμήμα Παιδαγωγικό Δημοτικής Εκπαίδευσης).
- Τσιαντής, Ι. (2008). *Ενδοσχολική βία*. 11^ο Πρόγραμμα Προαγωγής Ψυχικής Υγείας. Αθήνα.
- Τσιναρέλης, Γ. (2005). *Εκπαίδευση και άτομα με προβλήματα όρασης*. Αθήνα.
- Τσίτουρα, Σ. (2006). *Εκφοβισμός (Bullying): το θύμα, ο θύτης και οι παρατηρητές*. Στα Πρακτικά του 18ου Συνέδριου ΕΕΚΠΠΥ.
- Τσιόλκα, Ε. (2008). *Στρατηγικές αντιμετώπισης της θυματοποίησης από μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες*. Θεσσαλονίκη.
- Χατζηχαράλαμπος, Ε. (2000). *Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μερικώς βλεπόντων και τυφλών ατόμων- Διαταραχές αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης*. Αθήνα.
- Ψάλτη, Αν., & Κωνσταντίνου, Κ. (2007). Το φαινόμενο του εκφοβισμού στα σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης: Η επίδραση του φύλου και της εθνοπολιτισμικής προέλευσης. *Ψυχολογία*, 14(4), 329-345.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Alward, M. (2005). Bullying: How to Help Your Child Cope. www.googobits.com/EmotionalBullying.mht.
- Gaul, C. (2010). Bullying survey reports 50% of high school students admit to violence. [Newsgroup]. Ανακτήθηκε από: www.usaliveheadlines.com/1849/bullyingsurvey-reports-50-of-high-school-students-admit-to-violence.htm.
- Gearing, A. (2005). *Attachment theory and real life: How to make ideas work*. <http://education.umn.edu/ceed/publication> (Update; Original version published 1996).
- Gruber J. & Fineran S. (2008). *Sexual Harassment At School-More Harmful Than Bullying*. Ανακτήθηκε από www.sciencedaily.com/.../2008/.../080423115922.htm.
- Health Resources and Services Administration (2004). Bullying among children and youth with disabilities and special needs. Ανακτήθηκε από http://www.tourettesyndrome.net/wp-content/uploads/SBN_Tip_24.pdf.
- Linden, M. (2009). *Sexual bullying: thousands of pupils suspended*. Ανακτήθηκε από www.independent.co.uk/.../sexual-bullying-thousands-of-pupils-suspended1226341.html.
- IDEA's Definition of Disabilities. ERIC Digest E560. ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education Reston VA. Ανακτήθηκε από <https://www.ericdigests.org/1999-4/ideas.htm>.
- Metcalf, S., (2013). The importance of fathers' time, Ανακτήθηκε από <http://www.fathermag.com>.
- Millar, D., Essex University, (2006). The impact father on a child's socio-emotional development, Father matter, Father Knowledge Centre Europe. Ανακτήθηκε από <http://www.fathermatter.wordpress.com>.
- Murphy, V. (2009). Rising problem of sexual bullying in schools. Ανακτήθηκε από www.news.bbc.co.uk/.../7811468.stm.
- National Spinal Cord Injury Statistical Center (2006). What are the leading causes of SCI? Birmingham, AL: Author. (<http://www.uab.edu/medicine/sci/>)

- Olweus Bullying Prevention Program (2007a). What is Bullying? Hazelden Foundation. Ανακτήθηκε από http://www.olweus.org/public/bullying_prevention_program.page.
- Olweus Bullying Prevention Program (2007b). What is the Olweus Bullying Prevention Program? Hazelden Foundation. Ανακτήθηκε από http://www.olweus.org/public/bullying_prevention_program.page.
- Robinson, J. (2008). *Sexual harassment at school -- more harmful than bullying*. Ανακτήθηκε από www.bio-medicine.org/medicine-news-1/sexual-harassment-at-school---more-harmful-than-bullying-17544-1/.
- Saner, E. (2007). *I was called names like "slut and whore"*. Ανακτήθηκε από www.guardian.co.uk/world/2007/nov/30/gender.pupilbehaviour.
- Woolcock, N. (2009). *Thousands excluded for sexual bullying in schools*. Ανακτήθηκε από www.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/.../article5451814.ece.
- U.S. Department of Education, Institute of Education Science. (2010). *Indicators of school crime and safety*. Ανακτήθηκε από http://nces.ed.gov/programs/crimeindicators/crime_indicators2010/ind_11.asp
- <http://www.who.int/apoc/onchocerciasis/en/>
- <http://www.who.int/trachoma/disease/en/>
- https://nei.nih.gov/health/maculardegen/armd_facts
- <http://www.ygeiaonline.gr/component/content/article?id=13248:what-is-achondroplasia>
- <http://www.iatronet.gr/ygeia/nevrologia/article/7704/nwtiaia-myiki-atrofia.html>
- <http://famousquotessie.weebly.com/blog/tim-fields-quote>
- <https://www.vice.com/gr/article/giati-h-mona3ia-ephreazei-toso-toys-neoys>
- http://www.changingthepresent.org/blindness_and_vision/quotes
- https://www.reddit.com/r/deaf/comments/5c1v6q/favorite_quotes/
- <https://www.askideas.com/64-top-quotes-and-sayings-about-disability/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι- ΠΙΝΑΚΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ*1. Kolmogorov-Smirnov τεστ για όλες τις μεταβλητές*

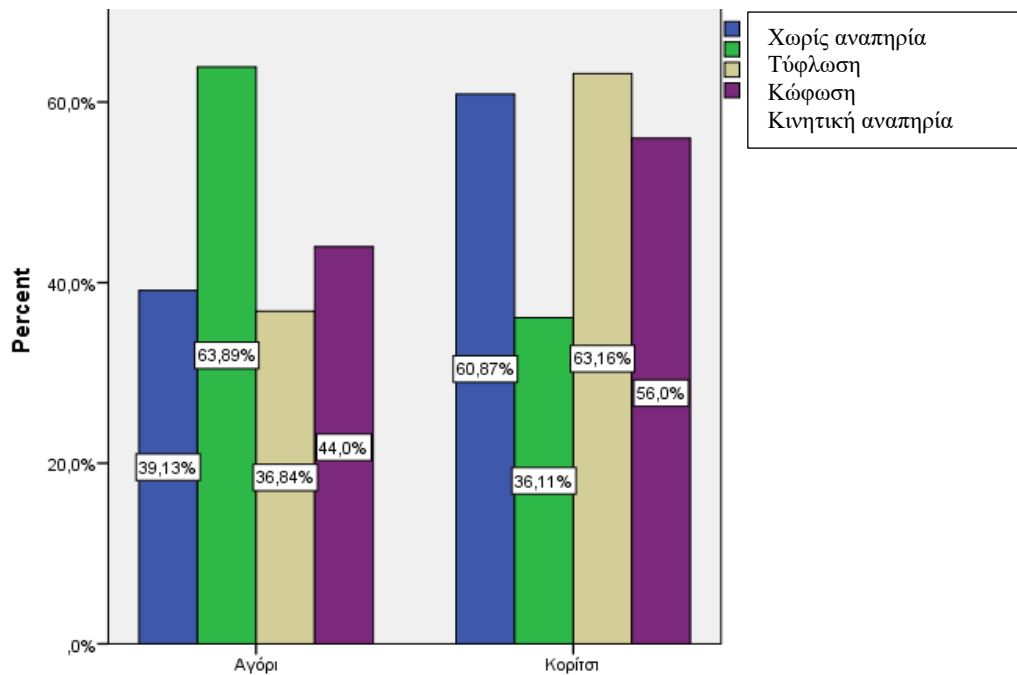
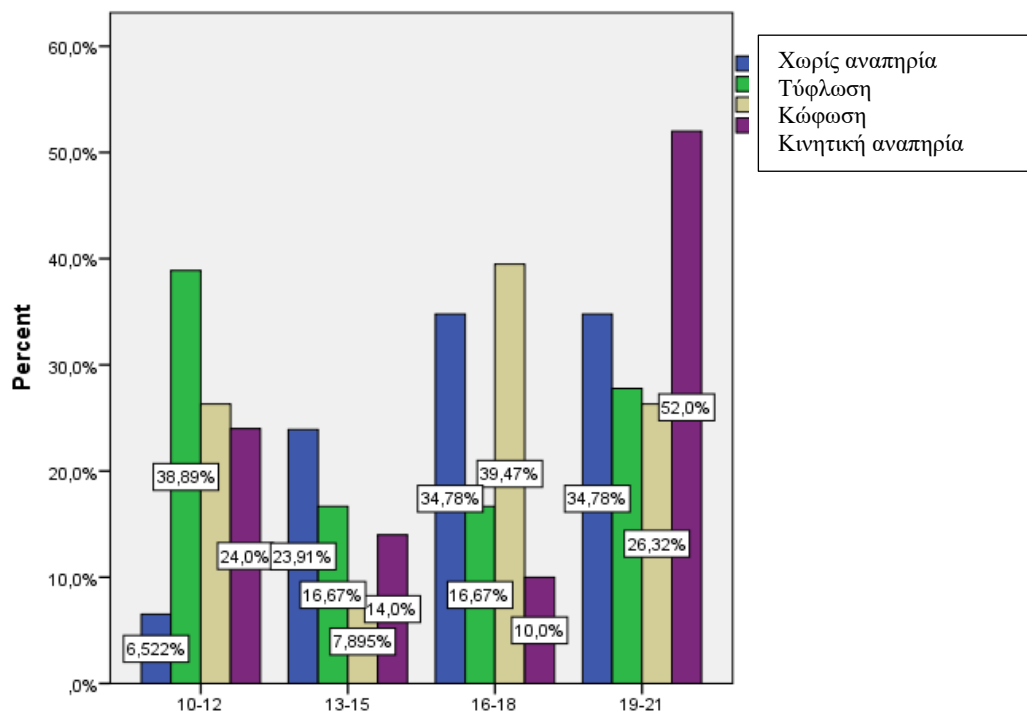
Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
16. Πόσο συχνά παρατηρούνται φαινόμενα βίας στο σχολείο σου;	,182	145	,000	,911	145	,000
17. Πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνει ο πατέρας σου σε σένα (για παιχνίδι, για βόλτα, για διάβασμα κλπ.);	,256	145	,000	,814	145	,000
18. Πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνει η μητέρα σου σε σένα (για παιχνίδι, για βόλτα, για διάβασμα κλπ.);	,263	145	,000	,814	145	,000
21. Ένας μαθητής /τρια με πείραξε με πολύ άσχημο τρόπο.	,198	145	,000	,879	145	,000
22. Ένας μαθητής/τρια είπε ότι θα με χτύπαγε ή θα με τραυμάτιζε.	,265	145	,000	,809	145	,000
23. Ένας μαθητής/τρια με αγνόησε επίτηδες για να πληγώσει τα αισθήματα μου.	,189	145	,000	,869	145	,000
24. Ένας μαθητής/τρια είπε ψέματα για μένα για να μην με συμπαθούν οι άλλοι μαθητές.	,218	145	,000	,880	145	,000
25. Ένας μαθητής/τρια με χτύπησε, με κλώτσησε ή με έσπρωξε με κακοήθη τρόπο.	,270	145	,000	,796	145	,000
26. Ένας μαθητής/τρια με άρπαξε, με κράτησε ή με άγγιξε με τρόπο που δεν μου άρεσε.	,225	145	,000	,850	145	,000
27. Κάποιοι μαθητές με άφησαν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο.	,205	145	,000	,872	145	,000
28. Ένας μαθητής/τρια με κυνήγησε σαν να ήθελε πραγματικά να μου κάνει κακό.	,307	145	,000	,767	145	,000
29. Κάποιοι μαθητές μαζεύτηκαν εναντίον μου και μου φέρθηκαν άσχημα.	,287	145	,000	,779	145	,000
30. Πείραξα ή κοροΐδεψα έναν μαθητή/τρια με πολύ άσχημο τρόπο.	,381	145	,000	,645	145	,000
31. Απειλήσα άλλον μαθητή/τρια ότι θα τον/την χτυπήσω ή τραυματίσω.	,450	145	,000	,529	145	,000
32. Αγνόησα άλλον μαθητή/τρια μόνο και μόνο για να πληγώσω τα αισθήματά του/της.	,386	145	,000	,661	145	,000
33. Είπα ψέματα για έναν άλλο μαθητή/τρια ώστε οι άλλοι μαθητές να μην τον/την συμπαθούν.	,434	145	,000	,578	145	,000
34. Χτύπησα, κλώτσησα ή έσπρωξα άλλον μαθητή/τρια με κακοήθη τρόπο.	,473	145	,000	,494	145	,000
35. Άρπαξα, κράτησα ή άγγιξα άλλον μαθητή/τρια με τρόπο που δεν του/της άρεσε.	,447	145	,000	,569	145	,000
36. Συντέλεσα και εγώ στο να αποκλειστεί ένας μαθητής/τρια από πράγματα από κακία και μόνο.	,459	145	,000	,513	145	,000
37. Κυνήγησα έναν μαθητή/τρια προσπαθώντας να του/της κάνω κακό.	,509	145	,000	,387	145	,000

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

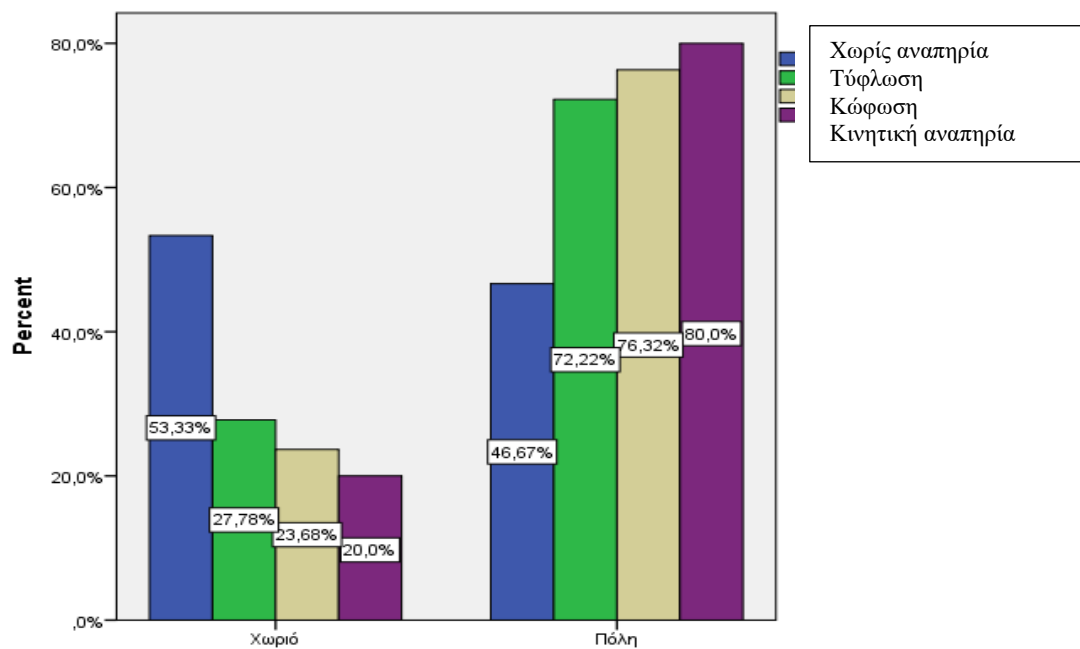
38. Εγώ και κάποιοι μαθητές μαζευτήκαμε και φερθήκαμε άσχημα σε άλλων μαθητή/τρια.	,478	145	,000	,484	145	,000
39. Η μητέρα μου μού μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή.	,334	145	,000	,738	145	,000
40. Η μητέρα μου δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα.	,268	145	,000	,792	145	,000
41. Η μητέρα μου με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν.	,299	145	,000	,768	145	,000
42. Η μητέρα έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου.	,439	145	,000	,563	145	,000
43. Η μητέρα φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου.	,289	145	,000	,785	145	,000
44. Η μητέρα μου ήταν τρυφερή απέναντί μου.	,345	145	,000	,719	145	,000
45. Της μητέρας μου άρεσε να παίρνω μόνοζ/η μου αποφάσεις	,220	145	,000	,844	145	,000
46. Η μητέρα μου δεν ήθελε να μεγαλώσω.	,283	145	,000	,791	145	,000
47. Η μητέρα μου προσπαθούσε να ελέγχει ό,τι έκανα.	,224	145	,000	,863	145	,000
48. Η μητέρα μου εισέβαλλε στην προσωπική μου ζωή.	,240	145	,000	,814	145	,000
49. Της μητέρας μου της άρεσε να συζητάει μαζί μου.	,278	145	,000	,788	145	,000
50. Η μητέρα μου συχνά μου χαμογελούσε.	,356	145	,000	,704	145	,000
51. Της μητέρας μου της άρεσε να με "νταντεύει".	,195	145	,000	,859	145	,000
52. Η μητέρα μου δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω.	,256	145	,000	,812	145	,000
53. Η μητέρα μου με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου.	,231	145	,000	,832	145	,000
54. Η μητέρα μου με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η.	,349	145	,000	,715	145	,000
55. Η μητέρα μου με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η.	,238	145	,000	,817	145	,000
56. Η μητέρα μου δε μου μιλούσε πολύ.	,395	145	,000	,658	145	,000
57. Η μητέρα μου προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτή.	,319	145	,000	,757	145	,000
58. Η μητέρα μου αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία της δεν Θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου.	,249	145	,000	,815	145	,000
59. Η μητέρα μου μού έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν.	,231	145	,000	,821	145	,000
60. Η μητέρα μου με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα.	,241	145	,000	,810	145	,000
61. Η μητέρα μου ήταν υπερπροστατευτική απέναντί μου.	,195	145	,000	,869	145	,000
62. Η μητέρα μου δεν με επαινούσε.	,317	145	,000	,757	145	,000
63. Η μητέρα μου μού επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα.	,306	145	,000	,778	145	,000
64. Ο πατέρας μου μού μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή.	,228	145	,000	,840	145	,000
65. Ο πατέρας μου δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα.	,240	145	,000	,826	145	,000

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

66. Ο πατέρας μου με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν.	,249	145	,000	,804	145	,000
67. Ο πατέρας μου έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορος.	,305	145	,000	,771	145	,000
68. Ο πατέρας μου φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου.	,216	145	,000	,871	145	,000
69. Ο πατέρας μου ήταν τρυφερός απέναντί μου.	,205	145	,000	,859	145	,000
70. Του πατέρα μου του άρεσε να παίρνω μόνοι/η μου αποφάσεις.	,258	145	,000	,837	145	,000
71. Ο πατέρας μου δεν ήθελε να μεγαλώσω.	,284	145	,000	,777	145	,000
72. Ο πατέρας μου προσπαθούσε να ελέγχει ό,τι έκανα.	,216	145	,000	,840	145	,000
73. Ο πατέρας μου εισέβαλλε στην προσωπική μου ζωή.	,291	145	,000	,776	145	,000
74. Του πατέρα μου του άρεσε να συζητάει μαζί μου.	,227	145	,000	,867	145	,000
75. Ο πατέρας μου συχνά μου χαμογελούσε.	,221	145	,000	,838	145	,000
76. Του πατέρα μου του άρεσε να με "νταντεύει".	,292	145	,000	,768	145	,000
77. Ο πατέρας μου δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω.	,235	145	,000	,834	145	,000
78. Ο πατέρας μου με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου.	,262	145	,000	,841	145	,000
79. Ο πατέρας μου με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η.	,355	145	,000	,723	145	,000
80. Ο πατέρας μου με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η.	,222	145	,000	,863	145	,000
81. Ο πατέρας μου δε μου μιλούσε πολύ.	,271	145	,000	,808	145	,000
82. Ο πατέρας μου προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτόν.	,357	145	,000	,708	145	,000
83. Ο πατέρας μου αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία του δεν μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου.	,284	145	,000	,788	145	,000
84. Ο πατέρας μου μού έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν.	,271	145	,000	,830	145	,000
85. Ο πατέρας μου με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα.	,260	145	,000	,848	145	,000
86. Ο πατέρας μου ήταν υπερπροστατευτικός απέναντί μου.	,212	145	,000	,843	145	,000
87. Ο πατέρας μου δεν με επαινούσε.	,280	145	,000	,786	145	,000
88. Ο πατέρας μου μού επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα.	,260	145	,000	,786	145	,000
a. Lilliefors Significance Correction						

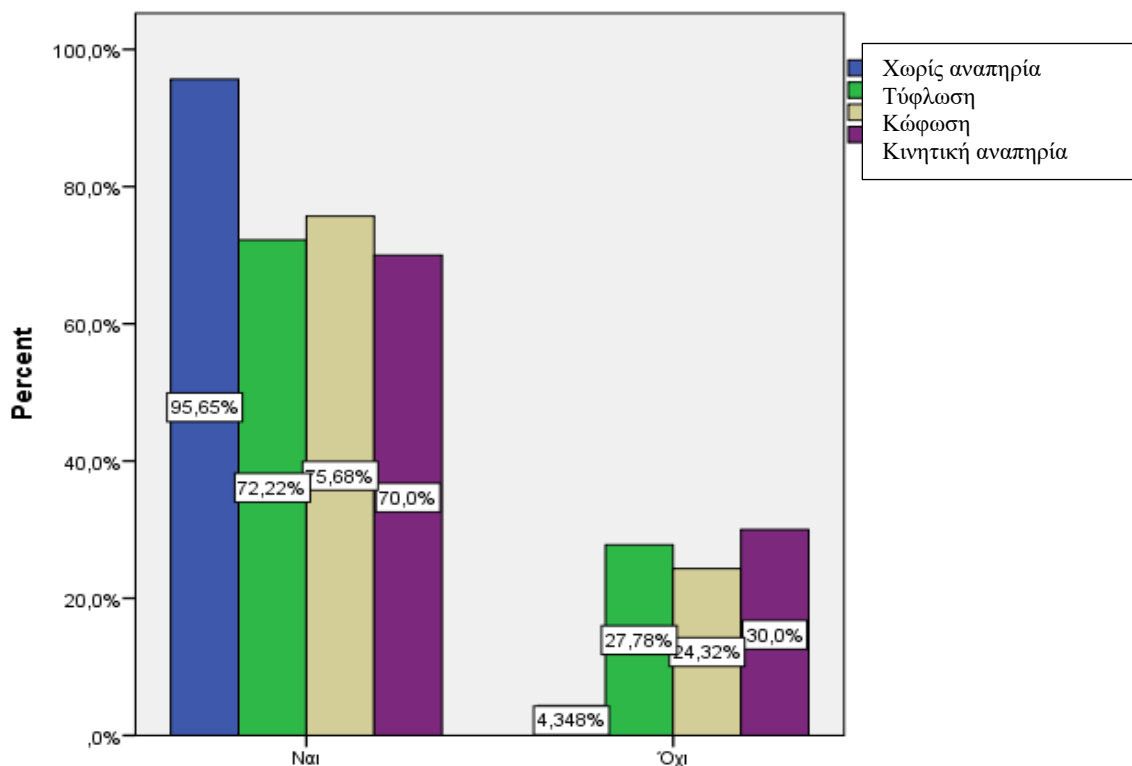
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Π -ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**ΓΡΑΦΗΜΑ 1****1. Φύλο****ΓΡΑΦΗΜΑ 2****2. Ηλικία**

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



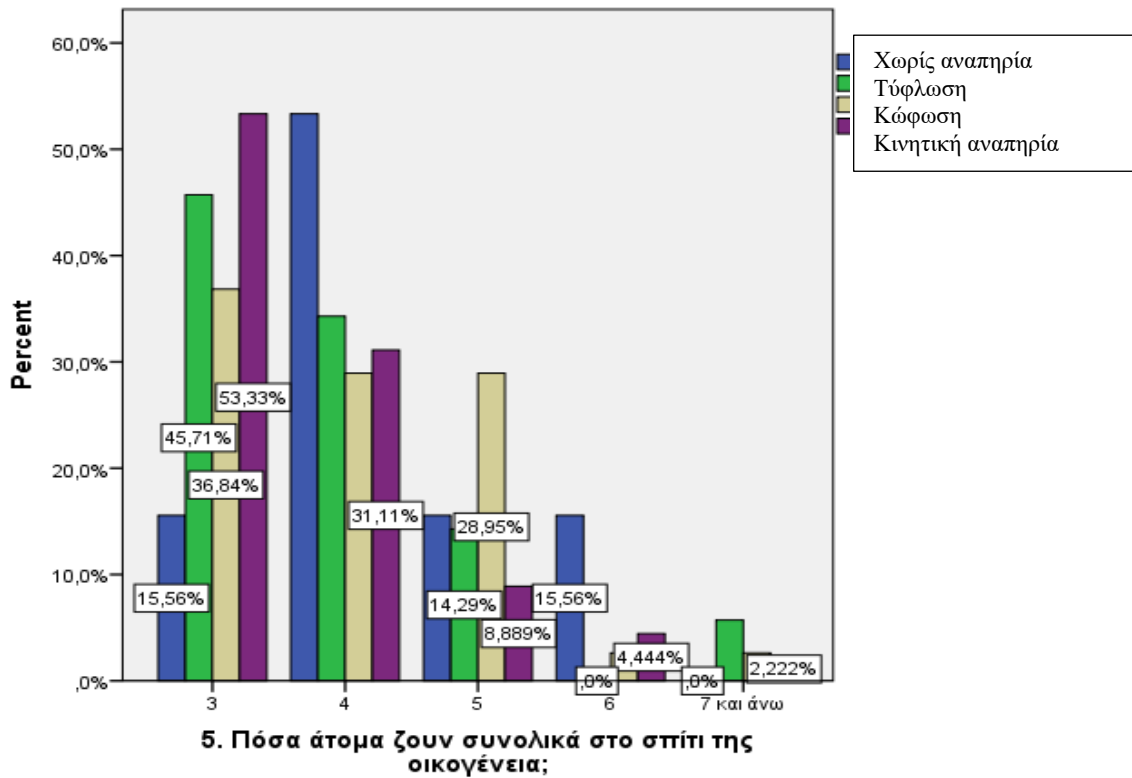
3. Τόπος καταγωγής

ΓΡΑΦΗΜΑ 4

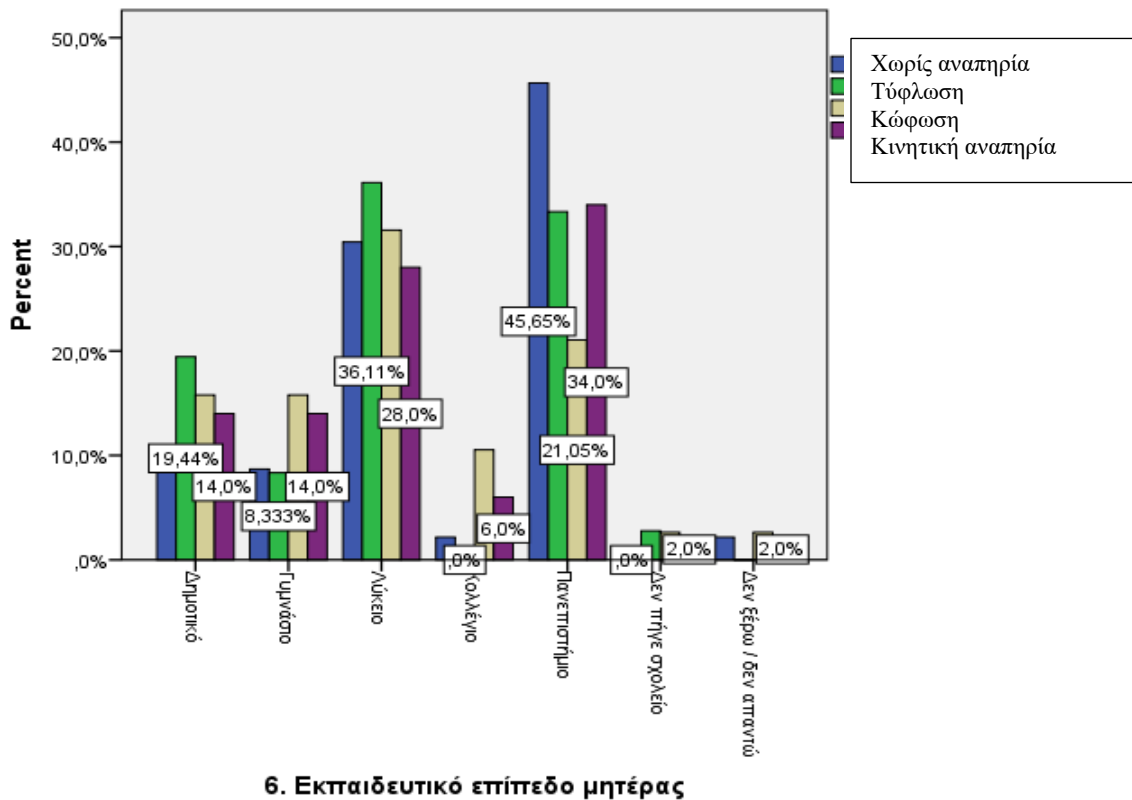


4. Αδέλφια

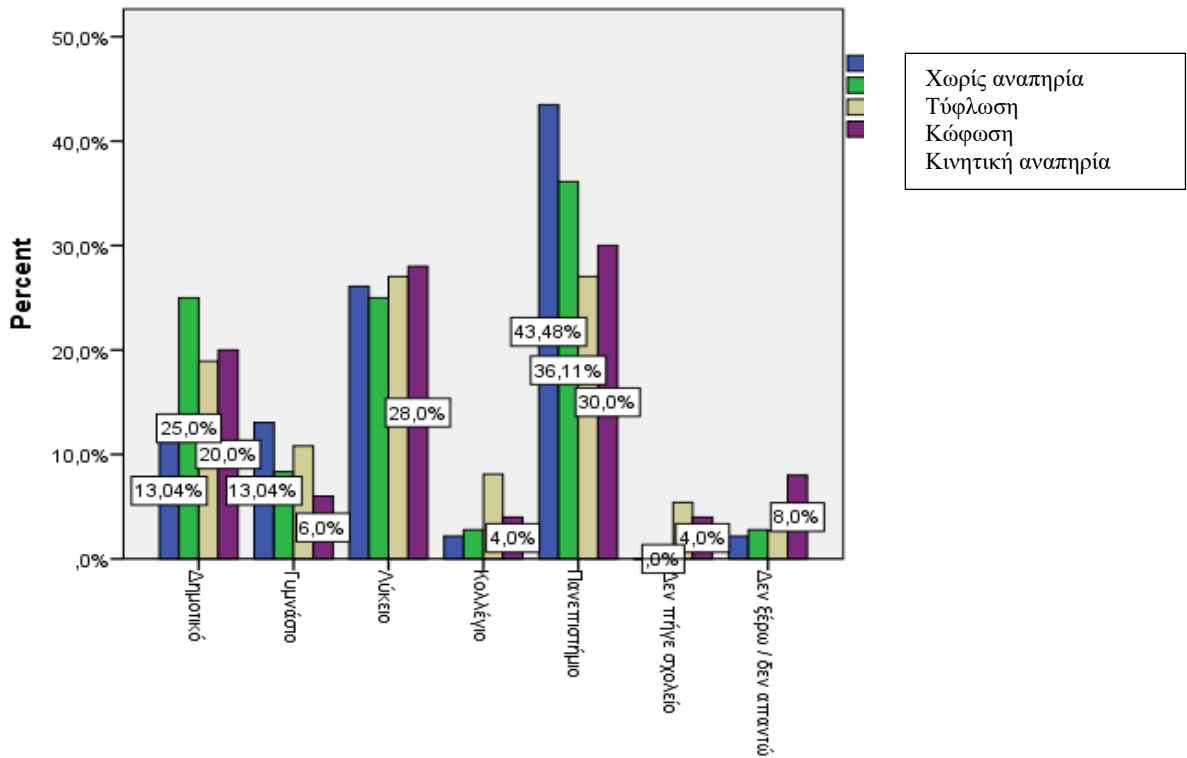
ΓΡΑΦΗΜΑ 5



ΓΡΑΦΗΜΑ 6

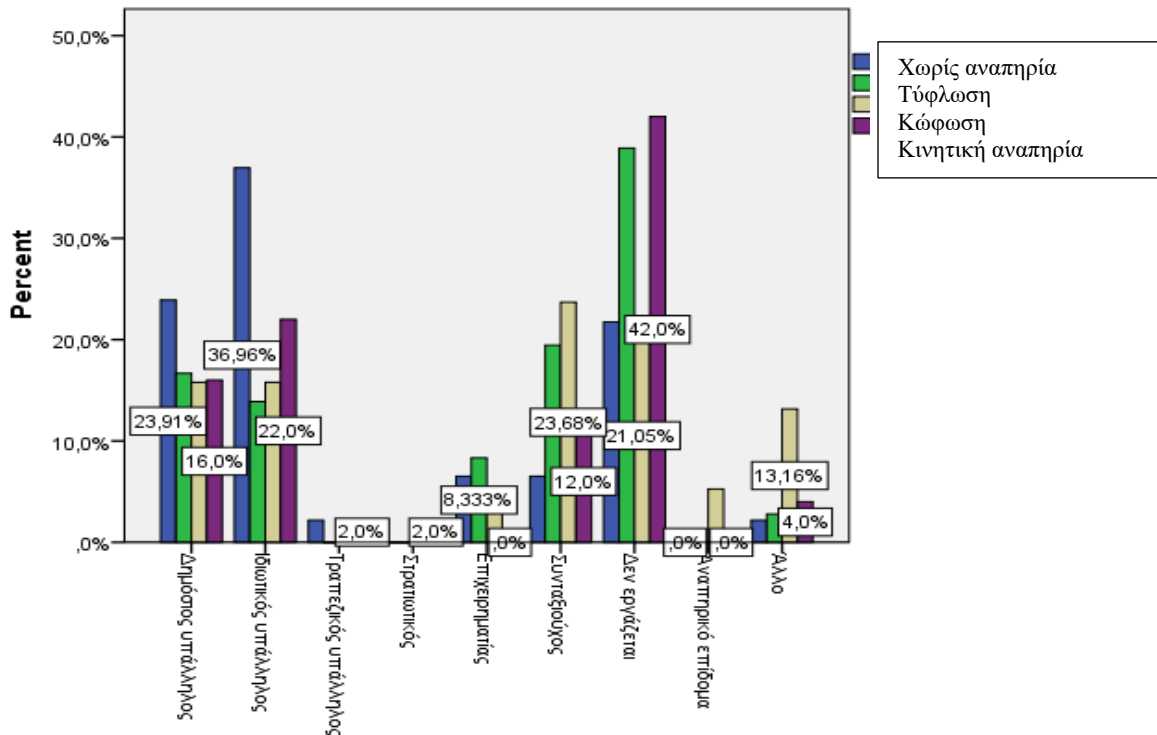


ΓΡΑΦΗΜΑ 7



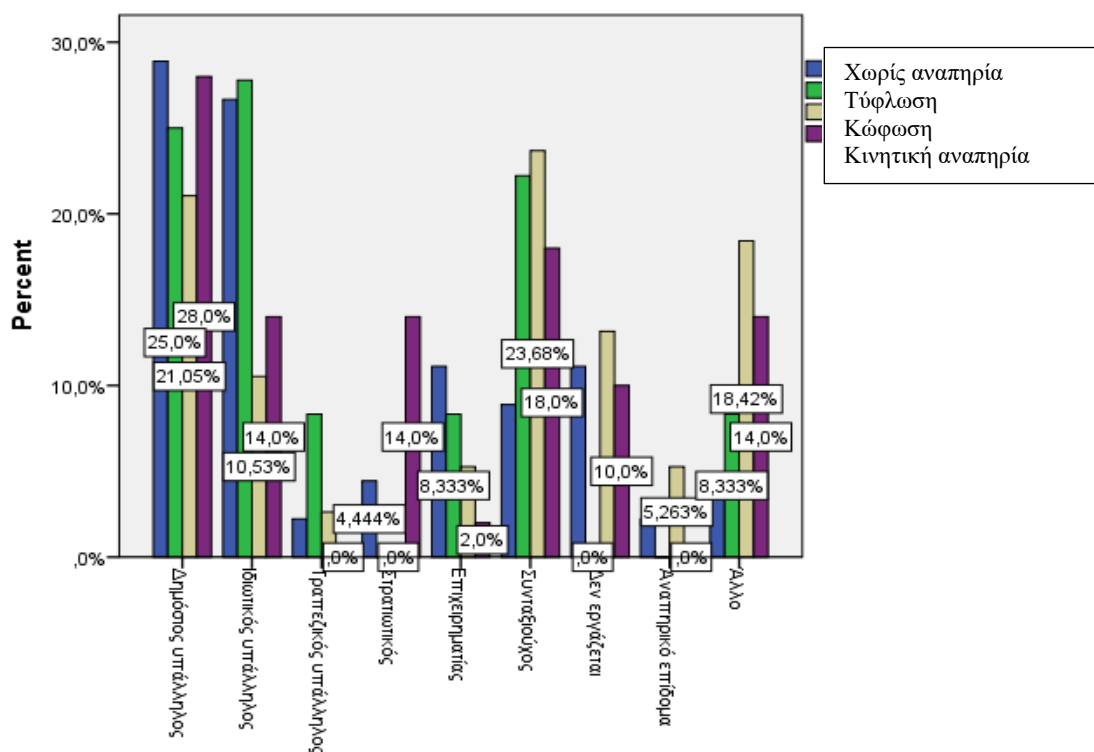
7. Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

ΓΡΑΦΗΜΑ 8



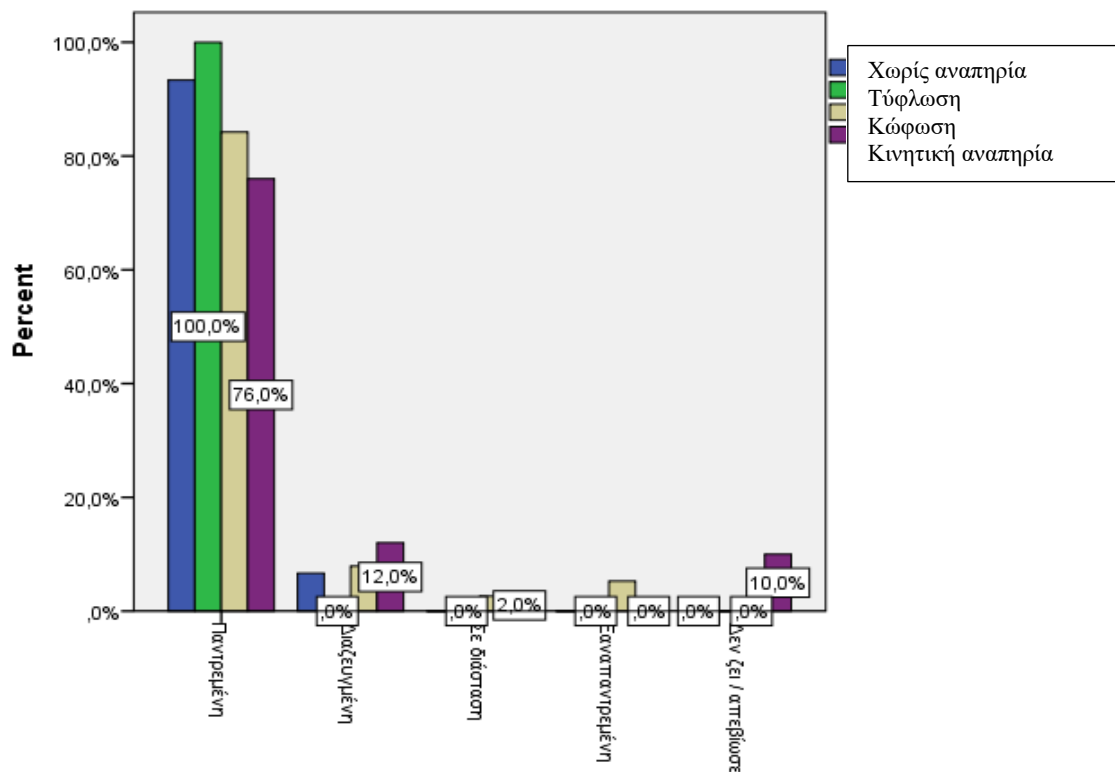
8. Επάγγελμα μητέρας

ΓΡΑΦΗΜΑ 9



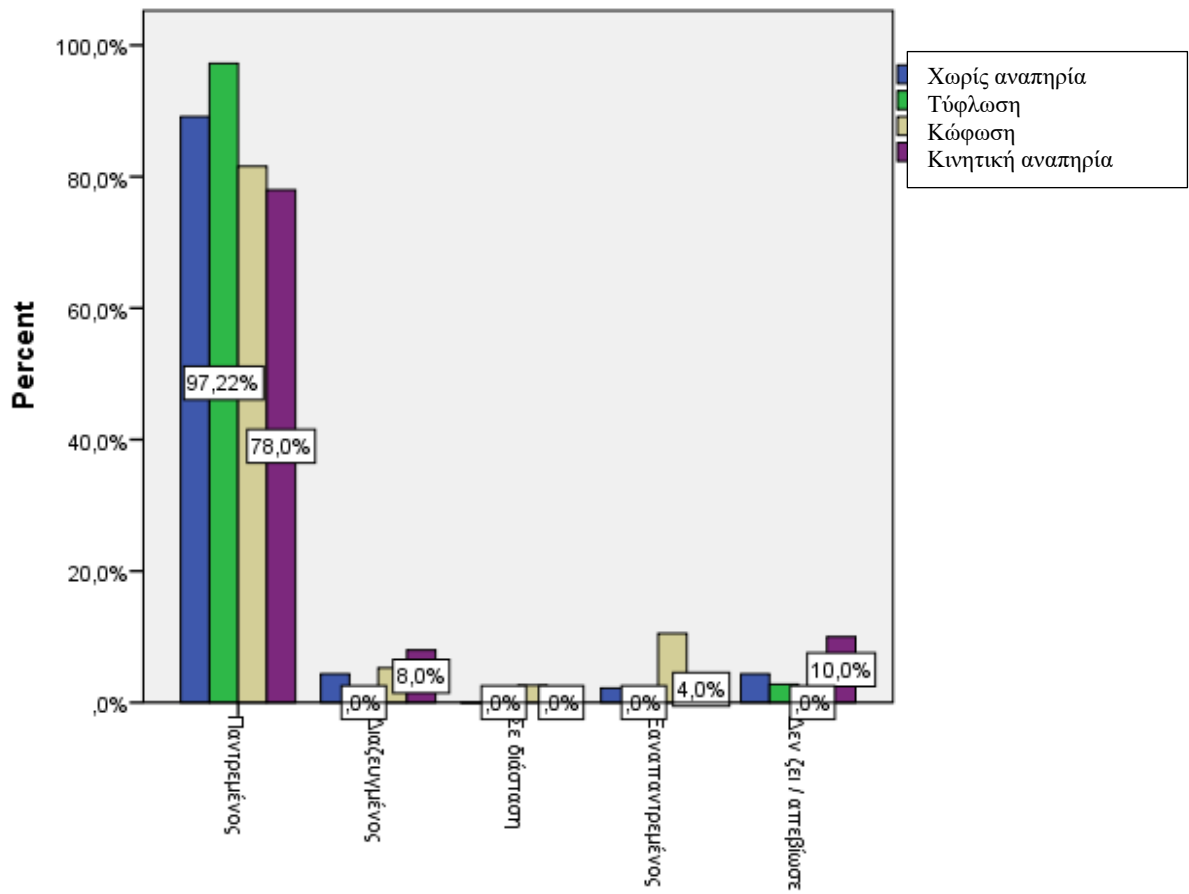
9. Επάγγελμα πατέρα

ΓΡΑΦΗΜΑ 10



10. Οικογενειακή κατάσταση μητέρας

ΓΡΑΦΗΜΑ 11



11. Οικογενειακή κατάσταση πατέρα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Αγαπητή / Αγαπητέ,

η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή και την επιτυχία της μελέτης, γι' αυτό θα σε παρακαλούσα να διαθέσεις τη λίγη ώρα που απαιτείται για να συμπληρώσεις το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται ανώνυμα και κανείς πέρα από τους ερευνητές δεν έχει πρόσβαση στο συμπληρωμένο υλικό. Η συμμετοχή σου στην έρευνα, αν και είναι εθελοντική, είναι εξαιρετικά σημαντική, διότι χωρίς αυτήν καθίσταται αδύνατη η επιτυχής ολοκλήρωση της έρευνας. Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Παρακαλείσαι να απαντήσεις με προσοχή και ειλικρίνεια στις ερωτήσεις και να μην αφήσεις ερωτήσεις αναπάντητες. Το παρόν ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί μόνο για στατιστική ανάλυση μαζί με άλλα ερωτηματολόγια.

Σε περίπτωση που θέλεις να σου αποσταλεί περίληψη των αποτελεσμάτων της παρούσας ερευνητικής διατριβής ή για άλλες διευκρινίσεις, μπορείς να επικοινωνήσεις στην εξής ηλεκτρονική διεύθυνση: chcharmpatsis@hotmail.com.gr.

Σε ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σου στην έρευνα.

Με εκτίμηση,

Χαρμπάτσης Χρήστος

Α. Ατομικά στοιχεία

1. Έχετε κάποιο είδος αναπηρίας;	
Κανένα	①
Τύφλωση	②
Κώφωση	③
Κινητική αναπηρία	④

2. Φύλο	
Αγόρι	①
Κορίτσι	②

3. Ηλικία	
10-12	①
13-15	②
16-18	③
19-21	④

4. Τόπος κατοικίας	
Χωριό	①
Πόλη	②

5. Αδέλφια:	
Ναι	①
Όχι	②

6. Πόσα άτομα ζουν συνολικά στο σπίτι της οικογένειας;	
3	①
4	②
5	③
6	④
7 και άνω	⑤

7. Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	
Δημοτικό	①
Γυμνάσιο	②
Λύκειο	③
Κολλέγιο	④
Πανεπιστήμιο	⑤
Δεν πήγε σχολείο	⑥
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	⑦

7. Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	
Δημοτικό	①
Γυμνάσιο	②
Λύκειο	③
Κολλέγιο	④
Πανεπιστήμιο	⑤
Δεν πήγε σχολείο	⑥
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	⑦

9. Επάγγελμα μητέρας	
Δημόσιος υπάλληλος	①
Ιδιωτικός υπάλληλος	②
Τραπεζικός υπάλληλος	③
Στρατιωτικός	④
Επιχειρηματίας	⑤
Συνταξιούχος	⑥
Δεν εργάζεται	⑦
Αναπηρικό επίδομα	⑧
Άλλο	⑨

10. Επάγγελμα πατέρα	
Δημόσιος υπάλληλος	①
Ιδιωτικός υπάλληλος	②
Τραπεζικός υπάλληλος	③
Στρατιωτικός	④
Επιχειρηματίας	⑤
Συνταξιούχος	⑥
Δεν εργάζεται	⑦
Αναπηρικό επίδομα	⑧
Άλλο	⑨

11. Οικογενειακή κατάσταση μητέρας	
Παντρεμένη	①
Διαζευγμένη	②
Σε διάσταση	③
Ξαναπαντρεμένη	④
Δεν ζει/απεβίωσε	⑤

12. Οικογενειακή κατάσταση πατέρα	
Παντρεμένη	①
Διαζευγμένη	②
Σε διάσταση	③
Ξαναπαντρεμένη	④
Δεν ζει/απεβίωσε	⑤

B. Ερωτηματολόγιο

Διάλεξε την απάντηση/απαντήσεις που σε εκφράζει/εκφράζουν περισσότερο.

13. Ποια από τα παρακάτω θεωρείς περιστατικά βίας;

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| ① προσβολές - βρισιές | ⑥ κλοπή |
| ② απειλές | ⑦ ληστεία |
| ③ ειρωνεία | ⑧ καταστροφή αντικειμένων |
| ④ χτυπήματα | ⑨ άλλο: |
| ⑤ απόρριψη από τους άλλους | |

14. Έτυχε ποτέ να δεχτείς βία στο σχολείο;

- ① Ναι ② Όχι

- Αν ναι, πώς αντέδρασες;:
- ① Δεν αντέδρασα, επειδή φοβήθηκα
 - ② Ενημέρωσα κάποιον δάσκαλο/καθηγητή
 - ③ Ενημέρωσα τους γονείς μου
 - ④ Ανταπέδωσα με ανάλογο τρόπο

15. Έτυχε ποτέ να ασκήσεις βία στο σχολείο;

- ① Ναι ② Όχι

- Αν ναι, για ποιο λόγο το έκανες;
- ① Γιατί μου αρέσει να νιώθω δυνατός
 - ② Γιατί έτσι μου είπαν οι συμμαθητές μου
 - ③ Γιατί θέλω οι συμμαθητές μου να απευθύνονται πάντα σε μένα όταν

έχουν κάποιο πρόβλημα

- ④ Γιατί επιθυμώ την αναγνώριση
από τους συμμαθητές μου

16. Έχεις γίνει ποτέ μάρτυρας βίας στο σχολείο;

- ① Ναι ② Όχι

Αν ναι, πώς αντέδρασες;:

- ① Αδιαφόρησα
② Ήθελα να επέμβω αλλά φοβήθηκα
③ Φώναξα κάποιον δάσκαλο/καθηγητή
④ Προσπάθησα μόνος μου να υπερασπιστώ
το μαθητή που δέχτηκε βία

17. Πόσο συχνά παρατηρούνται φαινόμενα βίας στο σχολείο σου;

- ① πολύ συχνά ② συχνά ③ μερικές φορές ④ σπάνια ⑤ ποτέ

18. Πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνει ο πατέρας σου σε σένα (για παιχνίδι, για βόλτα, για διάβασμα κλπ.);

- ① λιγότερο από 1 ώρα ② 2-3 ώρες ③ 4-5 ώρες ④ 5-6 ώρες

19. Πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνει η μητέρα σου σε σένα (για παιχνίδι, για βόλτα, για διάβασμα κλπ.);

- ① λιγότερο από 1 ώρα ② 2-3 ώρες ③ 4-5 ώρες ④ 5-6 ώρες

20. Ποιος σου δίνει περισσότερες φορές χαρτζιλίκι;

- ① Η μητέρα σου ② Ο πατέρας σου

21. Εργάζεσαι;

- ① Ναι ② Όχι

Διάλεξε την απάντηση/απαντήσεις που σε εκφράζει/εκφράζουν περισσότερο με βάση την παρακάτω κλίμακα, σύμφωνα με την οποία κάθε αριθμός αντιστοιχίζεται με μια συγκεκριμένη απάντηση.

Βαθμολογική κλίμακα

Ποτέ	Μία ή δύο φορές	Λίγες φορές	Περίπου μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα
①	②	③	④	⑤

22	Ένας μαθητής /τρια με πείραξε με πολύ άσχημο τρόπο.	①	②	③	④	⑤
23	Ένας μαθητής/τρια είπε ότι θα με χτύπαγε ή θα με τραυματίζε.	①	②	③	④	⑤
24	Ένας μαθητής/τρια με αγνόησε επίτηδες για να πληγώσει τα αισθήματά μου.	①	②	③	④	⑤
25	Ένας μαθητής/τρια είπε ψέματα για μένα για να μην με συμπαθούν οι άλλοι μαθητές.	①	②	③	④	⑤
26	Ένας μαθητής/τρια με χτύπησε, με κλώτσησε ή με έσπρωξε με κακοήθη τρόπο.	①	②	③	④	⑤
27	Ένας μαθητής/τρια με άρπαξε, με κράτησε ή με άγγιξε με τρόπο που δεν μου άρεσε.	①	②	③	④	⑤
28	Κάποιοι μαθητές με άφησαν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο.	①	②	③	④	⑤
29	Ένας μαθητής/τρια με κυνήγησε σαν να ήθελε πραγματικά να μου κάνει κακό.	①	②	③	④	⑤
30	Κάποιοι μαθητές μαζεύτηκαν εναντίον μου και μου φέρθηκαν άσχημα.	①	②	③	④	⑤
31	Πείραξα ή κορόιδεψα έναν μαθητή/τρια με πολύ άσχημο τρόπο.	①	②	③	④	⑤
32	Απειλήσα άλλον μαθητή/τρια ότι θα τον/την χτυπήσω ή θα τραυματίσω.	①	②	③	④	⑤
33	Αγνόησα άλλον μαθητή/τρια μόνο και μόνο για να πληγώσω τα αισθήματά του/της.	①	②	③	④	⑤
34	Είπα ψέματα για έναν άλλο μαθητή/τρια ώστε οι άλλοι μαθητές να μην τον/την συμπαθούν.	①	②	③	④	⑤
35	Χτύπησα, κλώτσησα ή έσπρωξα άλλον μαθητή/τρια με κακοήθη τρόπο.	①	②	③	④	⑤
36	Άρπαξα, κράτησα ή άγγιξα άλλον μαθητή/τρια με τρόπο που δεν του/της άρεσε.	①	②	③	④	⑤
37	Συντέλεσα κι εγώ στο να αποκλειστεί ένας μαθητή/τρια από τα πράγματα από κακία και μόνο.	①	②	③	④	⑤
38	Κυνήγησα έναν μαθητή/τρια προσπαθώντας να του/της κάνω κακό.	①	②	③	④	⑤
39	Εγώ και κάποιοι μαθητές μαζευθήκαμε και φερθήκαμε άσχημα σε άλλον μαθητή/τρια.	①	②	③	④	⑤

Διάλεξε την απάντηση/απαντήσεις που σε εκφράζει/εκφράζουν περισσότερο με βάση την παρακάτω κλίμακα, σύμφωνα με την οποία κάθε αριθμός αντιστοιχίζεται με μια συγκεκριμένη απάντηση.

Βαθμολογική κλίμακα

Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Λίγες φορές	Σχεδόν ποτέ
①	②	③	④

40	Η μητέρα μου μού μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή.	①	②	③	④
41	Η μητέρα μου δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα.	①	②	③	④
42	Η μητέρα μου με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν.	①	②	③	④
43	Η μητέρα έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου.	①	②	③	④
44	Η μητέρα φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου.	①	②	③	④
45	Η μητέρα μου ήταν τρυφερή απέναντί μου.	①	②	③	④
46	Της μητέρας μου άρεσε να παίρνω μόνοζ/η μου αποφάσεις.	①	②	③	④
47	Η μητέρα μου δεν ήθελε να μεγαλώσω.	①	②	③	④
48	Η μητέρα μου προσπαθούσε να ελέγχει ότι έκανα.	①	②	③	④
49	Η μητέρα μου εισέβαλε στην προσωπική μου ζωή.	①	②	③	④
50	Της μητέρας μου της άρεσε να συζητάει μαζί μου.	①	②	③	④
51	Η μητέρα μου συχνά μου χαμογελούσε.	①	②	③	④
52	Της μητέρας μου της άρεσε να με 'νταντεύει'.	①	②	③	④
53	Η μητέρα μου δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω.	①	②	③	④
54	Η μητέρα μου με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου.	①	②	③	④
55	Η μητέρα μου με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η.	①	②	③	④
56	Η μητέρα μου με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η.	①	②	③	④
57	Η μητέρα μου δε μου μιλούσε πολύ.	①	②	③	④

58	Η μητέρα μου προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτή	①	②	③	④
59	Η μητέρα μου αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία της δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου.	①	②	③	④
60	Η μητέρα μου μού έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν.	①	②	③	④
61	Η μητέρα μου με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα.	①	②	③	④
62	Η μητέρα μου ήταν υπερπροστατευτική απέναντί μου.	①	②	③	④
63	Η μητέρα μου δεν με επαινούσε.	①	②	③	④
64	Η μητέρα μου μού επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα.	①	②	③	④
65	Ο πατέρας μου μού μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή.	①	②	③	④
66	Ο πατέρας μου δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα.	①	②	③	④
67	Ο πατέρας μου με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν.	①	②	③	④
68	Ο πατέρας μου έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορος.	①	②	③	④
69	Ο πατέρας μου φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου.	①	②	③	④
70	Ο πατέρας μου ήταν τρυφερός απέναντί μου.	①	②	③	④
71	Του πατέρα μου του άρεσε να παίρνω μόνος/η μου αποφάσεις.	①	②	③	④
72	Ο πατέρας μου δεν ήθελε να μεγαλώσω.	①	②	③	④
73	Ο πατέρας μου προσπαθούσε να ελέγχει ότι έκανα.	①	②	③	④
74	Ο πατέρας μου εισέβαλε στην προσωπική μου ζωή.	①	②	③	④
75	Του πατέρα μου του άρεσε να συζητάει μαζί μου.	①	②	③	④
76	Ο πατέρας μου συχνά μου χαμογελούσε.	①	②	③	④
77	Του πατέρα μου του άρεσε να με 'νταντεύει'.	①	②	③	④
78	Ο πατέρας μου δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω.	①	②	③	④
79	Ο πατέρας μου με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου.	①	②	③	④
80	Ο πατέρας μου με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η.	①	②	③	④
81	Ο πατέρας μου με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η.	①	②	③	④
82	Ο πατέρας μου δε μου μιλούσε πολύ.	①	②	③	④
83	Ο πατέρας μου προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτόν.	①	②	③	④

84	Ο πατέρας μου αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία του δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου.	①	②	③	④
85	Ο πατέρας μου μου έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν.	①	②	③	④
86	Ο πατέρας μου με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα.	①	②	③	④
87	Ο πατέρας μου ήταν υπερπροστατευτικός απέναντί μου.	①	②	③	④
88	Ο πατέρας μου δεν με επαινούσε.	①	②	③	④
89	Ο πατέρας μου μου επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα.	①	②	③	④