



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
ΕΠΙΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

**Το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία ως
παράμετρος διαμόρφωσης των οικογενειακών σχέσεών τους**

Διπλωματική Εργασία της
Σιδέρη Γεωργίας

Τριμελής επιτροπή:

Επιβλέπων: Σπυρίδων- Γεώργιος Σούλης, Αναπληρωτής Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε
Ιωαννίνων

Μέλος: Ελένη Μορφίδη, Επίκουρη Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε Ιωαννίνων

Μέλος: Σοφία Λεοντοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε Ιωαννίνων

Ιωάννινα 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στις Επιστήμες της Αγωγής με κατεύθυνση την Ειδική Εκπαίδευση του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης, το οποίο υπάγεται στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Έπειτα από την ολοκλήρωση της μελέτης αυτής, κρίνεται σημαντικό να δοθούν ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν με την στήριξή τους προκειμένου να ολοκληρωθεί το δύσκολο αυτό έργο.

Αρχικά, θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω σε όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών. Συγκεκριμένα, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα Καθηγητή Σπυρίδων-Γεώργιο Σούλη αφού με την καθοδήγησή του, την υποστήριξή του και τις εύστοχες υποδείξεις του, βοήθησε σημαντικά στη διεκπαιρέωση της παρούσας μελέτης. Ακόμη, ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στην Καθηγήτρια Ελένη Μορφίδη, η οποία με την συμβολή της, την βοήθειά της, την καθοδήγησή της, συνέβαλε στην ολοκλήρωση κάθε σταδίου της έρευνας. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια κυρία Λεοντοπούλου για την πολύτιμη συμβολή της στην εργασία. Δίχως την υποστήριξη και καθοδήγησή τους, δε θα ήταν δυνατό να πραγματοποιηθεί η παρούσα διπλωματική εργασία

Επίσης, σημαντική αναφορά πρέπει να γίνει σε όλους τους συλλόγους και σωματεία ατόμων με αναπηρία, στους διευθυντές των συλλόγων αλλά και τα ίδια τα άτομα με αναπηρία με τα οποία συνεργάστηκα καθώς η προθυμία τους στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων για την ολοκλήρωση της έρευνας ήταν σημαντική.

Καταλήγοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς το οικογενειακό μου περιβάλλον και όλους όσους στάθηκαν στο πλευρό μου, που με την βοήθεια τους και την καθημερινή υποστήριξή τους ενδυνάμωσαν τον αγώνα μου για την επίτευξη των στόχων μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεμελιώδης σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των οικογενειακών σχέσεων των ατόμων με αναπηρία, και συγκεκριμένα ατόμων με οπτική, ακουστική και σωματική αναπηρία, καθώς και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων. Παράλληλα, εξετάζεται το επίπεδο του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με και χωρίς αναπηρία, και τέλος διερευνάται η σχέση του ψυχολογικού ευ ζην τόσο των ατόμων με αναπηρία όσο και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων στην διαμόρφωση των οικογενειακών σχέσεων. Η μέτρηση των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με δύο ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, τα οποία χορηγήθηκαν σε εννενήντα άτομα με οπτική, ακουστική και σωματική αναπηρία, τα οποία αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα και τριάντα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Το πρώτο ερωτηματολόγιο εξέτασε το ψυχολογικό ευ ζην και το δεύτερο εξέτασε τις σχέσεις που έχει το άτομο με τους γονείς και την σχέση που έχει το άτομο με τα παιδιά του, εφόσον είχε. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS. Τα αποτελέσματα συζητούνται με την παρούσα βιβλιογραφία και μπορούν να αξιοποιηθούν για μελλοντική έρευνα.

Λέξεις-Κλειδιά: ψυχολογικό ευ ζην, αναπηρία, οικογενειακές σχέσεις

ABSTRACT

The main aim of the present dissertation was to explore the family bonds of disabled people and especially of those who have visual, deaf and kinesthetic problems, and of course, of formally developing individuals. At the same time, it is being considered the level of psychological well-being of people with and without disabilities, and finally is explored the relationship between the psychological well-being of individuals with and without disabilities in the formation of family relationships. The measurement of the variables was carried out with two self-referencing questionnaires, which were given to ninety persons with physical, visual and acoustic disability, which consisted of the experimental group and thirty formally developing individuals that constituted the control group. The first questionnaire looked at psychological well-being and the second looked at the relationship between the individual and the parents and the relationship between the individual and their children, if anyone has. The data was processed using the SPSS statistical packet. The results are discussed in this bibliography and can be used for future research.

Key-Words: psychological well-being, disability, family relationships

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
Εισαγωγή.....	8

ΜΕΡΟΣ Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ

1.1 Αναπηρία.....	10
1.1.1 Οπτική αναπηρία.....	11
1.1.2 Ακουστική αναπηρία.....	12
1.1.3 Σωματική αναπηρία.....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΥ ΖΗΝ

2.1 Προσδιορισμός της έννοιας του ψυχολογικού ευ ζην.....	16
2.2 Διαστάσεις του ψυχολογικού ευ ζην.....	17
2.3 Το ψυχολογικό ευ ζην στα άτομα με αναπηρία.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

3.1 Προσδιορισμός της έννοιας οικογενειακές σχέσεις.....	23
--	----

3.2 Οικογενειακές σχέσεις και οι διαστάσεις τους.....	26
3.3 Οικογένεια και αναπηρία.....	29
3.3.1 Η στάση των γονέων απέναντι στην αναπηρία.....	29
3.3.2 Προβλήματα στη λειτουργία και στις ενδοοικογενειακές σχέσεις των μελών μιας οικογένειας.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

4.1 Το ψυχολογικό ευ ζην στα άτομα με αναπηρία.....	34
4.2 Η οικογένεια και ο ρόλος της στα άτομα με αναπηρία.....	38
4.3 Το ψυχολογικό ευ ζην οικογενειών, ατόμων με αναπηρία.....	42

Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

5.1 Εισαγωγή.....	47
5.2 Σκοπός έρευνας.....	48
5.3 Δείγμα.....	49
5.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	53
5.5 Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων.....	57
5.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	58

5.7 Αποτελέσματα.....	59
5.7.1 Διερεύνηση των διαστάσεων των οικογενειακών σχέσεων στα άτομα με αναπηρία και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα του δείγματος.....	59
5.7.2 Διερεύνηση του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεών του στα άτομα με αναπηρία και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα του δείγματος	64
5.7.3 Συσχέτιση του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεών του, με τις διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων για τα άτομα με αναπηρία και τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα του δείγματος.....	70
6. Συζήτηση.....	76
6.1 Οι διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων του δείγματος.....	77
6.2 Το ψυχολογικό ευ ζην και οι διατάσεις του στα άτομα με αναπηρία και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα του δείγματος.....	79
6.3 Συσχέτιση του ψυχολογικού ευ ζην με τις πτυχές των οικογενειακών σχέσεων για τα άτομα με αναπηρία και τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα του δείγματος	80
7. Περιορισμοί.....	82
8. Βιβλιογραφία.....	83
9. Παράρτημα Ι.....	97
10. Παράρτημα ΙΙ.....	111

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικογένεια αποτελεί ένα σύνολο, μια ομάδα ατόμων στην οποία καθένα από τα άτομα παίζει το δικό του ρόλο. Τα άτομα αυτά μοιράζονται ένα φυσικό και ψυχολογικό πλαίσιο δράσης. Η οικογένεια χαρακτηρίζεται ως ένα κοινωνικό υποσύστημα με τα δικά του χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Διακρίνεται από ένα σύνολο κανόνων, ρόλους· μοναδικούς για κάθε μέλος, συγκροτημένη οργάνωση και από κώδικες γνώριμους για τα μέλη της οικογένειας που εξασφαλίζουν την μεταξύ τους επικοινωνία. Επιπλέον, αυτό το υποσύστημα διέπεται από σχέσεις ισχυρές, πολυδιάστες, δύσκολες, οι οποίες ωστόσο, χαρακτηρίζονται από κοινούς στόχους και αξίες. Οι σχέσεις αυτές δοκιμάζονται μέσα από τις δυσκολίες και τις εντάσεις της ζωής, παρολαυτά παραμένουν αναλοίωτες μέσα στο χρόνο (Goldenberg & Goldenberg, 2003). Οι λειτουργίες μιας οικογένειας απέναντι στα παιδιά είναι πολύπλευρες και σχετίζονται με την οικονομική ενίσχυση, την καθημερινή φροντίδα, την αναψυχή, την κοινωνικοποίηση, τον αυτό-καθορισμό, την στοργή, την εκπαιδευτική και πνευματική ανέλιξη (Seligman & Darling, 2007).

Το ψυχολογικό ευ ζην σύμφωνα με τους Deci και Ryan (2008), χαρακτηρίζεται ως μια συνύπαρξη των θετικών συναισθηματικών συνθηκών, για παράδειγμα η ευτυχία, η οποία αντιπροσωπεύει την (ηδονιστική διάσταση) και η δυνατότερη λειτουργική αποδοτικότητα του ατόμου τόσο στον προσωπικό όσο και στον κοινωνικό τομέα (ευδαιμονική διάσταση). Άτομα με υψηλό ψυχολογικό ευ ζην είναι άτομα τα οποία είναι και νιώθουν ευτυχισμένα, αλλά και είναι ικανά και λειτουργικά στη ζωή τους. Αυτό συνεπάγεται εκτός από καλή ψυχική υγεία και καλή σωματική υγεία (Huppert 2009). Η Ryff και οι συν. (1995) διακρίνουν έξι θεμελιώδεις διαστάσεις της ψυχικής υγείας με τις οποίες μπορεί να αξιολογηθεί το συνολικό επίπεδο ευ ζην του ατόμου. Οι διαστάσεις αυτές είναι σχετικές με την αποδοχή του εαυτού, τις θετικές σχέσεις με τους άλλους, την αυτονομία, την περιβαλλοντική κυριαρχία, τον σκοπό στη ζωή, και την προσωπική ανάπτυξη.

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται σε επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στον ορισμό της αναπηρίας και στις υπό εξέταση μορφές της. Συγκεκριμένα, καταγράφονται τα σημαντικότερα στοιχεία για κάθε είδος αναπηρίας, οπτική, ακουστική και σωματική. Στο δεύτερο κεφάλαιο, οριοθετείται η έννοια του ψυχολογικού ευ ζην, περιγράφονται οι διαστάσεις της ψυχολογικής ευημερίας ενώ παρουσιάζεται και μια ερευνητική ανασκόπηση του όρου συνδυαστικά με την αναπηρία. Εν συνεχεία, αναφέρεται το τρίτο κεφάλαιο, στο οποίο αποσαφηνίζεται ο

όρος των οικογενειακών σχέσεων. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στον όρο οικογενειακές σχέσεις και στην οικογένεια γενικότερα, περιγράφοντας παράλληλα τις διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων. Αναφορά γίνεται και στην σχέση των οικογενειών με τα μέλη τα οποία φέρουν ένα είδος αναπηρίας. Στο τέταρτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται ανασκόπηση ερευνητικής βιβλιογραφίας στην οποία παρουσιάζονται έρευνες που έχουν προσεγγίσει ποικιλοτρόπως το ψυχολογικό ευ ζην αλλά και την οικογενειακή δομή και οργάνωση. Παράλληλα, γίνεται λόγος για το ψυχολογικό ευ ζην οικογενειακών στις οποίες ανήκει ένα μέλος με κάποια μορφή αναπηρίας. Στο πέμπτο κατά σειρά κεφάλαιο, περιγράφονται οι θεμελιώδεις σκοποί της έρευνας, τα ερευνητικά εργαλεία που αξιοποιήθηκαν καθώς και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, ταυτόχρονα, γίνεται αναφορά στα στατιστικά δεδομένα και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτών. Στο έκτο κεφάλαιο, ακολουθεί η συζήτηση στην οποία πραγματοποιείται ερμηνεία αποτελεσμάτων, εξετάζεται η εγκυρότητά τους με προϋπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, και ολοκληρώνοντας, αναφέρονται ορισμένοι περιορισμοί της έρευνας.

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ

1.1 Αναπηρία

Η αποτύπωση του όρου “αναπηρία” είναι ένα δύσκολο εγχείρημα εξαιτίας της πολυπλοκότητας του ζητήματος. Η δυσκολία ορισμού της έγκειται στις εκάστοτε κοινωνικοπολιτικές αντιλήψεις καθώς και στον τύπο αναπηρίας που χαρακτηρίζει κάθε άτομο. Ακόμη και, σε επίπεδο νομοθεσίας καθίσταται περίπλοκη η διατύπωση του όρου (Shakespeare & Watson, 2002) και (Thomas & Woods, 2008). Ο καθορισμός και το περιεχόμενο της αναπηρίας ποικίλει ανάλογα με τον επιστημονικό κλάδο που τον μελετά κάθε φορά, κυρίως αν ληφθεί υπόψη ότι συναντάται μεταξύ άλλων και σε κοινωνικό, εκπαιδευτικό και σε επαγγελματικό κλάδο (Σούλης, 2008). Εύρος βιβλιογραφικών πηγών μαρτυρούν πλήθος ορισμών οι οποίοι εστιάζουν σε διαφορετικές συνιστώσες του όρου. Στα πλαίσια κατανόησης του ζητήματος της αναπηρίας, διαμορφώθηκαν διάφορα μοντέλα τα οποία ερμηνεύουν την αναπηρία με διαφορετική προσέγγιση: το ιατρικό και το κοινωνικό. Το ιατρικό προσεγγίζει την αναπηρία ως δυσλειτουργία ή βλάβη ενώ το κοινωνικό ως κοινωνική απόρροια.

Αναλυτικότερα, οι θιασώτες του ιατρικού μοντέλου ταυτίζουν την αναπηρία με την κινητική, ψυχική, αισθητηριακή δυσλειτουργία και υποστηρίζουν την αποκατάσταση της βλάβης (Roulstone, Gradwell, Price & Child, 2003). Σε αντίθεση, το κοινωνικό μοντέλο αν και αναγνωρίζει ως αναπηρία την δυσλειτουργία, εντούτοις, υποστηρίζει πως τα κοινωνικά στερεότυπα και οι προκαταλήψεις άρουν εμπόδια στην ζωή και διαβίωση του ατόμου. Πρόκειται λοιπόν για ένα κράμα οργανικών και περιβαλλοντικών αιτιών οι οποίες καθιστούν το άτομο δυσλειτουργικό (Shakespeare & Watson, 2002) και (Smart & Smart, 2006).

Η ορολογία “αναπηρία” αντικαθίσταται από τον όρο “ειδική εκπαιδευτική ανάγκη” στον ελληνικό εκπαιδευτικό χώρο. Στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ανήκουν όσα άτομα εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες μάθησης και προσαρμοστικότητας λόγω σωματικών, ψυχολογικών, διανοητικών ή κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων. Πρόκειται για άτομα με νοητική υστέρηση, με σοβαρά προβλήματα ακοής και όρασης, με σοβαρά προβλήματα υγείας ή νευρολογικά και ορθοπεδικά προβλήματα. Επιπλέον, άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως η δυσλεξία, η δυσαριθμησία, με προβλήματα συναισθηματικής και κοινωνικής φύσεως, με

διαταραχές ανάπτυξης και αυτισμό. Αξίζει να διευκρινιστεί πως, στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ανήκουν άτομα παιδικής, νηπιακής ηλικίας και εφηβικής ηλικίας που δεν εμπίπτουν στις παραπάνω κατηγορίες όμως χρίζουν φροντίδας για ορισμένη ή μεγάλη χρονική περίοδο της σχολικής τους ζωής (Νόμος 2817/14.3.2000,Άρθρο 1).

1.1.1 Οπτική Αναπηρία

Αναμφίβολα, οι αισθητηριακές λειτουργίες κατέχουν έναν σημαντικό ρόλο στην καθημερινή διαβίωση του ατόμου. Ωστόσο, όταν αυτές πλήττονται αλλάζουν οι συνθήκες και καταστάσεις ζωής. Η οπτική αναπηρία όπως και τα προβλήματα όρασης γενικότερα, εκπροσωπούν μια μεγάλη κατηγορία διαταραχών της οπτικής ικανότητας. Παράλληλα, η οπτική αναπηρία καθίσταται ως η πιο συνηθισμένη και συχνή αισθητηριακή δυσλειτουργία αφού αν συνυπολογιστούν τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 2012 ανά 5 δευτερόλεπτα τυφλώνεται ένας άνθρωπος. Η οπτική αναπηρία σε κάποιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί με ιατρικές μεθόδους και σε άλλες καθίσταται ως μη αντιμετωπίσιμη (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Αξιοποιώντας, τα δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας προκύπτει πως η οπτική ικανότητα βάσει της λειτουργικότητάς της κλιμακώνεται σε: α) κανονική όραση, β) ήπια οπτική βλάβη, γ) σοβαρή οπτική βλάβη και δ) τύφλωση. Σε αυτό το πλαίσιο, ο επιστημονικός κόσμος κάνει χρήση του όρου οπτική αναπηρία αναφερόμενος στα άτομα με «τύφλωση» και με «ήπια έως σοβαρή οπτική βλάβη» (WHO, 2016). Σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου, 2012 η οπτική αναπηρία ενδέχεται να είναι επίκτητη ή εκ γενετής ανάλογα με το χρονικό πλαίσιο εμφάνισης της αναπηρίας.

Οι διαταραχές της οπτικής ικανότητας είναι δυνατόν να ανιχνευθούν μέσω κλινικών εξετάσεων, οι οποίες βασίζονται στην οπτική οξύτητα και στο οπτικό πεδίο του ατόμου. Με τον όρο οπτική οξύτητα εννοείται η ικανότητα σαφούς διάκρισης μορφών ή διάκρισης μεταξύ λεπτομερειών. Το οπτικό πεδίο σχετίζεται με την περιφερειακή όραση του ατόμου, δηλαδή όσα μπορεί να αντιληφθεί το μάτι από το σημείο όπου επικεντρώνεται (Heward, 2011). Σε ένα άτομο με φυσιολογική όραση το οπτικό του πεδίο κυμαίνεται σε 150 μοίρες στον οριζόντιο άξονα και σε 120 μοίρες στον κατακόρυφο (Corn & Erin, 2010).

Βάσει της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10), από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένα άτομο εμφανίζει χαμηλή όραση όταν η οπτική οξύτητα στο λειτουργικό του οφθαλμό έπειτα από διόρθωση κυμαίνεται από 0.3 έως 0.05 ή και το οπτικό του πεδίο βρίσκεται κάτω από 20 βαθμούς. Όταν η οπτική οξύτητα είναι 0.3 αυτό σημαίνει πως το μάτι είναι ικανό να παρατηρήσει οποιοδήποτε σύμβολο στα 6m, δηλαδή στα 20 πόδια, το οποίο ένα μάτι με κανονική όραση είναι ικανό να παρατηρήσει στα 20m, δηλαδή στα 67 πόδια. Αυτό δείχνει, πως η παρούσα τιμή οξύτητας αναγκάζει τα άτομα να εστιάσουν σε κοντινή απόσταση για τις λεπτομέρειες (Heward, 2011). Αναλογικά, σε έναν οφθαλμό με φυσιολογική όραση, η οπτική οξύτητα είναι 1 που αναλογεί σε όραση 6/6 ή 20/20. Στην περίπτωση της τύφλωσης, η οπτική οξύτητα του ατόμου είναι <0.05, δηλαδή 6/120 ή και ανάλογη σμίκρυνση οπτικού πεδίου της τάξεως τω 10 βαθμών (WHO, 2010).

Λαμβάνοντας υπόψη τον νομικό ορισμό της τύφλωσης, ένα άτομο του οποίου η οπτική οξύτητα είναι 1/20, δείχνει πως είναι ικανό να διακρίνει ένα σύμβολο σε απόσταση ενός ποδός, δηλαδή 30 εκατοστών, σε σχέση με έναν φυσιολογικό οφθαλμό, που εστιάζει στο ίδιο σύμβολο από απόσταση 6 μέτρων (Heward, 2011:406· Τρίγκα-Μερτίκα,2016:23-27).

Στον μαθησιακό τομέα, το άτομο με τύφλωση αξιοποιεί τις υπόλοιπες αισθητηριακές λειτουργίες (αφή, ακοή) για την κοινωνική του αλληλεπίδραση. Για την απόκτηση γνωστικών δεξιοτήτων χρησιμοποιείται το σύστημα γραφής Braille, ομιλούντα εγχειρίδια, κασέτες και cd. Από την άλλη μεριά, οι αμβλύωπες και οι μερικώς βλέποντες αξιοποιούν την όρασή τους για την απόκτηση πληροφοριών και συμπληρωματικά την αφή και την ακοή. Παράλληλα, χρησιμοποιούνται βοηθήματα χαμηλής όρασης με σκοπό την μεγέθυνση γραμμάτων και αριθμών σε ένα κείμενο όπως τα γυαλιά και οι φακοί ή έντυπα με μεγάλο μέγεθος γραμματοσειράς (Χρηστάκης, 2006· Τρίγκα-Μερτίκα, 2016).

1.1.2 Ακουστική αναπηρία

Η ακουστική ικανότητα αποτελεί μια σημαντική αισθητηριακή λειτουργία η οποία είναι άρρηκτα συνυφασμένη με την επικοινωνιακή ικανότητα. Προβλήματα στην ακοή οδηγούν το άτομο σε αδυναμία αντίληψης και κατανόησης της ομιλίας,

επομένως σε αδυναμία έκφρασης (Νικολόπουλος, 2008). Παράλληλα, η ακουστική απώλεια προκαλεί δυσκολίες στην αναγνωστική ικανότητα, στην παραγωγή λόγου και γενικότερα στο κοινωνικό στάτους του ατόμου (Proops & Acharya, 2009).

Η απώλεια της ακουστικής ικανότητας όπως αναφέρει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, διαβαθμίζεται σε: ήπια, μέτρια, σοβαρή ή ολική απώλεια ακοής από το ένα ή και από τα δύο αυτιά. Το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ακοή αδυνατεί να συμμετέχει και να παρακολουθεί την ροή των συζητήσεων καθώς και να καταλάβει δυνατούς θορύβους που για ένα άτομο δίχως ακουστικά προβλήματα φαντάζουν ανυπόφοροι. Η έλλειψη ακουστικής ικανότητας ανάλογα με τον βαθμό κατηγοριοποιεί τα άτομα σε κωφά και βαρήκοα. Ως κωφά, ορίζονται τα άτομα, στα οποία η ακουστική απώλεια είναι ολική ενώ βαρήκοα τα άτομα στα οποία η ακουστική αδυναμία κυμαίνεται από ήπια έως και σοβαρή. Ωστόσο, σε περιπτώσεις ήπιας και σοβαρής ακουστικής απώλειας σημαντική καθίσταται η αξιοποίηση ακουστικών βοηθημάτων. Συγκεκριμένα, τα ακουστικά βαρηκοΐας, τα κοχλιακά εμφυτεύματα κ.α καθώς και οποιοδήποτε άλλο μέσο κρίνεται βοηθητικό καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικό (WHO, 2017). Από την άλλη πλευρά, όπως αναφέρει ο Heward, (2011) στις περιπτώσεις των κωφών ατόμων η μοναδική δίοδος επικοινωνίας αποτελεί η όραση καθώς το μέγεθος της ακουστικής αναπηρίας είναι μεγάλο.

Η ανίχνευση της ακουστικής ικανότητας, δηλαδή κατά πόσο είναι λειτουργικό το αυτί πραγματοποιείται μέσω μιας κλινικής εξέτασης: π.χ το ακουόγραμμα, μετράται σε dB. Αναλυτικότερα, ανάλογα με τα dB η ακουστική ικανότητα ακολουθεί διαφορετική κατανομή. 0-20 dB καθιστούν την ακοή κανονική. 21-40 dB αντιστοιχούν σε ήπια ακουστική βλάβη. Όταν τα dB κυμαίνονται μεταξύ 41-60 dB η ακουστική βλάβη είναι κρίνεται μέτρια, 61-85 dB ισοδυναμούν με σοβαρή ακουστική βλάβη, 86-95 dB μαρτυρούν υψηλή ακουστική βλάβη ενώ 95dB υποδηλώνουν υπολειμματική ακοή, δηλαδή, κώφωση (Δανηλίδης & Ασημακόπουλος, 2010).

Τέλος, κατά την Smith (1975) στην ακουστική αναπηρία καθίσταται σημαντικό να τονιστεί η σχέση αλληλεξάρτησης που προκύπτει ανάμεσα στη γλώσσα και την ακοή. Απαραίτητη προϋπόθεση όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως για την ανάπτυξη και εξέλιξη της ακουστικής ικανότητας είναι η ικανότητα ομιλίας. Η ακουστική ανικανότητα είναι εκείνη που θα ταξινομήσει τα άτομα σε μερικώς ακούοντα, βαρήκοα και κωφά. Βέβαια, σημαντικοί παράγοντες για την οριοθέτηση του βαθμού ακουστικής ικανότητας θεωρούνται: το χρονοδιάγραμμα της κώφωσης, ο

βαθμός και το είδος της ακουστικής βλάβης καθώς και το ηλικιακό επίπεδο εμφάνισης της αναπηρίας στο άτομο (Κρουσταλλάκης, 2005).

1.1.3 Σωματική Αναπηρία

Το άτομο από την περίοδο της γέννησης του οργανώνει την κίνησή του κυρίως ασυντόνιστα. Αργότερα, σταδιακά κυρίως, δημιουργούνται αυτόματα κάποιοι μηχανισμοί οι οποίοι συνθέτουν το υπόβαθρο για κάθε είδους κινητική δραστηριότητα. Ο κινητικός μηχανισμός μετέπειτα οργανώνει τις κινήσεις οι οποίες εκτελούνται πλέον εκούσια (Αγγελοπούλου – Σακαντάμη, 2004). Ο έλεγχος των κινήσεων είναι δυνατόν να διαταραχθεί λόγω νευρολογικής βλάβης και να προκληθεί ως εκ τούτου κινητική αναπηρία (Κουτσούκη, 2008).

Η κινητική αναπηρία και τα χρόνια νοσήματα υγείας συνθέτουν μια ανομοιογενή ομάδα αναπηριών με ποικίλες μορφές και συνιστώσες της αναπηρίας. Για τον λόγο αυτό, η παράθεση ορισμών καθίσταται περίπλοκη (Πολυχρονοπούλου, 2012). Αρχικά, ένας βασικός ορισμός της κινητικής αναπηρίας υποστηρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Οργανισμού, η κινητική αναπηρία ή αλλιώς *physical disability* περιγράφεται ως μια συνθήκη κατά την οποία η σωματική κατάσταση ενός ατόμου εμφανίζει αδυναμίες στην λειτουργία κάποιων οργάνων, τα οποία με τη σειρά τους άρουν εμπόδια και περιορισμούς στην ορθή εκτέλεση σωματικών κινήσεων. Έτσι, επηρεάζεται η ομαλή λειτουργία της καθημερινής διαβίωσης του ατόμου (WHO, 2001).

Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από κάποιο είδος κινητικής αναπηρίας συνθέτουν μια ανομοιογενή ομάδα, καθώς οι κινητικές αναπηρίες εμφανίζουν πολυμορφία. Οι διάφορες μορφές της σωματικής αναπηρίας οφείλονται μεταξύ άλλων στην αιτιολογία της αναπηρίας, π.χ: τροχαία ατυχήματα ή εγκεφαλική παράλυση, στον βαθμό λειτουργικότητας που χαρακτηρίζει το άτομο (τετραπληγικό, παραπληγικό) και στο χρονικό σημείο εμφάνισης της αναπηρίας (εκ γενετής ή επίκτητη) (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

Οι σωματικές αναπηρίες κατηγοριοποιούνται με βάση την οργανική περιοχή που έχει πληγεί. Έτσι, οι παρούσες αναπηρίες προκύπτουν είτε λόγω ορθοπεδικής βλάβης είτε λόγω νευρολογικής (Κουτσούκη, 2008). Με άλλα λόγια, προκύπτουν τα μυοσκελετικά προβλήματα και τα νευρολογικά. Στα μυοσκελετικά προβλήματα τα

οστά ή μύες εμποδίζουν την λειτουργικότητα του νευρικού συστήματος. Τέτοιου είδους διαταραχές είναι μυϊκή δυστροφία, η απώλεια ή παραμόρφωση των άκρων ή η ατελής οστεογένεση (Handicaps Welfare Association, 2013).

Από την άλλη μεριά, τα προβλήματα νευρολογικής φύσεως φανερώνουν την αδυναμία του ατόμου να ελέγξει και να συντονίσει κινήσεις των μερών του σώματός του οι οποίες έχουν πληγεί λόγω της διαταραχής του κεντρικού νευρικού συστήματος ή εκφυλιστικών παθήσεων. Συχνές διαταραχές αυτής της κατηγορίας είναι η δισχιδής ράχη, η εγκεφαλική παράλυση, το εγκεφαλικό, η πολιομυελίτιδα, κακώσεις της κεφαλής ή της σπονδυλικής στήλης (Handicaps Welfare Association, 2013).

Καταλήγοντας, η κινητική αναπηρία ανεξαρτήτου μορφής (μυοσκελετικά και νευρολογικά προβλήματα) προκαλεί στο άτομο μεγάλη κινητική δυσλειτουργία, καθιστώντας τη διαβίωσή του καθημερινό αγώνα. Η διαφορετικότητα ανάμεσα στις δύο παραπάνω μορφές κινητικών προβλημάτων εστιάζει μόνο στους όρους, καθώς παρατηρείται σύνδεση μεταξύ τους. Για παράδειγμα, μελέτες έχουν δείξει πως άτομα με κινητικά προβλήματα λόγω νευρολογικής βλάβης είναι δυνατό να εμφανίσουν δυσκολίες στην κίνηση των μυών και των οστών, τα γνωστά μυοσκελετικά προβλήματα (Heward, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΥ ΖΗΝ

2.1 Προσδιορισμός της έννοιας του Ψυχολογικού Ευ Ζην

Η έννοια του ευ ζην γενικότερα, αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια με πολύπλευρο περιεχόμενο, η οποία έχει απασχολήσει την κοινωνία ευρύτερα (Τζινιέρη, 2010). Συχνά, παρατηρείται ταύτιση του όρου με την ποιότητα ζωής η οποία σχετίζεται με την σωματική, ψυχική, κοινωνική ευμάρεια και τη λειτουργικότητα του ατόμου (Γείτονα, 2004). Η ορθή εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου καθώς και οι κλίμακες μέτρησής του αποτελούν ένα δύσκολο εγχείρημα σύμφωνα με τους Kern&Seligman (2011), μολονότι η επιρροή του ευ ζην στον ψυχικό και σωματικό κόσμο του ατόμου έχει τεκμηριωθεί ποικιλοτρόπως επιστημονικά (Ryff, 2014). Καταλήγοντας, γίνεται φανερό πως για την ορθή αποτύπωση και κατανόηση του όρου “ψυχολογικό ευ ζην” απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η αναφορά στους παρεμφερείς ορισμούς.

Αρχικά, ο όρος ποιότητα ζωής έχει ποικίλο και πολυδιάστατο περιεχόμενο αφού αποτελεί πεδίο συζήτησης σε διάφορα εκπαιδευτικά περιβάλλοντα. Η πολυσημία του όρου εξακριβώνεται από το γεγονός ότι το περιεχόμενό της ενοποιείται με το περιεχόμενο άλλων όρων όπως: Ευημερία (well being), Καλή Ζωή (Good Life) και Ευ Ζην (ευδαιμονία) (Μούζα, 2014). Αναφορικά με την σημασία του όρου, ως ποιότητα ζωής σύμφωνα με τον ΠΟΥ ορίζεται η γνώση του ατόμου για το επίπεδο της ζωής του, αναφορικά με το σύστημα αξιών, τους προσωπικούς σκοπούς καθώς και τις ανησυχίες που το διακρίνει (Langelaan, 2007). Η ποιότητα ζωής είναι άρρηκτα συνυφασμένη με την υγεία, το υποκειμενικό ευ ζην, το ψυχολογικό ευ ζην το οποίο, μελετάται στην παρούσα έρευνα, με την ανεξαρτησία και την κοινωνικότητα του ατόμου εν γένει (Parrish, 1996) και (Renaud & Bedard, 2013).

Το ευ ζην όπως μαρτυρά και η σημασία του όρου, σχετίζεται με την καλή ψυχολογική συνθήκη του ατόμου και περιλαμβάνει δύο ειδών προσεγγίσεων: α) την ηδονή και β) την ευδαιμονία. Πιο συγκεκριμένα, η ηδονή ή αλλιώς το ηδονικό ευ ζην συσχετίζεται με την απόλαυση και την ευτυχία· μια αρετή η οποία, από αρχαιοτάτων χρόνων θεωρούνταν από τους φιλοσόφους το υπέρτατο αγαθό και κινητήριο δύναμη για την ανθρώπινη εξέλιξη (Diener, 2009). Από την άλλη πλευρά, το ευδαιμονικό ευ ζην δεν αρκείται στην ευτυχία, αλλά, μελετά την αυτοπραγμάτωση του όρου καθώς και στην λειτουργικότητα του ατόμου (Ryan&Deci, 2001).

Ο ηδονισμός, ο οποίος αποτελεί την πρώτη διάσταση του ευ ζην απαντάται και ως υποκειμενικό ευ ζην στην σύγχρονη βιβλιογραφία. Απαρτίζεται από δύο σημαντικά γνωρίσματα: α)την ευτυχία και β)την ικανοποίηση από τη ζωή (Ryan&Deci, 2001). Στον αντίποδα, βρίσκεται ο ευδαιμονισμός, ο οποίος συνδέεται κυρίως με την αρετή και την ηθική. Ακόμη, η ευδαιμονία σχετίζεται με το ευ ζην και το ευ πράττειν, όπως εύστοχα επισήμανε ο αρχαίος φιλόσοφος Αριστοτέλης στα Ηθικά Νικομάχεια. Τέλος, η ευδαιμονία σύμφωνα με την Τζινιέρη, (2010), θεωρείται το κατά φύσιν και κατ' αρετήν ζην.

Οι στόχοι και οι σκοποί του κάθε ατόμου όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα, σχετίζονται άμεσα με το ευ ζην. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει πως όταν ένα άτομο θέτει στόχους στη ζωή του, παραμένει προσηλωμένο σε αυτούς, προσδοκά την πρόοδο και την ανέλιξη και εν τέλει την επίτευξη αυτών, τότε καταφέρνει να έχει καλή ζωή. Στην περίπτωση στην οποία, οι στόχοι απουσιάζουν από τη ζωή του ατόμου τότε επέρχονται δυσκολίες και προβλήματα σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο (Αναστασιλάκη, 2017).

Η αξιολόγηση του ευ ζην και συγκεκριμένα της υποκειμενικής αίσθησης του ευ ζην πραγματοποιείται με διαφορετικά εργαλεία με σημαντικότερο όλων την κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης από την ζωή (Satisfaction with Life Scale, SWLS) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) και το Life Satisfaction Index-LSI (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961). Παρόλαυτα, υπάρχουν και άλλα εργαλεία όπως: το Affect Balance Scale (Bradburn, 1969), το οποίο αξιολογεί θετικά και αρνητικά συναισθήματα, το Positive and Negative Affect Schedule- PANAS (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), το Scale of Positive and Negative Experience- SPANE (Diener, et al., 2009). Παράλληλα, υπάρχουν και άλλα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ευτυχίας όπως το (Oxford Happiness Inventory, Argyle, Martin, & Lu, 1995. Happiness Measures, Fordyce, 1988. Subjective Happiness Scale, Lyubomirsky & Lepper, 1999).

2.2 Ορισμός και Διαστάσεις Ψυχολογικού Ευ Ζην

Μολονότι μεγάλο εύρος μελετών αναφέρονται στο υποκειμενικό ευ ζην, έχει παρατηρηθεί πως το υποκειμενικό ευ ζην δεν αποτελεί την μοναδική διάσταση της ευζωίας. Σύμφωνα με τους Deci και Ryan, 2008 ο όρος ευημερία δεν ταυτίζεται στην ολότητά του με την ευτυχία καθώς περικλείει κάτι επιπρόσθετο. Με λίγα λόγια,

προκύπτει πως η δήλωση ατόμου περί ευτυχίας δεν υποδηλώνει και την θετική ψυχολογική κατάσταση. Συγκεκριμένα, ο Waterman, 1993 σχετίζει αυτό το παραπάνω με την ευδαιμονία, δηλαδή, με την ποιότητα ζωής του ατόμου. Με άλλα λόγια, με τον όρο ευδαιμονία δεν νοείται απλά και μόνο το αποτέλεσμα μιας πράξης αλλά η συνολική διαδικασία αυτοπραγμάτωσης του ατόμου.

Για την ευδαιμονική διάσταση της ευζωίας έχει αναφερθεί εκτενέστερα και ο αρχαίος έλληνας φιλόσοφος Αριστοτέλης ο οποίος εύστοχα αποτύπωσε της απόψεις του σχετικά με την ευτυχία στα έργα του: α) Ηθικά Νικομάχεια, β) Ηθικά Μεγάλα. γ) Ηθικά Ευδήμεια. Αναλυτικότερα, στα Ηθικά του έργα, ο Αριστοτέλης διερευνά προβλήματα τα οποία σχετίζονται άμεσα με το ατομικό αγαθό, την ευδαιμονία, την προαίρεση, τις ευδαιμονικές και ηθικές αρετές, τη φιλία, την ηδονή και την δικαιοσύνη. Τονίζει πως ο απώτερος και υπέρτατος σκοπός της ζωής του ατόμου θεωρείται η ευδαιμονία η οποία καθίσταται ως το υπέρτατο και τελικό αγαθό για το άτομο. Με άλλα λόγια, κατά τον φιλόσοφο Αριστοτέλη, η ευδαιμονία ορίζεται ως η ενέργεια, η αύρα της ψυχής σύμφωνα με τους κανόνες της τέλει αρετής (ψυχής ενέργεια κατ' αρετήν τελείαν). Συγκεκριμένα, στα έργα του υποστηρίζει *«Γενικά ονομάζουμε τελικό το αγαθό που επιλέγεται πάντοτε για αυτό που είναι το ίδιο και ποτέ για χάρη κάποιου άλλου αγαθού. Ένα τέτοιο αγαθό είναι κατά την γνώμη όλων ανεξαιρέτα η ευδαιμονία, γιατί αυτήν επιλέγουμε πάντοτε για αυτό που είναι η ίδια και ποτέ για χάρη κάποιου άλλου αγαθού, ενώ την τιμή, την ηδονή, τη διανοητική δραστηριότητα και γενικά κάθε αρετή τις επιλέγουμε, βέβαια, και για αυτό που είναι (γιατί, ακόμα και αν δεν προέκυπτε κανένα άλλο όφελος από αυτές, εμείς θα τις επιλέγαμε), τις επιλέγουμε όμως και για χάρη της ευδαιμονίας, επειδή θεωρούμε ότι μέσω αυτών θα γίνουμε ευδαίμονες. Την ευδαιμονία όμως κανείς δεν την επιλέγει για χάρη αυτών, ούτε - γενικά- για χάρη οποιουδήποτε άλλου αγαθού»* (Αριστοτέλης, Ηθικά Νικομάχεια, Α, 1097α 30-1097β 8).

Συμπερασματικά, κατά τον Σταγειρίτη φιλόσοφο προκύπτει πως τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ευδαιμονίας, του υπέρτατου αυτού αγαθού είναι δύο: α) είναι τέλειον, δηλαδή, επιλέγεται για τον εαυτό του και όχι για την επίτευξη άλλων στόχων και β) είναι αυτάρκες και περικλείει όλες τις υπόλοιπες αρετές.

Το ψυχολογικό ευ ζην, ορίζεται ως ένα κράμα θετικών συναισθημάτων όπως η ευτυχία η οποία, ταυτίζεται με την ηδονή, τα οποία οδηγούν στην αποτελεσματικότητα του ατόμου τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο (ευδαιμονία) (Deci & Ryan, 2008). Με λίγα λόγια, με τον όρο ψυχολογικό ευ ζην

εννοείται η ζωή του ατόμου να εξελίσσεται ορθά, καλά, δηλαδή, να προκύπτει ο συνδυασμός «αισθάνομαι καλά» και «λειτουργώ σωστά, αποτελεσματικά» (Huppert, 2009).

Η Ryff (1989), χαρακτηρίζει το ψυχολογικό ευ ζην ως την ενεργό και συνεχή δράση του ατόμου σε ένα σύνολο προκλήσεων υπαρξιακού χαρακτήρα. Το θεωρητικό του ψυχολογικού ευ ζην σύμφωνα με τον Bowman, 2010 στηρίζονται: α) στον όρο της αυτοπραγμάτωσης του Maslow (1968), β) στα στάδια ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του Erikson (1959), και στον όρο της εξατομίκευσης από τον Jung (1933). Οι παραπάνω θεωρίες οδήγησαν στην πολυδιάστατη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην το οποίο περιλαμβάνει τις επακόλουθες έξι περιοχές θετικής λειτουργίας (Ryff, 1989):

1. **Αυτονομία:** η αυτονομία σχετίζεται με το επίπεδο στο οποίο το άτομο είναι αυτοκαθορισμένο, έτοιμο και ανεξάρτητο να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές συνθήκες, να σκεφτεί και να δράσει με μια συγκεκριμένη νόρμα, να καθορίσει την συμπεριφορά του βάσει εσωτερικών μηχανισμών και φυσικά να συσχετίσει τον εαυτό του σε σχέση με προσωπικά πρότυπα.
2. **Κυριαρχία στο περιβάλλον:** αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο εμφανίζει την ικανότητα να κυριαρχεί και να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον. Στην ικανότητα να ελέγχει δύσκολες εξωτερικές δραστηριότητες, να αξιοποιεί τις κατάλληλες ευκαιρίες και τέλος να είναι ικανό να διαμορφώσει τα σωστά περιβάλλοντα ώστε να ανταποκρίνονται στις δικές του ανάγκες και ιδανικά.
3. **Προσωπική ανάπτυξη:** τονίζει τον βαθμό στον οποίο το άτομο είναι σε θέση να ελέγχει και να κατανοεί τη συνεχή ανάπτυξή του. Με λίγα λόγια, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να εξελιχθεί, να είναι ανοιχτό σε νέα δεδομένα και καταστάσεις, να αξιοποιεί τις δυνατότητές του, να εξελίσσεται με το πέρασμα του χρόνου και καταλήγοντας, να αποκτά αυτογνωσία και αποδοτικότητα.
4. **Θετικές σχέσεις με τους άλλους:** δείχνει τον βαθμό που το άτομο αναπτύσσει ικανοποιητική και εμπιστευτική σχέση με άλλους ανθρώπους. Δείχνει κατά πόσο το άτομο ενδιαφέρεται για την ευτυχία των συνανθρώπων του, μπαίνει στη θέση του άλλου, διακατέχεται από αισθήματα αγάπης και αντιλαμβάνεται πως ο πυρήνας των ανθρωπίνων σχέσεων είναι το νοιάζομαι- μοιράζομαι.
5. **Σκοπός στη ζωή:** φανερώνει τον βαθμό, στον οποίο το άτομο είναι ικανό να θέσει τους δικούς του στόχους και σκοπούς, θέτει τις κατευθυντήριες γραμμές

στη ζωή του, νιώθει πως το παρελθόν και το παρόν του έχουν νόημα και εν γένει έχει πεποιοθήσεις οι οποίες προσφέρουν σκοπό στη ζωή.

6. **Αποδοχή του εαυτού:** αναφέρεται στον βαθμό που κάποιος αποδέχεται την ύπαρξή του όπως είναι, αντιλαμβάνεται και αποδέχεται κάθε μέρος της προσωπικότητάς του, αντιμετωπίζει τα αρνητικά του στοιχεία με θετικό τρόπο και τέλος, δείχνει τον βαθμό στον οποίον αισθάνεται καλά για το παρελθόν του.

Τέλος, ο πατέρας της θετικής ψυχολογίας Seligman, 2011 προσφέρει έναν καινούργιο ορισμό για το ευ ζην. Συγκεκριμένα, τονίζει πως το ευ ζην απαρτίζεται από πέντε βασικά χαρακτηριστικά: α) τα θετικά συναισθήματα, β) η εμπλοκή, γ) το νόημα, δ) οι θετικές σχέσεις ε) η ολοκλήρωση. Καθένα από τα παραπάνω γνωρίσματα συνεισφέρουν στο ευ ζην. Βασικός πυρήνας της νέας αυτής θεωρίας είναι πως τα παραπάνω χαρακτηριστικά γνωρίσματα όταν επιτευχθούν και ανατροφοδοτηθούν καταλλήλως θα οδηγήσουν με την σειρά τους στην ομαλοποίηση του συναισθηματικού κόσμου ατόμου (Atkinson, 2013).

2.3 Ψυχολογικό Ευ Ζην και Αναπηρία

Με τον όρο ευ ζην γενικότερα, εννοείται η εσωτερική συνθήκη ή κατάσταση στην οποία βρίσκεται διακριτά το κάθε άτομο. Πιο συγκεκριμένα, εννοείται η πνευματική υγεία του ατόμου, τα υψηλά ή χαμηλά επίπεδα των θετικών/αρνητικών συναισθημάτων καθώς και η αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή. Οι θεμελιώδεις συνιστώσες του ευ ζην είναι: η ικανοποίηση από τη ζωή, η ψυχολογική ισορροπία, η πνευματική διαύγεια, η αυτοεκτίμηση αλλά και τα αρνητικά συναισθήματα του άγχους, της κατάθλιψης και της μοναξιάς (Pinquart & Pfeiffer, 2011). Η σύνδεση του ψυχολογικού ευ ζην με την αναπηρία αποτελεί μια παράμετρο που έχει απασχολήσει αρκετούς ερευνητές. Μάλιστα, μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον αναφορικά με το ψυχολογικό ευ ζην έχει παρατηρηθεί στον τομέα της κλινικής ψυχολογίας. Αναλυτικότερα, ο ψυχιατρικός κλάδος υποστηρίζει μια ελλιπή αντίληψη σχετικά με την ατομική ευημερία αποκλείοντας την αγωνία που αισθάνεται το άτομο. Η μέτρηση της ευημερίας με ψυχομετρικούς όρους εξυπηρετεί τη δημιουργία παρεμβάσεων για την ελάττωση των επιπέδων αγωνίας (Joseph και Wood, 2010). Αρκετές έρευνες συνδέουν την περιορισμένη ψυχολογική ευεξία με την αναπηρία, με χρόνιες συνθήκες υγείας (Lyubomirsky, King και Diener, 2005). Ωστόσο, αποτελέσματα

έχουν δείξει την σύνδεση ευμερίας με θετικά αποτελέσματα υγείας όπως: η αντοχή του πόνου, βελτίωση του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς και αργή εξέλιξη μιας χρόνιας νόσου (Howell, Kern και Lyubomirsky, 2007).

Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του ψυχολογικού ευ ζην και της αναπηρίας φαίνεται και στις περιπτώσεις ατόμων με οπτική αναπηρία. Συγκεκριμένα, η οπτική αναπηρία η οποία είναι επίκτητη και εμφανίζεται στην έκτη δεκαετία στους ενήλικες οδηγεί σε ψυχολογική και κοινωνική απάθεια. Το άτομο με οπτική αναπηρία εγκλωβίζεται στην αναπηρία του, αισθάνεται μοναξιά και ενδέχεται να εμφανίσει καταθλιπτικά χαρακτηριστικά τα οποία θα δυσχεραίνουν την ψυχολογική του ατόμου (Renaud & Bedard, 2013). Η οπτική αναπηρία όπως και κάθε μορφή αναπηρίας σημαίνει αυτομάτως την έλλειψη μιας σημαντικής λειτουργίας για τη ζωή του ατόμου. Όπως είναι φυσικό το ψυχολογικό ευ ζην τόσο στο σωματικό όσο και στο πνευματικό τομέα επηρεάζεται σημαντικά και διαφοροποιείται (Tsai et al., 2003). Οι επιπτώσεις από την εμφάνιση μιας αναπηρίας και στη συγκεκριμένη περίπτωση της οπτικής αναπηρίας στο ψυχολογικό ευ ζην είναι μεγάλες. Αρχικά, το άτομο με αναπηρία χάνει την αίσθηση κυριαρχίας αλλά και ελέγχου, με αποτέλεσμα να εμφανίζει σημάδια απογοήτευσης, ανησυχίας, φόβου και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Παράλληλα, οι δυσκολίες μετακίνησης και λειτουργικότητας οδηγούν σε κοινωνική αποστροφή και σε κατάθλιψη (Moore, Constantino, & Allen, 2000). Επιπρόσθετα, η επίκτητη οπτική αναπηρία συνδέεται με αρνητικές διακυμάνσεις στην ψυχολογία. Το άτομο σταματά να προσδοκά και να ονειρεύεται για το μέλλον, ζει παθητικά και έχει το ανικανοποίητο (Wahl, Schilling, Oswald & Heyl, 1999). Τέλος, σύμφωνα με τους Jackson, Taylor, Palmatier, Elliott, & Elliott, (1998) τα άτομα με οπτική αναπηρία φαίνεται πως τείνουν να διαχειριστούν την νέα πραγματικότητα μέσω της διαδικασίας διαπραγμάτευσης της πραγματικότητας. Η συγκεκριμένη διαδικασία βοηθά το άτομο να αποκτήσει κίνητρα για να ζήσει και βελτιώνοντας παράλληλα το ευ ζην.

Σε αυτό το πλαίσιο τα άτομα τα οποία έχουν αποκτήσει κινητική αναπηρία στη διάρκεια της ζωής τους φαίνεται να παρουσιάζουν ποικίλες διακυμάνσεις στη συμπεριφορά τους αναφορικά με την αναπηρία (Elliott, Kurylo, & Rivera, 2005). Μάλιστα, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές αρκετές έρευνες έως πρόσφατα εστίαζαν στις αρνητικές επιπτώσεις της αναπηρίας για τη ζωή ενός ατόμου αποκλείοντας ως πιθανή την ψυχολογική εξέλιξη του ατόμου. Γίνεται αντιληπτό πως, ο τρόπος αντίδρασης και αντιμετώπισης του ατόμου απέναντι στην αναπηρία είναι

καθοριστικός για την ποιότητα της ψυχολογικής του κατάστασης (Tedeshi & Kilmer, 2005). Σε αυτό το πλαίσιο, τα ψυχικά γνωρίσματα δεν είναι κοινά για όλα τα άτομα και πρέπει να μελετώνται μέσα στο κοινωνικό σύστημα το οποίο επηρεάζει τον τρόπο διαχείρισης της αναπηρίας (Ζώνιου-Σιδέρη, 1998). Για παράδειγμα, το άτομο με σωματική αναπηρία βιώνει μια εσωτερική διαμάχη ανάμεσα σε αυτά που θέλει και σε αυτά που μπορεί να κάνει. Η θετική ή αρνητική αντιμετώπιση της πραγματικότητας θα εξελίξει ή όχι τον ψυχολογικό τομέα του ατόμου (Παπάνης, Γιαβρίμης, & Βίκη, 2009).

Οι αντιδράσεις ενός ατόμου με σωματική αναπηρία στη ψυχική και σωματική υγεία εστιάζουν σε ατομικά και περιβαλλοντικά στοιχεία τα οποία αλληλοσυσχετίζονται. Κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου ενδέχεται να λειτουργήσουν ως “βήμα” για την εύρεση νοήματος ζωής του ατόμου. Η ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται και να αναλαμβάνει ευθύνες σχετικές με τη ζωή του σχετίζονται με θετικές αντιλήψεις για την υγεία (Baker, 2006•Chang, Downey, & Salata, 2004). Όταν το άτομο εφαρμόζει μεθόδους οι οποίες εστιάζουν στην αναπηρία τότε οδηγείται σε αυτοαποτελεσματικότητα και αποκτά θετική ψυχική προσαρμογή (Dahlbeck & Lightsey, 2008). Σε αντίθετη περίπτωση, το άτομο οδηγείται σε αρνητικές ψυχολογικές συνθήκες (Dahlbeck & Lightsey, 2008•Hudek-Knezevic, Kardum, & Maglica, 2005).

Καταλήγοντας, η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στον ψυχικό κόσμο του ατόμου είναι μεγάλη. Αυτό διαπιστώνεται από το γεγονός πως, εκείνο καθορίζει την λειτουργικότητα ή την δυσλειτουργία ενός ατόμου με αναπηρία σε διάφορους τομείς της ζωής όπως: η εργασία, η μετακίνηση, η ψυχαγωγία και η εκπαίδευση (Σούλης, 2008). Επομένως, η στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι στην αναπηρία, η ένταξη και η ενσωμάτωση του ατόμου καθώς και η ικανότητα πρόσβασης σε χώρους σχετίζονται με το αίσθημα ανεξαρτησίας, οργάνωσης και ικανότητας που αισθάνεται το εκάστοτε άτομο (Green, Pratt, & Grisby, 1984).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

3.1 Προσδιορισμός της έννοιας “Οικογένεια”

Το περιεχόμενο του όρου οικογένεια είναι δύσκολο να αποτυπωθεί καθώς πρόκειται για μια πολυδιάστατη και πολυσύνθετη έννοια. Η δυσκολία του ορισμού του όρου έγκειται στο γεγονός πως οι οικογένειες ποικίλουν και καθεμία αποτελείται από διαφορετικές συνιστώσες (Glidden&Schoolcraft,2007). Η πολυπλοκότητα του όρου υποστηρίζεται και από τον Stamp, (2004) ο οποίος αναφέρει πως το πλαίσιο έρευνας για την διατύπωση του όρου εμπεριέχει διάφορους ερευνητικούς κλάδους. Παράλληλα, οι Sergin και Flora (2011), τονίζουν πως το μεγαλύτερο μέρος των ορισμών σχετίζεται με τις προϋποθέσεις για τη δημιουργία οικογένειας. Παρόλαυτα, κατά καιρούς διατυπώνονται ορισμοί καθένας από τους οποίους αποδίδει το περιεχόμενο του όρου.

Αρχικά, η Τσαπαρλή, (2004) παρουσιάζει την οικογένεια ως ένα ανοιχτό σύστημα. Το σύστημα αυτό αλληλοεξαρτάται και αλληλοεπηρεάζεται από το περιβάλλον, εξελίσσεται και καθιερώνεται σταδιακά μέσα από την πάροδο του χρόνου. Σε άλλη μελέτη, η οικογένεια παρουσιάζεται ως ένας θεσμός κοινωνικός, πρωταρχικό μέλημα του οποίου θεωρείται η φροντίδα και η αγωγή των παιδιών. Άτομα τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς αίματος ή γάμου ή υιοθεσίας συνθέτουν μια οικογένεια (Θεοδωροπούλου 2003). Στην ίδια φιλοσοφία κυμαίνεται και η άποψη της Μουσούρου, (1998) σύμφωνα με την οποία η οικογένεια αποτελεί έναν παγκόσμιο θεσμό ο οποίος διαθέτει τις δικές του λειτουργίες με στόχο της διαβίωση του κοινωνικού συνόλου. Ακόμη, ο Αποστολόπουλος (1998), περιγράφει την οικογένεια ως μια ομάδα προσώπων τα οποία σχετίζονται μεταξύ τους με το μυστήριο του γάμου και κατ' επέκταση με συγγενικούς δεσμούς. Ένας επιπρόσθετος ορισμός για την οικογένεια την περιγράφει ως μια ομάδα κοινωνικού χαρακτήρα με βασικές συνιστώσες την αναπαραγωγική δραστηριότητα και τη συνεργασία των μελών αναφορικά με το νοικοκυριό και την οικονομική διαχείριση Τσαρδάκης, (1993) και Murdock (1968). Ακόμη, ένας ορισμός προερχόμενος από τον κλάδο της κοινωνιολογίας προτείνεται για την οικογένεια. Σύμφωνα με τον Αμερικανό κοινωνιολόγο Parson, (1959) ως οικογένεια ορίζεται μόνο η πυρηνική, η οποία διαθέτει συγκεκριμένο χαρακτήρα και οι ρόλοι ανάμεσα στα μέλη είναι διακριτοί.

Ανέκαθεν ο θεσμός του γάμου έπαιζε σημαντικό ρόλο ιδίως στη δημιουργία οικογένειας. Ο γάμος θεωρείται ως μια μορφή σχέσης με νομικό υπόβαθρο και σχετίζεται με την αναπαραγωγική λειτουργία, την οικονομική συνύπαρξη των συζύγων και την δημιουργία απογόνων (Θεοδοροπούλου, 2003).

Η οικογένεια και τα μοτίβα οικογενειακής ζωής υποστηρίζονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, από την εκκλησία και το σχολείο. Μάλιστα, η δυναμική του θρησκευτικού στοιχείου και της εκκλησίας θεωρείται αξιοσημείωτη καθώς με συμβολικό χαρακτήρα θέτει τα όρια σχετικά με την ένταξη και την απομάκρυνση από την οικογενειακή εστία, διαιωνίζει αντιλήψεις σχετικές με την οικογενειακή ευθύνη. Ωστόσο, εξαιτίας των καιρών οι “πατροπαράδοτες” αντιλήψεις έχουν μεταβληθεί με αποτέλεσμα να αλλάζει και η μορφή της εκάστοτε οικογένειας (Muncie, Wetherell, Langan, Dallos & Cochrane, 2009). Αναφορικά με τη μορφή η οικογένεια στη σύγχρονη κοινωνία μπορεί να διακριθεί σε:

Πυρηνική: Η πυρηνική οικογένεια απαρτίζεται από τους συζύγους και τα παιδιά βιολογικά ή υιοθετημένα. Θεωρείται ως το βασικό πρότυπο οικογενειακής ζωής στην κοινωνία γενικότερα.

Μονογονεϊκή: Σε αυτή την οικογένεια υπάρχει ένας μόνο γονέας και τα παιδιά. Η συγκεκριμένη οικογένεια διαμορφώνεται σε περίπτωση θανάτου, διαζυγίου, χωρισμού ή ακόμη στη συνθήκη κατά την οποία το άτομο χωρίς γάμο αποφασίζει να αναθρέψει το παιδί με δική του ευθύνη.

Πολυγαμική: Ο συγκεκριμένος τύπος οικογένειας εμφανίζεται σε περιοχές στις οποίες η πολυγαμία είναι επιτρεπτή. Απαρτίζεται από ένα πρόσωπο, συνήθως τον κύριο της οικογένειας, τις συζύγους και τα παιδιά.

Ενιαία: Στην ενιαία οικογένεια τα άτομα ενός συνόλου κοινής καταγωγής ζουν με τις συζύγους και τα τέκνα τους κάτω από την ίδια στέγη.

Εκτεταμένη: Στη παρούσα οικογένεια η οποία, είναι μεγαλύτερη από την ενιαία υπάρχει λίγος έλεγχος μεταξύ των μελών και οι οικονομικές ευθύνες μοιράζονται μεταξύ των μελών (Θεοδοροπούλου, 2003).

Οι οικογένειες ανάλογα με το περιεχόμενο είναι δυνατόν να διακριθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

Κλασικές παραδοσιακές: Σε αυτή την κατηγορία ο πατέρας είναι ο βασικός διαχειριστής των οικονομικών θεμάτων ενώ οι αρμοδιότητες της μητέρας περιορίζονται στην ανατροφή των παιδιών και στις οικιακές ασχολίες.

Ημιπαραδοσιακές: Ο ρόλος του πατέρα παραμένει σταθερός όπως και στην περίπτωση των κλασικών παραδοσιακών οικογενειών ενώ ο ρόλος της μητέρας επεκτείνεται με την ίδια να εργάζεται και εκτός του οικογενειακού πλαισίου (Θεοδοροπούλου, 2003).

Διπλής σταδιοδρομίας: Πρόκειται για ένα μικρό μέρος οικογενειών αυτού του είδους, στις οποίες και οι δύο σύζυγοι διαθέτουν πλήρη επαγγελματική ενασχόληση. Παράλληλα, υπάρχει ισοτιμία αναφορικά με την ανατροφή των παιδιών και τα οικιακά (Κενανίδης, 2005).

Η οικογένεια σαν ολότητα αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα. Τα υποσυστήματα αυτά διέπονται από κανόνες, όρια και στόχους τους οποίους ορίζει και θεμελιώνει η ίδια η οικογένεια (Κατάκη, 2012). Τα ουσιαστικότερα υποσυστήματα είναι τρία: το συζυγικό, το γονικό και το αδερφικό, καθένα από τα οποία διαθέτει την λειτουργία και αλληλοεπηρεάζονται σημαντικά (Goldenberg & Goldenberg, 2003). Πιο συγκεκριμένα:

Το συζυγικό υποσύστημα: Αυτό το υποσύστημα αποτελείται από δύο ενήλικες ετερόφυλους· στο μεγαλύτερο μέρος, με σκοπό τη δημιουργία οικογένειας. Ο σχηματισμός πυρηνικής οικογένειας ξεκινά με τη διαμόρφωση του ζευγαριού (Παπαδιώτη- Αθανασίου 2014).

Το γονεϊκό υποσύστημα: Το γονεϊκό υποσύστημα αποτελεί εξέλιξη του συζυγικού. Τα μέλη παύουν να είναι δύο και το σύστημα τροποποιείται με έναν τέτοιο τρόπο ώστε να υποδεχθεί το νέο μέλος και το ζευγάρι να μετατραπεί σε οικογένεια. Ωστόσο, για να επέλθει ισορροπία στην οικογενειακή ζωή πρέπει η μετάβαση από το ένα σύστημα στο άλλο να πραγματοποιηθεί ομαλά. Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση το συζυγικό υποσύστημα οφείλει να διατηρήσει την αυτονομία του.

Το αδελφικό υποσύστημα: Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται τα παιδιά-αδέρφια. Το συγκεκριμένο σύστημα βοηθά στην ψυχοκοινωνική εξέλιξη των παιδιών καθώς συνθέτει το πρώτο σύνολο στο οποίο το παιδί εντάσσεται, μαθαίνει να συνεργάζεται, να επικοινωνεί και να αλληλεπιδρά με τα υπόλοιπα μέλη. Ακόμη, το σύστημα αυτό αποτελεί μια μικρογραφία της κοινωνίας αφού η επαφή των αδελφών θα τους βοηθήσει στις κοινωνικές τους επαφές (Παπαδιώτη-Αθανασίου 2014).

Η λειτουργία μιας οικογένειας εξαρτάται από την ομαλή συνύπαρξη των υποσυστημάτων καθώς και από την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων. Τα όρια

διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη απόκτηση ταυτότητας τόσο της οικογένειας ως ψυχοκοινωνικό σύστημα όσο και των μελών της. Τα όρια διακρίνονται σε ανοιχτά και κλειστά. Στην πρώτη περίπτωση επιτυγχάνεται ανταλλαγή πληροφοριών από και προς το σύστημα π.χ η ένταξη του παιδιού σε ομάδες πλην της οικογένειας. Τα κλειστά όρια απαγορεύουν την ανταλλαγή πληροφοριών με αποτέλεσμα το σύστημα της οικογένειας να παραμένει στάσιμο και να η επικοινωνία μεταξύ των μελών να είναι ανεπαρκής. Τα σωστά όρια είναι εκείνα που χαρακτηρίζονται από τη λειτουργικότητά, δηλαδή κατά πόσο τα όρια είναι ευέλικτα ώστε να μετατρέπονται σε ανοικτά ή κλειστά ανάλογα με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες του οικογενειακού συστήματος. Η σημαντικότητα του ρόλου των ορίων και συγκεκριμένα της ευελιξίας αυτών πιστοποιείται από τη δυνατότητα που παρέχεται στα μέλη της να προσπεράσει τις δυσκολίες εξαιτίας φυσιολογικών ή απρόσμενων παραγόντων.

Τέλος, ο Minuchin, (1974) υποστηρίζει πως θεμελιώδης άξονας των ορίων για την ομαλή λειτουργία ενός οικογενειακού συστήματος αποτελεί η ευελιξία. Τα σωστά όρια είναι εκείνα τα οποία είναι επαρκώς καθορισμένα ενώ παράλληλα είναι ικανά να τροποποιούνται ανάλογα με τις απαιτήσεις του κάθε οικογενειακού συστήματος σε ανοιχτά ή κλειστά αντίστοιχα. Η ανελαστικότητα αποτελεί ένα αρνητικό χαρακτηριστικό των ορίων γιατί οδηγεί στη δυσλειτουργία της οικογένειας και ενδέχεται να είναι είτε παροδικό είτε μόνιμο χαρακτηριστικό (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2014).

3.2 Οικογενειακές Σχέσεις και οι Διαστάσεις τους

Ένα μοντέλο για τις οικογενειακές σχέσεις που συναντάται σε ερευνητικά και ακαδημαϊκά περιβάλλοντα (Τριλίβα, 1989. Τριλίβα & Ζηρά, 2000), είναι το Ερωτηματολόγιο Οικογενειακών Σχέσεων (Personal Authority in the Family System Questionnaire), (Bray, Williamson & Malone, 1984). Το παρόν ερωτηματολόγιο πραγματεύεται τα πρότυπα σχέσεων που ανιχνεύονται ανάμεσα σε δύο γενιές μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Πρόκειται για ένα σύνολο από δεξιότητες αλληλεπίδρασης και πρότυπα συμπεριφοράς μεταξύ των μελών μιας οικογένειας. (Bray, Williamson & Malone, 1982). Η διαγενεακή εξατομίκευση, η διαγενεακή οικειότητα, η διαγενεακή τριγωνοποίηση και η τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας συνθέτουν τις τέσσερις βασικές διαστάσεις του, βάσει των οποίων αξιολογούνται οι οικογενειακές σχέσεις ως προς την ποιότητά τους. Παρακάτω, επιχειρείται μια

αναλυτική περιγραφική των τεσσάρων σημαντικότερων διαστάσεων του Personal Authority in the Family System ερωτηματολογίου.

Αρχικά, ως διαγενεακή εξατομίκευση (INFUS) ορίζεται το φαινόμενο της διαφοροποίησης του εαυτού. Αποτελεί την διαδικασία κατά την οποία το ίδιο το άτομο αποστασιοποιείται από τον πυρήνα σχέσεων της πατρικής οικογένειας (Bray, Williamson & Malone, 1984a). Ακόμη, μέσα στις σχέσεις το άτομο λειτουργεί με έναν αυτόνομο τρόπο δίχως να αισθάνεται ότι αναλαμβάνει σε υπερβολικό βαθμό την ευθύνη για τους άλλους. Η εξατομίκευση διαφέρει από την συναισθηματική απόσταση εφόσον με την διατήρηση της αυτονομίας περιλαμβάνει και την έννοια της εγγύτητας (Bray, Harvey & Williamson, 1987· Lawson & Brossart, 2001). Σε αντιδιαστολή, βρίσκεται ο όρος «συγχώνευση» ο οποίος σχετίζεται με την περιορισμένη αυτόνομη λειτουργία. Παράλληλα, συσχετίζεται με την αποφυγή προσωπικής ευθύνης, ανάθεση ευθύνης σε άλλους και μεγαλύτερη συναισθηματική αντιδραστικότητα. Επιπλέον, ο βαθμός συγχώνευσης αντικατοπτρίζει και το μέγεθος της προσκόλλησης του ατόμου με την οικογένειά του (Bray, Harvey & Williamson, 1987).

Η διαγενεακή οικειότητα (ININT) αναφέρεται στην εγγύτητα που έχει το ίδιο το άτομο με τους γονείς του, διατηρώντας παράλληλα σαφή τα όρια του εαυτού. Το άτομο με δική του πρωτοβουλία επιλέγει να διαμορφώσει ή να περιορίσει την σχέση εγγύτητας με τους γονείς διατηρώντας ταυτόχρονα την αυτονομία του (Bray, Williamson & Malone, 1984a.)

Η τριγωνοποίηση αναφέρεται σε ένα είδος σχέσης το οποίο απαρτίζεται από τρία άτομα. Για ένα τουλάχιστον άτομο η σχέση αυτή αντιμετωπίζεται ως αγχωτική και δύσκολη. Συγκεκριμένα, η “διαγενεακή τριγωνοποίηση” (INTRI) εξετάζει σε ποιο βαθμό το άτομο πιστεύει ότι εμπλέκεται σε συζυγικά θέματα και λαμβάνουν μέρος σε ανάρμοστες συμμαχίες με έναν γονιό. Η τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας (NFTRI) μετρά την τριγωνοποίηση μεταξύ των γονέων και των παιδιών τους.

Στο περιεχόμενο του όρου «τριγωνοποίηση» αναφέρθηκε και η Παπαδιώτη-Αθανασίου (2014), αναφέροντας πως η τροποποίηση του συστήματος σε τριαδικό έχει τη βάση του σε στρεσογόνες συνθήκες. Η τριγωνοποίηση ή αλλιώς οι τριαδικοί συνασπισμοί (triangulation) θεωρείται θεμελιώδες στοιχείο της οικογενειακής οργάνωσης. Οι τριγωνικές σχέσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν προβλήματα σε περιπτώσεις συγκρούσεων και εντάσεων αποκτώντας έτσι και μόνιμη διάσταση.

Ακόμη, η τριγωνοποίηση ενδέχεται να υφίσταται και μετά την αποχώρηση ενός ατόμου από την οικογένεια που μέχρι τότε άνηκε στο τρίγωνο. Έτσι διαιωνίζεται ένα μέρος από τις τριγωνοποιήσεις ανάμεσα σε γενεές. Η τριγωνοποίηση είναι δυνατόν να αποτυπωθεί με δύο μορφές: α) όταν δύο από τα μέλη μιας οικογένειας συσπειρώνονται ενάντια σε ένα τρίτο και β) με την παρουσίαση ενός προβλήματος από ένα άτομο της οικογένειας. Σε αυτό το σημείο να επισημανθεί πως όταν το παιδί εμπλέκεται σε τριγωνικές σχέσεις αναλαμβάνει δύο ρόλους: α) είτε το ρόλο του γονέα β) είτε το ρόλο του «αποδιοπομπαίου τράγου». Στην πρώτη περίπτωση το παιδί αναλαμβάνει το ρόλο του γονέα χωρίς να το θέλει ή να το έχει επιλέξει, επειδή οι γονείς είναι ανίκανοι να τον ασκήσουν. Επομένως, η λειτουργία της οικογένειας βρίσκεται στο χέρι του. Μάλιστα, σε ιδιαίζουσες περιπτώσεις ο ρόλος αυτός διατηρείται ακόμα και αν το παιδί φύγει από την εστία. Τέλος, το παιδί το οποίο μεταπηδά στο γονεϊκό υποσύστημα εγκαταλείπει το υποσύστημα των παιδιών και έτσι χάνεται η παιδικότητα, ενώ έχει παρατηρηθεί πως η τριγωνοποίηση στην οποία εντάσσονται μεταφέρεται και στην δικιά τους οικογένεια. Στη δεύτερη περίπτωση το παιδί «απορροφά» το στρες και το άγχος από τα προβλήματα των γονέων με τη διαφορά ότι στον γονεϊκό ρόλο το παιδί ήταν μέρος του προβλήματος ενώ στη δεύτερη περίπτωση μόνο το παιδί δέχεται τις αγχογόνες καταστάσεις διατηρώντας έτσι την ισορροπία στο σύστημα των δύο συζύγων. Το παιδί ωστόσο, που λειτουργεί ως «αποδιοπομπαίος τράγος» αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υγείας.

Τέλος, η οικογένεια όπως έγινε φανερό από πλήθος μελετητών αποτελεί το σημαντικότερο κομμάτι για τη ζωή ενός ατόμου. Μολονότι, κάθε οικογένεια είναι μοναδική, με τα δικά της γνωρίσματα, τη δικιά της μορφή, τις δικιές της ανάγκες και συντεταγμένες, ωστόσο η οικογένεια είναι κάτι περισσότερο και ουσιαστικότερο από το σύνολο των ατόμων που την αποτελούν. Συγκεκριμένα, πρόκειται για μια βιοψυχοκοινωνική ομάδα, κατά τη συστημική προσέγγιση, η οποία αποτελείται από άτομα συνδεδεμένα με δεσμούς που παραμένουν σταθεροί για ορισμένο χρονικό διάστημα (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2014).

3.3 Οικογένεια και Αναπηρία

3.3.1 Η στάση των γονέων απέναντι στην αναπηρία

Αναμφισβήτητα, η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί την σημαντικότερη είδηση για τη ζωή ενός ζευγαριού. Ήδη, από την στιγμή της σύλληψης οι γονείς αρχίζουν να ονειρεύονται και να σχεδιάζουν τη ζωή του αγέννητου παιδιού τους εκφράζοντας παράλληλα επιθυμίες και απόψεις σχετικά με το πώς θα ήθελαν να γίνει ως άνθρωπος. Είναι μια διαδικασία που πραγματοποιούν οι περισσότεροι αν όχι όλοι οι γονείς και μέσα από αυτή προσδοκούν ενδόμυχα το παιδί τους να αποτελέσει τη συνέχεια τους, επιτελώντας όσα εκείνοι δεν κατόρθωσαν να πραγματοποιήσουν. Με άλλα λόγια, περιμένουν στη ζωή ένα παιδί που θα φαντάζει και θα είναι τέλειο, «προϊόν επιβεβαίωσης» του γονεϊκού τους ρόλου (Αρμπουνιώτη, 2007 & Μαργαρίτη, 2006).

Η στιγμή της γέννησης είναι μια στιγμή μοναδική και χαρούμενη για τους μελλοντικούς γονείς. Ωστόσο, τα θετικά αυτά συναισθήματα μεταβάλλονται και αποκτούν διαφορετική διάσταση όταν το παιδί γεννιέται με κάποια μορφή αναπηρίας. Συγκριμένα, ξεκινά μια δύσκολη διαδικασία εσωτερικής σύγκρουσης συναισθημάτων αφού τα σχέδια και η προσδοκία των γονέων αντικρούονται με την πραγματικότητα την οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν. Η άρνηση, η απόρριψη του παιδιού, ο θυμός, ο φόβος, η θλίψη αποτελούν τα πρώτα κυρίαρχα συναισθήματα των γονέων ενώ ταυτόχρονα η απομάκρυνση του προβλήματος αυτού από την ευρύτερη κοινωνία συνθέτει την κύρια αντίδραση των γονέων. Επιπλέον, τα συναισθήματα των γονέων επηρεάζονται σημαντικά και συγκεκριμένα ο τρόπος αντίδρασής τους καθορίζεται τόσο από τον τρόπο με τον οποίο γνωστοποιείται η αναπηρία του παιδιού όσο και το άτομο που αναλαμβάνει την ενημέρωσή τους (Αρμπουνιώτη, 2007). Η οικογένεια παιδιού με αναπηρία βιώνει μια δύσκολη κατάσταση καθώς οι σχέσεις των μελών της επαναπροσδιορίζονται. Ο επαναπροσδιορισμός αυτός είτε θα λειτουργήσει θετικά είτε αρνητικά για την πορεία των σχέσεων της οικογένειας (Μαργαρίτη, 2006).

Οι γονείς οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με την αναπηρία βιώνουν έντονα συναισθήματα και τα οποία διαβαθμίζονται ανάλογα το στάδιο στο οποίο βρίσκονται. Τα στάδια εκδήλωσης των συναισθημάτων των γονέων περιγράφονται παρακάτω:

- **1^ο στάδιο Σοκ:** τα συνοδά χαρακτηριστικά αυτού του σταδίου αποτελούν ο συναισθηματικός προσανατολισμός, η καχυποψία και η σύγχυση. Η κατάσταση σοκ ενδέχεται να διαρκέσει από λίγα λεπτά έως μερικές μέρες.
- **2^ο στάδιο Αντίδραση:** οι γονείς σε αυτή τη φάση παρουσιάζουν μελαγχολία, στεναχώρια και αισθάνονται απελπισμένοι. Έχουν την ανάγκη να αλλάξει η κατάσταση του παιδιού τους, όποτε αντιμετωπίζουν τη διάγνωση με καχυποψία.
- **3^ο στάδιο Προσαρμογή:** οι γονείς αρχίζουν να εκτιμούν την ρεαλιστική κατάσταση της αναπηρίας. Χρειάζονται ορθές και ξεκάθαρες πληροφορίες προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του παιδιού τους.
- **4^ο στάδιο Προσανατολισμός:** εντείνεται η ανάγκη για βοήθεια και πληροφόρηση. Σε αυτό το στάδιο, κρίνεται σημαντική η συνεχής ιατρική βοήθεια και καθοδήγηση με την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών.

Η προσαρμογή των γονέων στην εκάστοτε αναπηρία εξαρτάται από τον ίδιο τον γονέα και από τον τρόπο διαχείρισης των συναισθημάτων τους. Κάποιοι γονείς περνούν από τα παραπάνω στάδια, χωρίς να σημαίνει πως όλοι ακολουθούν την ίδια πορεία. Μάλιστα, ορισμένοι είναι δυνατόν να παραμένουν προσκολλημένοι σε κάποιο στάδιο. Για παράδειγμα, στο στάδιο της αντίδρασης, ερευνητικά αποτελέσματα δείχνουν πως εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος οι γονείς αντιτίθενται σε κάθε είδους συζήτηση που προκύπτει σχετικά με την αναπηρία του παιδιού τους. Με λίγα λόγια, εμφανίζουν αμυντική στάση η οποία συνοδεύεται από την κοινωνική απομόνωση. Μάλιστα, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες εξακριβώθηκε η ύπαρξη εχθρότητας, αποστέρισης, απογοήτευσης και επιθετικότητας με αποτέλεσμα τις συζυγικές συγκρούσεις και την οικογενειακή αποδόμηση (Μαργαρίτη, 2006).

Τα στάδια αντίδρασης είναι κοινά και για τους γονείς το παιδί των οποίων απέκτησε αναπηρία μεταγεννητικά. Η διαφορά με τους άλλους γονείς έγκειται στο σημείο πως δεν αισθάνονται ενοχές για τη γέννησή του αλλά αισθάνονται ιθύνοντες για την μη έγκυρη προστασία του παιδιού (Davis & Cunningham, 2017).

Αδιαμφισβήτητα, τα συναισθήματα των γονέων είναι μη συγκρίσιμα καθώς είναι εξατομικευμένα. Αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς αντιμετωπίζουν τη θλίψη τους ο Wikler αναφέρει δύο αντίρροπες απόψεις: α) η πρώτη υποστηρίζει πως οι γονείς συνέρχονται και ξεπερνούν τη θλίψη και β) η δεύτερη τονίζει πως οι γονείς δεν την ξεπερνούν ποτέ. Ωστόσο, μια τρίτη άποψη προέκυψε από μελέτη του ίδιου η

οποία υποστήριξε πως οι γονείς βιώνουν συναισθηματικές μεταπτώσεις και πως η θλίψη που αισθάνονται ταυτίζεται με τις περιόδους εκείνες που η εξέλιξη των παιδιών τους θα ήταν ομαλή εάν δεν έφεραν την εκάστοτε αναπηρία (Μανωλόπουλος & Τσιάντης, 1988).

Αναφορά στις συναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων: ψυχικός πόνος, πένθος, οργή, αγωνία, φόβος, επανάσταση, ενοχή και ηρεμία, πραγματοποιεί και ο Κρουσταλλάκης, (2006). Οι συναισθηματικές εκφάνσεις των γονέων σε πρώιμο στάδιο αποτελούν ένα κομμάτι της προσαρμογής τους στη νέα κατάσταση και γι' αυτό καλό θα ήταν να αποφεύγεται ο χαρακτηρισμός παθολογικές. Φαίνεται λοιπόν, πως αν και οι αντιδράσεις έχουν έναν κοινό παρονομαστή για τις οικογένειες παιδιών με αναπηρία, ωστόσο η εκτίμηση ή εξήγηση που δίνει κάθε οικογένεια για την αναπηρία είναι υποκειμενική.

3.3.2 Προβλήματα στη λειτουργία και στις ενδοοικογενειακές σχέσεις των μελών μιας οικογένειας.

Η αναπηρία δεν επηρεάζει την οικογένεια μόνο συνολικά, δηλαδή, ως σύστημα αλλά και μεμονωμένα, κάθε μέλος ξεχωριστά. Για αυτό τον λόγο, οι σχέσεις μεταξύ των μελών, ανάμεσα στους συζύγους και μεταξύ των αδερφιών είναι σημαντικές για την ομαλή λειτουργία του οικογενειακού συνόλου και για την αντιμετώπιση της αναπηρίας. Το γονεϊκό πρότυπο επηρεάζει τα αδέρφια και τη σχέση μεταξύ τους και αυτό γιατί ο τρόπος διαχείρισης και αντιμετώπισης της αναπηρίας από την πλευρά των γονέων επηρεάζει την προσαρμογή των αδερφιών και τη συμπεριφορά τους.

Οι διαφορές που εντοπίζονται στην συμπεριφορά των παιδιών εξαρτώνται από την στάση των γονέων απέναντι σε κάθε παιδί ξεχωριστά (Μαργαρίτη, 2006). Ακόμη, η σειρά γέννησης των παιδιών επηρεάζει τα συναισθήματα των παιδιών σημαντικά. Για παράδειγμα, σε μία πολυμελή οικογένεια, τα αδέλφια διατηρούν μια αρκετά καλή σχέση με το μέλος που φέρει αναπηρία. Ωστόσο, τόσο η εξασφάλιση όσο και η διατήρηση της ισορροπίας, εξαρτώνται από την στάση των γονέων, οι οποίοι οφείλουν να μεριμνήσουν προκειμένου να μην επιβαρύνουν τα αδέρφια με την ευθύνη του μέλους που φέρει αναπηρία.

Αναφορικά με τη θέση και την στάση των γονέων απέναντι στην αναπηρία, αναφέρθηκαν άλλες έρευνες οι οποίες μελέτησαν τον τρόπο αντίδρασης και συμπεριφοράς των μητέρων παιδιών με νοητική αναπηρία. Τα αποτελέσματα έδειξαν

πως οι μητέρες χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα άγχους Glidden and Schoolcraft, (2007). Επιπλέον, άλλες συνιστώσες βάσει των οποίων έχουν μελετηθεί οι αντιδράσεις των γονέων είναι: η ψυχολογική δυσκολία, η κατάθλιψη, η οικογενειακή ευτυχία, η υγεία καθώς και η κοινωνική υποστήριξη (Αλευριάδου, 2006. Glidden & Schoolcraft, 2007).

Η ομαλή λειτουργία μιας οικογένειας εξαρτάται σημαντικά από την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των μελών της. Οι σχέσεις ανάμεσα στο συζυγικό όπως και στο αδερφικό σύστημα όταν είναι γερές και δυνατές τότε η οικογένεια λειτουργεί ορθά ενώ όταν οι σχέσεις είναι χαλαρές το οικογενειακό σύστημα υπολειτουργεί. Στην περίπτωση στην οποία, μια οικογένεια έχει ένα μέλος με αναπηρία τα πράγματα δυσκολεύουν καθώς οι σχέσεις διαταράσσονται και η δομή κλονίζεται. Αναλυτικότερα, οι γονείς αρχίζουν και αισθάνονται εχθρικοί και απορρίπτουν το παιδί αυτό. Ακόμη, στην προσπάθεια των γονέων να εντοπίσουν τα αίτια της κατηγορίας ψυχικά αποδυναμώνονται με αποτέλεσμα να αλληλοκατηγορούνται και να απομακρύνονται ο ένας από τον άλλον (Reichman et al., 2008).

Στις δυσκολίες που προκύπτουν και δυσχαιρένουν τη λειτουργία του συζυγικού και γονεϊκού υποσυστήματος αναφέρθηκε και ο Alexander (1974). Συγκεκριμένα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά με νοητική αναπηρία, υποστηρίζεται πως η αναπηρία είναι δυνατόν να φέρει στην επιφάνεια συζυγικές συγκρούσεις που υπέβρισκαν, εμφανίζοντας παράλληλα τις αρνητικές πλευρές του χαρακτήρα των δύο συζύγων. Στο ίδιο πλαίσιο, ο ερευνητής επισημαίνει πως υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες μια μητέρα ενοχοποιεί τον εαυτό της και γι' αυτό αναλαμβάνει τη φροντίδα του παιδιού μόνη της αποστασιοποιώντας τον πατέρα. Ο πατέρας προκειμένου να διαχειριστεί την θλίψη του απομονώνεται στον εργασιακό του χώρο και με αυτόν τον τρόπο μεταφέρονται λανθασμένα μηνύματα μεταξύ των συζύγων (Alexander 1974). Σε άλλη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε γονείς παιδιών με νοητική αναπηρία, εξετάστηκαν τα προβλήματα που ανέκυψαν από την ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Ματινοπούλου (1990), ένα ποσοστό 59% του δείγματος ανέφερε την ύπαρξη συγκρούσεων μεταξύ των γονέων εξαιτίας της διαφορετικής αντίληψης και διαφορετικού τρόπου αντιμετώπισης του προβλήματος. Από την άλλη πλευρά, το 6% των γονέων προσκολλάται στο παιδί και μόνο το 35% των γονέων εντάσσουν το παιδί ομαλά μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον.

Καταλήγοντας, παρατηρείται πως η ικανότητα της οικογένειας να αντιμετωπίζει τους προβληματισμούς και να ανταποκρίνεται στις δυσκολίες της αναπηρίας επηρεάζεται και εξαρτάται τόσο από εξωγενείς όσο και από ενδογενείς παράγοντες. Για παράδειγμα, η κοινωνική υποστήριξη που τους παρέχεται (Hastings et al., 2002. Heller, Hsieh, & Rowitz, 2000. Green, 2001. Sloper, et al., 1991. White & Hastings 2004), καθώς και το οικογενειακό εισόδημα (Park, Turnbull & Turnbull, 2002. Scorgie, Wilgosh, & McDonald, 1998). Έρευνα έδειξε πως οικογένειες οι οποίες διέθεταν υψηλό εισόδημα, διέθεταν περισσότερες επιλογές και διεξόδους σχετικά με την αντιμετώπιση της νοητικής αναπηρίας του παιδιού τους. Ακόμη, από τα αποτελέσματα προέκυψε πως οι γονείς αυτοί παρουσίασαν υψηλά επίπεδα γονεϊκής ικανοποίησης Scorgie και συν. (1998). Από την άλλη πλευρά, στους ενδογενείς παράγοντες εντάσσονται: οι καλές οικογενειακές σχέσεις (Bayat, 2007. King et al., 1999), οι θρησκευτικές τους αντιλήψεις (Bennett, Deluca & Allen, 1995. Poston & Turnbull, 2004), οι μέθοδοι αντιμετώπισης (Hastings et al., 2002. Hastings et al., 2005), η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης (Weiss, 2002) και τέλος, η αντιμετώπιση του άγχους (Hastings et al., 2002).

Κεφάλαιο 4: Ανασκόπηση Ερευνητικής Βιβλιογραφίας

4.1 Το ψυχολογικό ευ ζην στα άτομα με αναπηρία

Εύρος ερευνών κατά διαστήματα έχουν ασχοληθεί με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων, και συγκεκριμένα των ατόμων με αναπηρία. Για την ορθή διατύπωση του όρου έχουν αναφερθεί αρκετοί ερευνητές σύμφωνα με τους οποίους το ψυχολογικό ευ ζην σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να αισθάνεται καλά και να λειτουργεί ορθά. Παράλληλα, άλλες έρευνες εστιάζουν στην περιγραφή του ψυχολογικού ευ ζην αναφορικά με την αναπηρία και ιδιαίτερος με συγκεκριμένες μορφές αναπηρίας όπως η οπτική, η ακουστική, σωματική αναπηρία, μαθησιακές δυσκολίες και νοητική αναπηρία. Το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών προσεγγίζει το ψυχολογικό ευ ζην με τον όρο ποιότητα ζωής αναφορικά με τις μαθησιακές δυσκολίες και την νοητική αναπηρία (Deci&Ryan, 2008) και (Huppert 2009).

Αρχικά, οι ερευνητές Ting, Aileen, Yun, και Ruth (2018), επισήμαναν την αξία και τα αποτελέσματα του Tai-Chi στην καρδιακή αποκατάσταση, στην αντοχή, στον ψυχολογικό τομέα, ατόμων με καρδιακές παθήσεις κατά την εκτέλεση αερόβιας άσκησης. Η μέθοδος που ακολούθησε η έρευνα ήταν η σύγκριση ανάμεσα σε παρεμβάσεις. Η μια παρέμβαση ήταν βασισμένη στο Tai-Chi, άλλη σε ενεργή δραστηριότητα (π.χ περπάτημα) και άλλη σε μη ενεργή (φροντίδα). Οι παρεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν σε ομάδες ατόμων με στεφανιαία καρδιακή νόσο, ανεξάρτητα από το στάδιο και τη σοβαρότητα της νόσου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ομάδες ατόμων που συμμετείχαν στο Tai-Chi, παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στον τομέα της αντοχής στην αεροβική άσκηση σε σύγκριση με τις ομάδες ενεργούς δραστηριότητας και μη. Ακόμη, οι ομάδες του Tai-Chi, σε σχέση με τις ομάδες μη ενεργούς δραστηριότητας εμφάνισαν σημαντικά χαμηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης καθώς και καλύτερη ψυχολογική ευημερία.

Άλλη έρευνα μελέτησε τους παράγοντες που επηρεάζουν και συσχετίζονται με το ψυχολογικό ευ ζην. Η εξωστρέφεια, ο νευρωτισμός και οι πεποιθήσεις αυτο-αποτελεσματικότητας έδειξαν ότι είναι καλοί προγνωστικοί παράγοντες της ψυχολογικής ευημερίας αναφορικά με τη ρύθμιση των συναισθημάτων των εφήβων. Συγκεκριμένα, οι ιταλοί ερευνητές Tommasi, Grassi, Balsamo, και Picconi (2017) σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε 179 εφήβους της Ιταλίας προσπάθησαν να ερευνήσουν την σχέση ανάμεσα στις πεποιθήσεις αυτοεκτίμησης, στα

χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και στο ψυχολογικό ευ ζην των εφήβων. Παράλληλα, μελετήθηκαν οι πεποιθήσεις των ίδιων των εφήβων για την αυτοαποτελεσματικότητα, το ψυχολογικό ευ ζην, και τις πιθανές επιδράσεις των πεποιθήσεων στην προσωπικότητα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το χαρακτηριστικό της εξωστρέφειας, ο νευρωτισμός και η αυτοαποτελεσματικότητα σχετικά με τη ρύθμιση των συναισθημάτων συνδέονται σημαντικά με το ψυχολογικό ευ ζην των εφήβων ενώ οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας όχι. Ακόμη, σημαντικό αποτέλεσμα της έρευνας δείχνει πως οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας δεν επιδρούν σημαντικά στην προσωπικότητα και αναφορικά με την εκδήλωση συναισθημάτων μειώνουν τα αρνητικά χαρακτηριστικά των ατόμων με υψηλά επίπεδα ψύχωσης.

Επιπλέον, ακόμη μια έρευνα μελέτησε το ψυχολογικό ευ ζην σε άτομα με καρκίνο. Συγκριμένα, οι Zimmermann, Burrell, και Jordan (2018) σε μελέτη τους προσπάθησαν να αξιολογήσουν και να ερευνήσουν την αυτοαποτελεσματικότητα και την επίδραση των παρεμβάσεων οι οποίες βασίζονται σε διαλογισμό και ευσυνείδηση, αναφορικά με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με καρκίνο. Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από άτομα και συγκριμένα ενήλικες με προχωρημένο καρκίνο, δηλαδή, καρκίνο σε τρίτο και σε πέμπτο στάδιο. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει πως οι παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης, οι οποίες έχουν τη βάση τους στον διαλογισμό είναι ωφέλιμες για το δείγμα της έρευνας. Παράλληλα, βελτιώνεται το ψυχολογικό ευ ζην, βοηθά τα άτομα να αποκτήσουν δεξιότητες συνείδησης, αποδέχονται την κατάσταση τους και μειώνονται τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης.

Εν συνεχεία, οι Johnson, Hall, Berzins, Baker, Melling και Thompson (2018), μελέτησαν σε σχετική έρευνα το ψυχολογικό ευ ζην και τα επίπεδα εξάντλησης των εργαζομένων στους τομείς Υγείας. Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το προσωπικό που εργάζεται σε τομείς της ψυχικής υγείας εμφανίζει λιγότερο ποιοτικά ψυχολογικό ευ ζην από το προσωπικό το οποίο εργάζεται σε οποιονδήποτε άλλο τομέα. Ακόμη, τα χαμηλά επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην και τα υψηλά επίπεδα εξάντλησης σχετίζονται με έλλειψη ποιότητας και ασφάλειας της περιθαλψής του ασθενούς, και με υψηλά επίπεδα απουσίας και αντικατάστασης του προσωπικού. Οι παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές, αλλά η αποτελεσματικότητα αυτών μικρή.

Για το ψυχολογικό ευ ζην έχουν αναφερθεί και σε σχετική έρευνα οι Marino, Gini, Vieno, και Spada (2018), οι οποίοι μελέτησαν την σχέση ανάμεσα στην υπερβολική χρήση του facebook, στο ψυχολογικό στρες (κατάθλιψη, άγχος) και στο ευ ζην (ικανοποίηση από τη ζωή και θετική ψυχολογική υγεία) ανάμεσα σε εφήβους και σε νέους ενήλικες. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 13,929 συμμετέχοντες. Τα ευρήματα της μελέτης ήταν διφορούμενα αφού φάνηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα υπερβολική χρήση του facebook και στο ψυχολογικό στρες. Από την άλλη, φάνηκε αρνητική σχέση ανάμεσα στο facebook και και το ευ ζην.

Σε άλλη μελέτη, οι Akhtar και Barlow (2018), προσπάθησαν να περιγράψουν την σχέση ανάμεσα στην διαδικασία της συγχώρεσης και της ψυχικής υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα εφήβων και ενηλίκων, οι οποίοι έχουν βιώσει διάφορες μορφές βίας και τραυματικές εμπειρίες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως τα προγράμματα συγχώρεσης που πραγματοποιήθηκαν στο δείγμα είχαν θετικά αποτελέσματα καθώς οδήγησαν στην μείωση των επιπέδων κατάθλιψης, θυμού, εχθρότητας, στρες και άγχους. Επίσης, είχαν θετικά αποτελέσματα καθώς σχετίζεται θετικά με την προαγωγή της ψυχικής υγείας (Akhtar και Barlow, 2018).

Σε άλλη μελέτη, οι ερευνητές, Haggman-Laitila και Rompranen (2017), εξέτασαν τα προγράμματα τα οποία στοχεύουν να βελτιώσουν το ψυχολογικό ευ ζην των προϊσταμένων νοσοκόμων στο χώρο εργασίας τους. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν από προϊσταμένους νοσοκόμους, προϊσταμένους νοσηλευτών και νοσηλευτικό προσωπικό. Τρία προγράμματα παρέμβασης πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική, ένα στον Καναδά και ένα στην Βόρεια Κορέα. Τα προγράμματα αυτά σχετίζονταν κυρίως με τη διαχείριση του στρες σε ενηλίκους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα τέσσερα από τα πέντε προγράμματα είχαν σημαντικά αποτελέσματα στο ψυχολογικό ευ ζην του προσωπικού (Haggman-Laitila & Rompranen 2017).

Επιπλέον, σε μελέτη οι Wang, Chow και Chan (2017), μελέτησαν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αναθεώρησης της ζωής σε σχέση με την ψυχολογική ευημερία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε άτομα με καρκίνο σε προχωρημένο ή σε τελικό στάδιο ηλικίας 18 ετών και άνω. Στην μελέτη αυτή τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα δείχνουν επιθυμητή επίδραση των προγραμμάτων ανασκόπησης της ζωής για το ευ ζην γενικότερα (Wang, Chow, και Chan 2017).

Στο ίδιο πλαίσιο, μια ακόμη μελέτη εξετάζει αυτή την φορά τη σχέση του ψυχολογικού ευ ζην με ένα είδος αναπηρίας. Οι Blackwell, Alammar, Weighall,

Kellar και Nash (2017) σε έρευνά τους εξετάζουν τις επιπτώσεις της ναρκοληψίας, μιας χρόνιας νευρολογικής διαταραχής ύπνου στο ψυχολογικό ευ ζην και στις γνωστικές λειτουργίες παιδιών σχολικής ηλικίας, 5 έως 18 ετών. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε πως τα παιδιά που αντιμετωπίζουν πρόβλημα ναρκοληψίας ανήκουν σε ομάδα κινδύνου εμφάνισης γνωστικών δυσλειτουργιών και αντιμετωπίζουν προβλήματα συναισθηματικού τομέα όπως η κατάθλιψη, άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση Blackwell, Alammar, Weighall, Kellar και Nash (2017).

Για το ψυχολογικό ευ ζην των φυλακισμένων αναφέρθηκαν σε έρευνά τους και οι Auty, Copel, και Liebling (2017). Οι εν λόγω ερευνητές παρουσίασαν την επίδραση προγραμμάτων όπως η γιόγκα και ο διαλογισμός στο ψυχολογικό ευ ζην και στη συμπεριφορική κατάσταση των φυλακισμένων. Από την παρούσα έρευνα προέκυψε πως τα άτομα που συμμετείχαν σε προγράμματα γιόγκας ή διαλογισμού, κατά την παραμονή τους στην φυλακή παρουσίασαν βελτίωση στο ψυχολογικό ευ ζην και μια μικρή βελτίωση στη συμπεριφορά τους. Ακόμη, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά αναφορικά με το ψυχολογικό ευ ζην ανάμεσα στα προγράμματα που χρησιμοποιήθηκαν. Για παράδειγμα, προγράμματα μεγάλης διάρκειας αλλά λιγότερης έντασης επέφεραν σημαντική βελτίωση στη συμπεριφορά του δείγματος σε σύγκριση με προγράμματα μεγαλύτερης έντασης αλλά μικρής διάρκειας (Auty, Copel, & Liebling 2017).

Για την σύνδεση του ψυχολογικού ευ ζην και της πνευματικής υγείας με τις φιλοδοξίες και τους στόχους που θέτει κάθε άτομο μεμονωμένα αναφέρθηκαν σε σχετική έρευνα οι Davids, Roman και Kerchhoff, (2017). Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από περίπου 457 μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της Αφρικής. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων παρατηρήθηκε σημαντικά θετική συσχέτιση ανάμεσα στην επίτευξη στόχων και φιλοδοξιών με το ψυχολογικό ευ ζην. Από την άλλη μεριά, το ψυχολογικό ευ ζην φάνηκε να μην συσχετίζεται με την πνευματική υγεία. Ακόμη, τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν πως οι ενδογενείς στόχοι και φιλοδοξίες που θέτει κάθε άτομο λειτουργούν ως παράγοντες πρόβλεψης του ψυχολογικού ευ ζην (Davids, Roman και Kerchhoff, 2017).

Για την σχέση του ψυχολογικού ευ ζην με τον ελεύθερο χρόνο στη φύση αναφέρθηκαν οι Oh, Lee, Zaslowski, Yeung, Rosenthal, Larkey και Back (2017). Συγκεκριμένα, οι ερευνητές θέλησαν να δείξουν τα οφέλη και την επίδραση της

επαφής του ατόμου με τη φύση στο ψυχολογικό ευ ζην του. Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από άτομα νέα και υγιή ηλικίας 20 ετών έως ηλικιωμένα άτομα, ηλικίας 79 ετών με χρόνια προβλήματα. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν πως η επαφή του ατόμου με τη φύση λειτουργεί θετικά την υπέρταση, για την καρδιακή λειτουργία, το ανοσοποιητικό σύστημα, για το στρες, το άγχος, τις φλεγμονές και την κατάθλιψη (Oh, Lee, Zaslowski, Yeung, Rosenthal, Larkey και Back 2017).

4.2 Η οικογένεια και ο ρόλος της στα άτομα με αναπηρία

Για την δεύτερη μεταβλητή της έρευνας· τις οικογενειακές σχέσεις έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες, οι οποίες όμως μελέτησαν την οικογένεια σαν σύστημα ιδιαιτέρως στην περίπτωση ατόμου με αναπηρία.

Αρχικά, σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Gomes, Lima, Bueno, Araújo και Souza, (2015) αναφέρθηκαν στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οικογένειες παιδιών που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα διαταραχών καθώς και στρατηγικές διαχείρισης που εφαρμόζουν οι γονείς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως, η συναισθηματική φόρτιση των γονέων και ιδιαιτέρως των μητέρων αποτελεί την πρώτη μεγάλη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι γονείς. Ακόμη, στις δυσκολίες συμπεριλαμβάνονται η χρονική αναβολή της διάγνωσης, η αντιμετώπιση απέναντι στην ίδια την φύση της διάγνωσης και των συμπτωμάτων, καθώς και ελλιπής πρόσβαση στα κοινωνικά και στα συστήματα υγείας. Αναφορικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, επικρατέστερες σύμφωνα με τα αποτελέσματα είναι οι ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών ανάμεσα σε ομοιοπαθείς οικογένειες, ολοκληρωμένο σύστημα υγείας και επαρκής οικογενειακή υποστήριξη (Gomes, Lima, Bueno, Araújo και Souza, 2015).

Σε άλλη έρευνα, οι μελετητές Inhestern, Haller, Wlodarczyk, Bergelt (2016) αναφέρονται σε υποστηρικτικά προγράμματα και παρεμβάσεις ψυχολογικού τύπου που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οικογένειες οι οποίες πάσχουν από καρκίνο καθώς και στα εμπόδια που προκύπτουν από τα προγράμματα αυτά. Το δείγμα των παρεμβάσεων που χρησιμοποιήθηκαν συνολικά ήταν 19 και από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι παρεμβάσεις τέτοιου τύπου λειτούργησαν βοηθητικά. Τα εμπόδια αναφορικά με τη χρήση των προγραμμάτων υποστήριξης σχετίζονται με πρακτικά ζητήματα τα οποία αντιμετωπίζουν οι οικογένειες. Οι ασθενείς με καρκίνο που

αντιλαμβάνονται την αξία των προγραμμάτων αξιοποίησαν αυτά τα προγράμματα. Παράλληλα, τα χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων όπως η ευέλικτη δομή και προσβασιμότητα είναι σημαντικά για την αξιοποίηση από τις οικογένειες με καρκίνο. Στα εμπόδια συμπεριλαμβάνονται τα χαρακτηριστικά της νόσου και επιπλοκές από τις συνεργασίες. Τέλος, η παροχή πληροφοριών σχετικά με τα υποστηρικτικά προγράμματα από γιατρούς και η αξιοποίησή τους για την καθημερινή διαβίωση αποτελούν σημαντικές συνιστώσες για την εφαρμογή αυτών (Inhestern, Haller, Wlodarczyk, Bergelt, 2016).

Ακόμη μια έρευνα σε οικογενειακούς φροντιστές πραγματοποιήθηκε αυτή τη φορά. Συγκεκριμένα, οι Liu, Chen και Sun (2017), σε έρευνά τους αναφέρθηκαν σε προγράμματα ευαισθητοποίησης με στόχο την αντιμετώπιση του ψυχολογικού άγχους των οικογενειακών φροντιστών ατόμων με άνοια. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα συγκεκριμένα προγράμματα είχαν θετικά αποτελέσματα στην βελτίωση της κατάθλιψης του άγχους και στον ψυχολογικό τομέα που συνδέεται με την ποιότητα ζωής, 8 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Από την άλλη, τα συνολικά ευρήματα δεν έδειξαν σημαντικά αποτελέσματα από την κατάρτιση των φροντιστών στα προγράμματα αυτά σε σύγκριση με τις συνθήκες ελέγχου αναφορικά με την εξάλειψη του άγχους και τους βάρους των φροντιστών (Liu, Chen και Sun 2017).

Στο ίδιο πλαίσιο διεξήχθη έρευνα από τους Sina, Gillarda, Spain, Cornelius, Chene και Henderson (2017) οι οποίοι αναφέρθηκαν σε ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα και στην αποτελεσματικότητα αυτών για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των φροντιστών, δηλαδή, ψυχολογικό ευ ζην, βάρος ευθύνης και έκφραση συναισθημάτων. Στην έρευνα συμμετείχαν 2,858 φροντιστές. Τα αποτελέσματα μετά την παρέμβαση ήταν αμφιλεγόμενα για την ποιότητα ζωής των φροντιστών. Εν αντιθέσει, τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα φάνηκε πως λειτούργησαν θετικά αναφορικά με τη μείωση του άγχους, της νοσηρότητας και των αρνητικών εμπειριών φροντίδας για τους φροντιστές (Sina, Gillarda, Spain, Cornelius, Chene και Henderson 2017).

Για την επανένταξη παιδιών με καρκίνο και των οικογενειών τους στην καθημερινή ζωή μελέτησαν οι Peikert, Inhestern και Bergelt (2018). Συγκεκριμένα, μελέτησαν για την ενσωμάτωσή τους στο καθημερινό πλαίσιο ένα χρόνο μετά το πέρας της νόσου. Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από εφήβους ηλικίας κάτω από 20 ετών καθώς και από τις οικογένειές τους. Οι περισσότερες παρεμβάσεις

αφορούσαν τα ίδια τα παιδιά με καρκίνο, οκτώ παρεμβάσεις ήταν σχετικές με την οικογένεια και μόλις δύο για τα αδέρφια. Από τα αποτελέσματα προέκυψε θετική επιρροή από την παρακολούθηση ψυχολογικών προγραμμάτων υποστήριξης (Peikert, Inhestern και Bergelt 2018).

Μια ακόμη έρευνα μελετά αυτή την φορά τις οικογένειες παιδιών με διάσπαση προσοχής (ΔΕΠ-Υ). Στόχος των ερευνητών Cheung, Aberdeen, Ward, και Theule (2018) είναι διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στην μητρική κατάθλιψη και στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε πως μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων συγκριτικά με τις μητέρες παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ. Η σχέση ανάμεσα στα καταθλιπτικά συμπτώματα των μητέρων και στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά ήταν μέτρια (Cheung, Aberdeen, Ward, και Theule, 2018).

Για την συμπεριφορά της οικογένειας σε ενήλικες με διαβήτη διεξήγαγαν έρευνα οι Vongmany, Lockett, Lam και Phillips (2017). Οι παραπάνω ερευνητές εξέτασαν τι είδους συμπεριφορές της οικογένειας λαμβάνουν ενήλικες με διαβήτη Τύπου 2 και πώς αυτές επιδρούν στην αυτοδιαχείριση των ενηλίκων. Το δείγμα αποτέλεσαν 829 ενήλικες με διαβήτη. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (63.5%) ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία τους ήταν 58 χρόνων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι συμπεριφορές της οικογένειας που λαμβάνει ο ενήλικας με διαβήτη μπορεί να λειτουργούν: α) ως διευκολυντές της διαχείρισης του διαβήτη από τους ενήλικες με συμπεριφορές (η επίβλεψη και κινητοποίηση από την οικογένεια, η τάση απογαλακτισμού), β) ως εμπόδια της διαχείρισης (περιορισμένη υποστήριξη από την οικογένεια) και γ) ως διφορούμενες, άλλοτε με τη δυνατότητα υποστήριξης και άλλοτε με τη δυνατότητα παρεμπόδισης της διαχείρισης (συνεχής υπενθύμιση ή γκρίνια), (Vongmany, Lockett, Lam και Phillips 2017).

Στο ίδιο πλαίσιο της οικογενειακής υποστήριξης αναφέρεται και η έρευνα των Whitehead, Jacob, Towell (2017). Οι ερευνητές εξέτασαν την συνεισφορά και υποστήριξη των μελών μιας οικογένειας αναφορικά με την διαχείριση των χρόνιων παθήσεων από τα ενήλικα μέλη της οικογένειας. Το δείγμα της έρευνας ήταν ηλικίας 18 ετών και άνω. Από τα ευρήματα της έρευνας φάνηκε πως τα μέλη μιας οικογένειας παρέχουν υποστήριξη μέσα στο χρόνο ώστε να μπορέσει ο ενήλικας να διαχειριστεί την χρόνια πάθηση μέρα με τη μέρα. Μάλιστα η προσαρμοστικότητα της οικογένειας βοηθά στην ομαλή διατήρηση σχέσεων μεταξύ των μελών, την συνοχή και την εξομάλυνση της χρόνιας κατάστασης (Whitehead, Jacob & Towell, 2017).

Σε άλλη έρευνα, οι Delicate, Ayers και McMullen (2018) αναφέρθηκαν στα αποτελέσματα που προκύπτουν στην σχέση ενός ζευγαριού, όταν το ζευγάρι γίνεται γονείς. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν γονείς 18 ετών και άνω της Δυτικής Κοινωνίας και το περιεχόμενο της έρευνας αφορούσε πέντε βασικούς τομείς: α) Φάση Προσαρμογής, η οποία επιφέρει αλλαγές στην σχέση του ζευγαριού β) Επικέντρωση στο μωρό, κατά την οποία οι γονείς φαίνονται απροετοίμαστοι για τις επικείμενες αλλαγές γ) Επικοινωνία, αλλαγές στην μεταξύ τους επικοινωνία δ) Οικειότητα, η οποία σχετίζεται με αλλαγές στην σεξουαλικότητα του ζευγαριού, ε) Πίεση στην σχέση, βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη και στ) Ενίσχυση Σχέσεων, εμφάνιση στην επικοινωνία. Από τα ευρήματα της μελέτης φάνηκε πως η μετάβαση από την συζυγική στην γονεϊκή φάση εκτός από τους τομείς της Πίεσης και της ενίσχυσης σχέσεων (ε και στ) έχει τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιπτώσεις στην σχέση του ζευγαριού. Στην περίπτωση ε η πίεση ήταν ήπια έως αυστηρή ενώ στην περίπτωση στ η επιρροή ήταν θετική Delicate, Ayers & McMullen (2018).

Στην ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων αναφέρονται με τη σειρά τους σε σχετική έρευνα οι Ma, Roberts, Winefield και Furber (2017). Οι ερευνητές εξετάζουν την ποιότητα των σχέσεων των αδερφιών παιδιών με νοητική αναπηρία. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 3.142 συμμετέχοντες στους οποίους ανήκουν παιδιά με νοητικά προβλήματα, οι γονείς τους και/ή τα αδέρφια τους. Οι ηλικίες των παιδιών και των αδερφιών τους κυμαίνονταν από 3 ετών έως 18 και από 4 έως 18 αντίστοιχα. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν πως στις οικογένειες οι οποίες έχουν κάποιο παιδί με νοητικά προβλήματα, η ποιότητα των σχέσεων ανάμεσα στα αδέρφια είναι λιγότερο θετικές, δηλαδή, υποστηρικτικές και περισσότερο αρνητικές, δηλαδή χαρακτηρίζονται από συγκρούσεις και επιθέσεις συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ($d=0.07-1.37$). Επίσης, οι σχέσεις ανάμεσα στους γονείς και στα αδέρφια του παιδιού με νοητική αναπηρία είναι πιο αρνητικές συγκριτικά με τις οικογένειες ελέγχου ($d=0.07-1.40$). Μάλιστα στις περιπτώσεις παιδιών με συμπεριφορική διαταραχή η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των αδερφιών ήταν θετικότερη από αυτών της ομάδας ελέγχου ενώ στην περίπτωση αγχώδους διαταραχής δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από το δείγμα ελέγχου (Ma, Roberts, Winefield & Furber 2017).

4.3 Το ψυχολογικό ευ ζην οικογενειών ατόμων με αναπηρία

Για την συσχέτιση του ευ ζην και συγκεκριμένα του ψυχολογικού ευ ζην με την οικογένεια γενικότερα αναφέρθηκαν έρευνες, οι οποίες προσπάθησαν να αποδώσουν το περιεχόμενο πληρέστερα.

Αρχικά, οι Grey, Totsika και Hastings (2018) σε έρευνά τους αναφέρθηκαν στο να ζει κάποιος με την οικογένειά του και στα αποτελέσματα αυτού στην υγεία και στο υποκειμενικό ευ ζην των ενηλίκων με νοητική αναπηρία. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν Άγγλοι ενήλικες με νοητική αναπηρία ηλικίας 16 ετών και άνω. Από αυτούς ένα ποσοστό $n=1.528$ ζούσαν με την οικογένειά τους ενώ μόλις 874 ζούσαν εκτός οικογενειακής εστίας ($n=874$). Από τα ευρήματα της έρευνας προέκυψε ότι τα επίπεδα υγείας και υποκειμενικού ευ ζην ήταν υψηλότερα για τους ενήλικες που ζούσαν με την οικογένειά τους από ότι για τους άλλους. Ακόμη, η υγεία των ατόμων που ζουν μέσα στην οικογένεια είναι καλύτερη όταν η ανάγκη του ατόμου για υποστήριξη είναι μικρή. Σε αντίθετη περίπτωση, όταν το άτομο παρουσιάζει υψηλή ανάγκη για υποστήριξη τότε τα επίπεδα της υγείας του είναι χαμηλά (Grey, Totsika & Hastings 2018).

Σε έρευνα, οι Beckmeyer και Russell (2018) σε δείγμα 681 ατόμων ηλικίας 15 ετών εξετάζουν τον βαθμό στον οποίο οι τέσσερις στρατηγικές διαχείρισης (γονική γνώση, έλεγχος συμπεριφοράς, γονική ακαδημαϊκή συμμετοχή, μη εποπτευόμενος χρόνος με τους συνομηλίκους) διαφοροποιούνται ως προς την οικογενειακή δομή (βιολογικοί γονείς, πατριός ή μητέρα ανύπαντρη). Παράλληλα, συσχετίζουν τις στρατηγικές με τις θετικές συνιστώσες του ευ ζην των νέων (ψυχοκοινωνική ωριμότητα, θετική φιλία και τη σχολική σύνδεση) ως προς κάθε οικογενειακή δομή. Από τις αναλύσεις προκύπτει πως γονική γνώση, έλεγχος συμπεριφοράς, γονική ακαδημαϊκή συμμετοχή ήταν μεγαλύτερες στην περίπτωση του βιολογικού γονέα από τις οικογένειες με μια ανύπαντρη μητέρα. Επίσης, οι οικογένειες με βιολογικούς γονείς, με πατριό ή με μητέρα ανύπαντρη διαφοροποιούνταν ως προς την γονική ακαδημαϊκή ανάμειξη. Τέλος, αν και οι στρατηγικές διαχείρισης σχετίστηκαν με το ευ ζην των νέων σε κάθε είδος οικογενειακού συστήματος, οι συγκεκριμένες στρατηγικές που σχετίστηκαν με τις συνιστώσες του ευ ζην των νέων διέφεραν ανάλογα τον τύπο οικογένειας.

Άλλη έρευνα εξετάζει την σχέση ανάμεσα στην οικογένεια (μητέρα και πατέρα) μετά το διαζύγιο με το ευ ζην των εφήβων παιδιών τους. Συγκεκριμένα, οι Bastaits, Pasteels και Mortelmans (2018) διαχώρισαν το δείγμα σε δύο κατηγορίες: α) μητέρες-έφηβοι (n=515) και β) πατέρες-έφηβοι (n=365). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το ευ ζην των εφήβων ήταν χαμηλότερο στις περιπτώσεις στις οποίες οι μητέρες τους βρίσκονταν σε σχέσεις λιγότερο σταθερές, δεν ξαναδημιούργησαν σχέσεις, σε σχέσεις εξ αποστάσεως από τον σύντροφο ή είχαν πολλές σχέσεις μετά το διαζύγιο. Ωστόσο, στην περίπτωση των πατέρων υπήρξε αντίθετο αποτέλεσμα. Το ευ ζην των εφήβων ήταν χαμηλό στις περιπτώσεις στις οποίες, οι πατέρες είχαν φαινομενικά κάτι σταθερό, δηλαδή, είχαν ξαναπαντρευτεί ή συζούσαν με νέα σύντροφο μετά το διαζύγιο Bastaits, Pasteels & Mortelmans (2018).

Για την σχέση εφήβων-γονέων αλλά και για τις επιπτώσεις της εργασίας των παιδιών στην οικογενειακή επιχείρηση αναφορικά με το ευ ζην τους μελετά η έρευνα των Houshmand, Seidel και Ma (2017). Συγκεκριμένα, η έρευνα εξετάζει ποια είναι τα αποτελέσματα της εργασίας των παιδιών στις οικογενειακές σχέσεις και στο ψυχολογικό τους ευ ζην, ως προς την αυτοπεποίθηση και την κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι έφηβοι που εργάζονται στην οικογενειακή επιχείρηση για ένα χρόνο σε καθημερινή βάση παρουσιάζουν καλύτερες σχέσεις με τους γονείς τους και καλύτερο ψυχολογικό ευ ζην από ότι οι έφηβοι που δεν εργάζονται (Houshmand, Seidel & Ma 2017).

Η έρευνα αυτή εξετάζει τις απόψεις των μητέρων αναφορικά με την προσαρμοστικότητα των υγιών αδερφιών, παιδιών που υποστηρίζονται μηχανικά. Η έρευνα των Toly, Blanchette, Sikorski, Musil, και Hamed (2017) επικεντρώνεται σε τρεις βασικές συμπεριφορές που επιδεικνύουν στην καθημερινότητα των υγιών αδερφιών: α) καλή προσαρμοστικότητα β) θετικές συμπεριφορές και γ) αρνητικές συμπεριφορές. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν για την πρώτη περίπτωση πως τα υγιή αδέρφια προσαρμόζονται στην κατάσταση του αδερφιού τους θετικά. Ωστόσο, περνούν λιγότερο χρόνο με τους γονείς από τα αδέρφια τους που υποστηρίζονται μηχανικά. Επίσης, συχνά τα υγιή παιδιά αδυνατούν να παραβρεθούν σε διάφορες εκδηλώσεις. Στην δεύτερη περίπτωση, τονίζεται πως τα υγιή παιδιά αποκτούν μεγαλύτερη ευαισθησία, συμπόνια και κατανόηση για τους άλλους. Παράλληλα, βοηθούν τους γονείς στις δουλειές του σπιτιού, ήταν πιο ώριμοι και προστατευτικοί με τα αδέρφια τους με αναπηρία. Στις αρνητικές συμπεριφορές

συμπεριλαμβάνονταν η επιθετικότητα, η αδιαφορία και παθητικότητα απέναντι στο παιδί με αναπηρία, η ζήλεια, η απαίτηση για περισσότερη προσοχή από τους γονείς, καθώς και υψηλό άγχος και στρες (Toly, Blanchette, Sikorski, Musil, και Hamed 2017).

Σε άλλη μελέτη οι Pruitt, Willis, Timmons και Ekas (2016) εξετάζουν την επίδραση των χαρακτηριστικών των μητέρων, παιδιών και οικογένειας στο ευ ζην καθώς και τις γονικές αλληλεπιδράσεις των μητέρων παιδιών με αυτισμό. Το δείγμα αποτελούταν από 83 μητέρες παιδιών με αυτισμό. Η ηλικία των μητέρων ήταν 25 έως 55 χρονών και των παιδιών 2 έως 13 ετών. Οι μητέρες αξιολογήθηκαν αναφορικά με: α) ψυχική υγεία, συμπτώματα κατάθλιψης, β) σοβαρότητα του αυτισμού γ) λειτουργικότητα οικογένειας δ) επιρροή μητέρων στην καθημερινότητα ε) παρεμβάσεις μητέρων στην καθημερινότητα. Από τις αναλύσεις των απαντήσεων φάνηκε πως υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων συνδέονται με μειωμένη θετική επίδραση των μητέρων στην καθημερινότητα. Ωστόσο, καλύτερες παρεμβάσεις από την μητέρα για την κοινωνικοποίηση του παιδιού σχετίζεται με θετική επιρροή στην καθημερινότητα. Ακόμη, υψηλά επίπεδα οικογενειακής συνοχής σχετίζονται με αυξημένες θετικές παρεμβάσεις από τους γονείς. Τέλος, υψηλότερα συμπτώματα μητρικής κατάθλιψης και οικογενειακής δυσλειτουργίας σχετίζονται με αυξημένες αλληλεπιδράσεις γονικής απογοήτευσης στην καθημερινότητα (Pruitt, Willis, Timmons & Ekas 2016).

Ακόμη μια έρευνα των Larsen-Moen, Hedelin, Hall-Lord (2016) μελετά την οικογενειακή λειτουργία και το ψυχολογικό ευ ζην γονέων παιδιών με διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Το δείγμα ήταν 264 γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ, από τους οποίους οι 217 ήταν οι μητέρες και 47 οι πατέρες οι οποίοι συμπληρώσαν ερωτηματολόγιο αναφορικά με την ψυχολογική δυσχέρεια, οικογενειακή συνοχή και την λειτουργία της οικογένειας. Επιπλέον στην έρευνα συμμετείχαν και γονείς που οι ίδιοι είχαν διάσπαση προσοχής (15,2%). Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως, οι μητέρες εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία από τους πατέρες και οι ελεύθεροι γονείς μικρότερο ευ ζην από τους παντρεμένους γονείς. Ακόμη, γονείς με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία και οικογενειακή δυσλειτουργία από γονείς χωρίς. Τέλος, οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ στα οποία χορηγείται φαρμακευτική αγωγή έχουν μικρότερη ψυχολογική δυσφορία από τους γονείς παιδιών στα οποία δεν χορηγείται (Larsen -Moen, Hedelin, Hall-Lord 2016).

Για την επιρροή της οικογένειας στα μέλη της αναφέρθηκε η έρευνα των King και Ganotice (2015). Συγκεκριμένα, οι παραπάνω ερευνητές εξετάζουν εάν οι υποχρεώσεις που ορίζει μια οικογένεια επηρεάζουν τα κίνητρα και το ευ ζην των παιδιών και πως οι σχέσεις που βασίζονται στην αυτοπεποίθηση μετριάζουν τις οικογενειακές υποχρεώσεις. Το δείγμα της έρευνας ήταν 466 φοιτητές από τις Φιλιππίνες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι φοιτητές που διακατέχονται από υψηλό αίσθημα καθήκοντος απέναντι στις υποχρεώσεις που τίθενται από την οικογένεια σημειώνουν καλύτερα ακαδημαϊκά αποτελέσματα και έχουν καλύτερο ψυχολογικό ευ ζην. Επιπλέον, τα αποτελέσματα αυτά ήταν πιο έντονα για εκείνους με υψηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης, και μικρότερα για εκείνους με χαμηλότερα. Συγκεκριμένα, για όσους έχουν υψηλή αυτοπεποίθηση φάνηκε πως η οικογενειακή υποχρέωση ενίσχυσε τα κίνητρα και την ικανοποίηση της ζωής και μετριάσε την συμπεριφορική απογοήτευση και την αρνητική επιρροή κάτι που δεν έγινε για όσους είχαν χαμηλή αυτοπεποίθηση (King & Ganotice 2015).

Άλλη έρευνα των Covarrubias, Romero και Trivelli (2015) εξετάζει το αίσθημα ενοχής που νιώθουν οι φοιτητές εξαιτίας των ακαδημαϊκών ευκαιριών που τους παρέχονται έναντι των γονέων και πως αυτό επηρεάζει την ψυχολογική τους ευημερία. Το δείγμα της μελέτης ήταν 255 φοιτητές οι οποίοι αξιολογήθηκαν ως προς το αίσθημα ενοχής, καταθλιπτικά συμπτώματα και την αυτοπεποίθηση. Από τις αναλύσεις προέκυψε πως υψηλότερο αίσθημα ενοχής σχετίζεται θετικά με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλότερη αυτοπεποίθηση για όλους τους φοιτητές. Μάλιστα, οι φοιτητές πρώτης γενιάς με υψηλό το αίσθημα της ενοχής παρουσίασαν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων συγκριτικά με εκείνους που δεν ήταν πρώτης γενιάς (Covarrubias, Romero & Trivelli 2015).

Οι ερευνητές Sola-Carmona, Lopez-Liria, Padilla-Gongora, Daza, Aguilar-Parra (2015) σε έρευνά τους εξέτασαν το ευ ζην ισπανικών οικογενειών παιδιών με προβλήματα όρασης και συγκεκριμένα με τύφλωση. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελούταν από 28 πατέρες και 33 μητέρες ηλικίας 25-58 ετών και 61 παιδιά με τύφλωση συμμετείχαν επίσης. Οι γονείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με το άγχος (The State-Anxiety Subscale of the Spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory-STAI), με την ψυχολογική ευημερία (Material Well-Being Subscale of the Spanish “Escala de Bienestar Psicológico”), την επαγγελματική ικανοποίηση (Job Satisfaction Subscale of the Spanish “Escala de Bienestar

Psicológico) και την οικογενειακή αλληλεπίδραση (Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos” (ESFA; in English, the Family Satisfaction by Adjectives Scale). Από τις αναλύσεις προέκυψε πως οι συμμετέχοντες σημείωσαν υψηλά σκορ στην κλίμακα άγχους και χαμηλά σκορ στην ψυχολογική ευημερία σε σύγκριση με το κανονικό δείγμα. Υψηλά σκορ σημείωσαν και στις κλίμακες επαγγελματικής ικανοποίησης και οικογενειακής αλληλεπίδρασης σε σχέση με το γενικό δείγμα. Αρνητικές συσχετίσεις σημειώθηκαν μεταξύ του άγχους και του ευ ζην και του άγχους και οικογενειακής αλληλεπίδρασης. Από την άλλη θετικές συσχετίσεις σημειώθηκαν ανάμεσα στο ευ ζην και την επαγγελματική ικανοποίηση και του ευ ζην και της οικογενειακής αλληλεπίδρασης. Τέλος, υψηλά επίπεδα ευ ζην, οικογενειακής αλληλεπίδρασης και επαγγελματικής ικανοποίησης σχετίστηκαν με χαμηλά επίπεδα άγχους σε αυτές τις οικογένειες (Sola-Carmona, Lopez-Liria, Padilla-Gongora & Daza, Aguilar-Parra 2015).

Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. Μεθοδολογία Έρευνας

5.1 Εισαγωγή

Αναμφισβήτητα, το ευ ζην και συγκεκριμένα το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία χαρακτηρίζεται από μεγάλο επιστημονικό και ερευνητικό ενδιαφέρον. Η ψυχολογική ευημερία και η λειτουργικότητα του ατόμου αναφορικά με την αναπηρία επηρεάζει σημαντικά και την σχέση του ατόμου με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Πλήθος ερευνών έχουν μελετήσει το ψυχολογικό ευ ζην και τον ρόλο της οικογενειακής δομής και σχέσεων στη ζωή του ατόμου. Ωστόσο, παρατηρείται πως ελάχιστες έρευνες εξετάζουν τη σύνδεση του ψυχολογικού ευ ζην ατόμων με αναπηρία με την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεών τους, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο διαφοροποιούνται ως προς το δείγμα, το ευ ζην και οι οικογενειακές τους σχέσεις.

Στην παρούσα έρευνα περιγράφονται οι θεμελιώδεις σκοποί βάσει των οποίων διαμορφώνονται τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Εν συνεχεία, γίνεται αναφορά στο δείγμα και στα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων καθώς και στην περιγραφή των ερωτηματολογίων που αξιοποιήθηκαν ως μεθοδολογικά εργαλεία της έρευνας. Ακόμη, αναφέρεται η διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων και συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων. Τέλος, γίνεται αναλυτική περιγραφή των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

5.2 Σκοπός Έρευνας

Θεμελιώδης σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει τις οικογενειακές σχέσεις των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων σε συνάρτηση με το ψυχολογικό ευ ζην.

Σύμφωνα με τα παραπάνω και βάσει βιβλιογραφικής ανασκόπησης, τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν για την παρούσα έρευνα είναι τα ακόλουθα:

1. Διαφοροποιούνται οι διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων (διαγενεακή συγχώνευση/εξατομίκευση, διαγενεακή οικειότητα, διαγενεακή τριγωνοποίηση, τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας) μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;
2. Διαφοροποιείται το ψυχολογικό ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός στη ζωή και αποδοχή του εαυτού) μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;
3. Ποια η σχέση του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων του (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός στη ζωή και αποδοχή του εαυτού) με τις πτυχές των οικογενειακών σχέσεων (διαγενεακή συγχώνευση/εξατομίκευση, διαγενεακή οικειότητα, διαγενεακή τριγωνοποίηση, τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας) των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;

5.3 Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 120 άτομα εκ των οποίων τα 90 ήταν άτομα με αναπηρία και τα 30 τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα. Από τα 90 άτομα με αναπηρία, 30 άτομα είχαν οπτική αναπηρία, 30 είχαν ακουστική αναπηρία και 30 σωματική αναπηρία.

Η δομή του δείγματος ως προς τα ατομικά τους χαρακτηριστικά, όπως παρουσιάζεται αναλυτικά στο Παράρτημα II, περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασία, την μορφή της αναπηρίας, τον βαθμό της αναπηρίας, την εμφάνιση της αναπηρίας, την ύπαρξη μονογονεϊκής οικογένειας, την ύπαρξη αδερφιών, τον αριθμό των αδερφιών, την ενασχόληση με χόμπι και την συμμετοχή σε οικογενειακές εξορμήσεις των ατόμων του δείγματος.

Αναφορικά με το φύλο των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι για την οπτική αναπηρία 14 ήταν άνδρες και 16 γυναίκες με αντίστοιχα ποσοστά 46,7% και 53,3%, με ακουστική αναπηρία 13 ήταν άνδρες και 17 γυναίκες με ποσοστά 43,3% και 56,7% αντίστοιχα. Με σωματική αναπηρία στο δείγμα, συμμετείχαν 14 άνδρες και 16 γυναίκες με ποσοστά 46,7% και 53,3% αντίστοιχα. Από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα, 13 ήταν άνδρες και 17 γυναίκες με ποσοστά 43,3% και 56,7% αντίστοιχα. Τέλος, συνολικά το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 54 ήταν άνδρες και 66 γυναίκες με ποσοστά 45% και 55% αντίστοιχα. (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II)

Ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων, παρατηρείται ότι συνολικά στην ηλικία 18-35 ήταν 65 άτομα ποσοστό 54,2% ενώ στην ηλικία 36-45, 36 άτομα ποσοστό 30%, στην ηλικία 46-55 βρίσκονταν 14 άτομα, ποσοστό 11,7% και τέλος 5 άτομα ποσοστό 4,2% δήλωσαν ότι η ηλικία τους ήταν μεγαλύτερη από 56 έτη. Αναφορικά, με τα άτομα που δήλωσαν οπτική αναπηρία παρατηρείται ότι 13 ήταν στην πρώτη κατηγορία 18-35 ετών ποσοστό 43,3%, 10 δήλωσαν ότι βρίσκονται στη δεύτερη κατηγορία 36-45 ετών με ποσοστό 33%, τέσσερα στην 3^η ηλικιακή κατηγορία 46-55 ετών με ποσοστό 13,3% και πάνω από 56 ετών και άνω δήλωσαν 3 άτομα με ποσοστό 10%. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν ακουστική αναπηρία, ηλικία 18-35 δήλωσαν 12 άτομα ποσοστό 40%, ηλικία 36-45 ετών δήλωσαν 10 άτομα με ποσοστό 33,3%, ηλικία 46-55 δήλωσαν 6 άτομα με ποσοστό 20% και 56 και άνω ετών δήλωσαν δύο άτομα ποσοστό 6,7%. Αναφορικά με την ηλικία των ατόμων που δήλωσαν ότι έχουν κάποια σωματική αναπηρία παρατηρείται ότι 18 άτομα ανήκουν

στην πρώτη κατηγορία 18-35 ετών, ποσοστό 60%, 8 ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία 36-45 ετών ποσοστό 26,7% και 4 ανήκουν στην τρίτη κατηγορία 46-55 ετών με ποσοστό αντίστοιχα 13,3% τέλος κανένας δεν δήλωσε ότι είναι άνω των 56 ετών. Σχετικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα, και την ηλικιακή κατηγορία των συμμετεχόντων, παρατηρείται ότι 22 άτομα δήλωσαν ότι ανήκουν στην κατηγορία 18-35 ετών, ποσοστό 73,3% και 8 άτομα με ποσοστό 26,7%, δήλωσαν ότι ανήκουν στην κατηγορία 36-45 ετών.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, παρατηρείται ότι 34 άτομα, ποσοστό 28,3% δήλωσαν άγαμος η άγαμη, αντίστοιχα έγγαμος/η δήλωσαν 78 άτομα, ποσοστό 65%, ενώ τα άτομα που δήλωσαν διαζευγμένος ή διαζευγμένη ήταν 8, ποσοστό 6,7%. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν οπτική αναπηρία, παρατηρείται ότι 13 άτομα δήλωσαν άγαμος/η σε ποσοστό 43,3%, έγγαμη ή σε σχέση δήλωσαν 15 άτομα με ποσοστό 50% και διαζευγμένος η διαζευγμένη δήλωσαν δύο άτομα με ποσοστό 6,5%. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι είχαν ακουστική αναπηρία 8 δήλωσαν άγαμος ή άγαμη με ποσοστό 26,7%, 20 δήλωσαν έγγαμος/ η ή σε σχέση με ποσοστό 66,7% και τέλος διαζευγμένος/η ή χήρος δήλωσαν 2 άτομα ποσοστό 6,7%. σχετικά με τα άτομα που είχαν σωματική αναπηρία παρατηρείται ότι δέκα δήλωσαν άγαμος η άγαμη με ποσοστό 33,3%, 18 δήλωσαν έγγαμος η έγγαμη ή σε σχέση με ποσοστό 60 και διαζευγμένος/η ή χήρος δήλωσαν 2 άτομα με ποσοστό 6,7%. Τέλος, στην κατηγορία των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων παρατηρείται πως 3 άτομα δήλωσαν έγγαμος/η ποσοστό 10% και διαζευγμένος/ χήρος δήλωσαν 2 άτομα, με ποσοστό 6,7%.

Σχετικά με την ερώτηση «έχετε παιδιά;», παρατηρείται ότι 27 άτομα δήλωσαν ότι έχουν παιδιά ενώ αντίστοιχα 93 δηλώσαν ότι δεν έχουν με ποσοστό αντίστοιχα 22,5% και 77,5%. Αναφορικά με τα άτομα που δήλωσαν τι έχουν οπτική αναπηρία, παρατηρείται ότι 11 δήλωσαν ότι έχουν παιδιά με ποσοστό 36,7% και 19 άτομα με ποσοστό 63,3%, δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν ακουστική αναπηρία, παρατηρείται ότι 8, ποσοστό 26,7%, δήλωσαν ότι έχουν, ενώ αντίστοιχα 22 άτομα, ποσοστό 73,3, δήλωσαν ότι δεν έχουν. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν κάποια σωματική αναπηρία, παρατηρείται ότι παιδιά δήλωσαν ότι έχουν 8 άτομα, ποσοστό 26,7%, και άλλα 8 άτομα με ποσοστό 26,7% δήλωσαν πως δεν έχουν. Τέλος, από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα, κανένας δεν δήλωσε ότι έχει παιδιά.

Αναφορικά με το βαθμό αναπηρίας που δήλωσαν ερωτηθέντες, παρατηρείται ότι μερική αναπηρία δήλωσαν πως έχουν 110 άτομα με ποσοστό 91,5% και ολική 10 άτομα με ποσοστό 8,3%. Από τους ερωτηθέντες που δήλωσαν ότι έχουν οπτική αναπηρία, 20 άτομα, ποσοστό 66,7%, δήλωσαν μερική και ολική δήλωσαν 10 άτομα με ποσοστό 33,3%. Άτομα με ακουστική, σωματική δήλωσαν όλοι πως έχουν μερική αναπηρία. Τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα δεν φέρουν αναπηρία.

Σχετικά με την εμφάνιση της αναπηρίας, παρατηρείται ότι 48 άτομα, ποσοστό 40%, δήλωσαν ότι ήταν εκ γενετής η αναπηρία τους, ενώ 72 άτομα, ποσοστό 60%, δήλωσαν ότι ήταν επίκτητη. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν οπτική αναπηρία, 15 με ποσοστό 50% δήλωσαν ότι ήταν εκ γενετής και άλλοι 15 δήλωσαν ότι ήταν επίκτητη 50%. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν ακουστική αναπηρία, 16 άτομα με ποσοστό 53,3% δήλωσαν ότι ήταν εκ γενετής, ενώ αντίστοιχα 14 με ποσοστό 46,7% δήλωσαν ότι ήταν επίκτητη. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν κάποια σωματική αναπηρία, παρατηρείται ότι έξι άτομα με ποσοστό 20% δήλωσαν ότι η αναπηρία τους ήταν εκ γενετής, ενώ 24 με ποσοστό 80% δήλωσαν ότι ήταν επίκτητη. Τέλος, από οι ερωτηθέντες που δήλωσαν ότι ανήκουν στην κατηγορία των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων, παρατηρείται πως 11 άτομα δήλωσαν ότι η αναπηρία τους ήταν εκ γενετής, ποσοστό 36,8% και αντίστοιχα 19 ποσοστό 63,3% ότι ήταν επίκτητη.

Αναφορικά με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση “η οικογένεια στην οποία ανήκετε είναι μονογονεϊκή;” παρατηρείται ότι 19 άτομα, ποσοστό 15,8%, δήλωσαν ότι ανήκουν και 101 ποσοστό 84,2 ότι δεν ανήκουν. Αναφορικά με την αναπηρία που είχαν οι ερωτηθέντες παρατηρείται ότι τα άτομα που είχαν οπτική αναπηρία 5 δήλωσαν ότι η οικογένεια στην οποία ανήκουν είναι μονογονεϊκή με ποσοστό 16,7% ενώ 25, ποσοστό 83,3%, ότι δεν ανήκουν σε μονογονεϊκή οικογένεια. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν ακουστική αναπηρία, 4 δήλωσαν ότι ανήκουν σε μονογονεϊκή οικογένεια με ποσοστό 13,3%, ενώ αυτοί που δεν ανήκουν ήταν 26, με ποσοστό 86,7%. Από τους ερωτηθέντες που δήλωσαν ότι έχουν σωματική αναπηρία, 4 δήλωσαν ότι ανήκουν σε μονογονεϊκή οικογένεια (13,3%) και 26 (86,7%) δηλώσαν ότι δεν ανήκουν. Από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα παρατηρείται πως 6 (ποσοστό 20%), δηλώσαν ότι ανήκουν σε μονογονεϊκή οικογένεια και 24 (ποσοστό 80%), δήλωσαν πως δεν ανήκουν.

Στην ερώτηση σχετικά με το εάν έχουν αδέρφια οι ερωτηθέντες, παρατηρείται ότι 88 άτομα, ποσοστό 73,3%, έχουν ενώ αντίστοιχα 32 άτομα, ποσοστό 26,7% δήλωσαν ότι δεν έχουν. Επιμερίζοντας τις απαντήσεις στο είδος της αναπηρίας των ερωτηθέντων, παρατηρείται ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν οπτική αναπηρία και έχουν αδέρφια ήταν 22 ποσοστό 73,3%, ενώ αντίστοιχα τα άτομα που δήλωσαν πως δεν έχουν αδέρφια ήταν 8 με ποσοστό 26,5%. Από τα άτομα που είχαν δηλώσει ότι έχουν ακουστική αναπηρία, παρατηρείται ότι 20 δήλωσαν πως έχουν αδέρφια ποσοστό 66,7% ενώ 10 δήλωσαν πως δεν έχουν αδέρφια, ποσοστό 33%. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν σωματική αναπηρία 20 δήλωσαν ότι δεν έχουν αδέρφια, ποσοστό 66,7%, και 10 δήλωσαν ότι δεν έχουν με ποσοστό 33,3% τέλος από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα οι 26 δήλωσαν ότι έχουν αδέρφια, ποσοστό 86,7%, ενώ μόλις 4 με ποσοστό 13,3% δήλωσαν ότι δεν έχουν.

Αναφορικά με τα χόμπι που δήλωσαν ότι έχουν οι ερωτηθέντες, παρατηρείται ότι 104 άτομα δήλωσαν ότι έχουν χόμπι, ποσοστό 86,7% ενώ 16 δήλωσαν ότι δεν έχουν, ποσοστό 13,3%. Επιμερίζοντας τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, στις αναπηρίες που εμφάνισαν, παρατηρείται ότι από τα άτομα που δήλωσαν ότι είχαν οπτική αναπηρία, 23 δήλωσαν ότι έχουν κάποιο χόμπι, ποσοστό 76,7% ενώ 7 δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο, ποσοστό 23,3%. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν ακουστική αναπηρία όλοι δήλωσαν ότι έχουν κάποιο χόμπι ενώ από τα άτομα με σωματική αναπηρία 26 δήλωσαν ότι έχουν χόμπι 86,7% ενώ 4, με ποσοστό 13,3% δήλωσαν ότι δεν έχουν. Τέλος, από από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, 25 με ποσοστό 83,3% δήλωσαν ότι έχουν κάποιο χόμπι, ενώ μόλις 5 με ποσοστό 16,7, δήλωσαν πως δεν έχουν.

Τέλος, σχετικά με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες στην ερώτηση “Συμμετέχετε σε οικογενειακές εξορμήσεις με τους γονείς σας;” παρατηρείται ότι 89 άτομα ποσοστό 74,2% δήλωσαν ότι συμμετέχουν ενώ 131, ποσοστό 25,8%, δήλωσαν ότι δεν συμμετέχουν. Επιμερίζοντας τις απαντήσεις των ερωτηθέντων στην αναπηρία που δήλωσαν πως έχουν, παρατηρείται ότι από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν οπτική αναπηρία, 21, ποσοστό 70%, δήλωσαν ότι συμμετέχουν σε εξορμήσεις, ενώ 9, ποσοστό 30%, δήλωσαν ότι δεν συμμετέχουν στις οικογενειακές εξορμήσεις με τους γονείς τους. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν ακουστική αναπηρία, 26 ποσοστό 86,7% δήλωσαν ότι συμμετέχουν σε οικογενειακές εξορμήσεις, ενώ 4, ποσοστό 13,3%, δήλωσαν ότι δεν συμμετέχουν. Τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν σωματική

αναπηρία και συμμετέχουν σε εξορμήσεις με τους γονείς τους ήταν 20, ποσοστό 66,7%, ενώ εκείνα που δήλωσαν ότι δεν συμμετέχουν ήταν 10 ποσοστό 33,3%. Τέλος, αναφορικά με τις απαντήσεις που έδωσαν τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα, παρατηρείται πως 22 άτομα δήλωσαν ότι συμμετέχουν σε οικογενειακές εξορμήσεις με τους γονείς τους με ποσοστό 73,3%, ενώ δήλωσαν ότι δεν συμμετέχουν 8 άτομα, ποσοστό 26,7%.

5.4 Ερευνητικά Εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας συγκροτήθηκε ερωτηματολόγιο, στην αρχή του οποίου παρουσιάζονται γενικές οδηγίες για τη συμπλήρωσή του και βασικές πληροφορίες για την έρευνα. Εν συνεχεία, συγκροτούνται 14 ερωτήσεις σχετικές με ατομικά στοιχεία των ερωτηθέντων και ακολουθούν δύο ερωτηματολόγια συνολικά 138 ερωτήσεων, καθένα από τα οποία μελετά τις δύο μεταβλητές της έρευνας (Παράρτημα II).

- **Κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην (Psychological Well-Being Scales- Short Scales {PWBS})**

Το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία εξετάστηκε με την Κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην (PWBS, Ryff, 1989). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αποτελείται από 84 δηλώσεις και οι απαντήσεις δίνονται σε μία εξαβάθμια κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από το 1 (διαφωνώ πολύ) έως το 6 (συμφωνώ πολύ). Χωρίζεται σε έξι υποκλίμακες: α) την Αυτονομία, β) την Κυριαρχία στο περιβάλλον γ) την Προσωπική Ανάπτυξη, δ) τις Θετικές Σχέσεις με τους άλλους, ε) τον Σκοπό στη ζωή και στ) την Αποδοχή του εαυτού. Από το άθροισμα των υποκλιμάκων εξάγεται βαθμολογία για το Συνολικό Ευ Ζην (Λεοντοπούλου, 2012. Leontopoulou & Triliva, 2012). Υψηλή βαθμολογία καταδεικνύει υψηλή αίσθηση Ευ Ζην. Οι απαντήσεις στις αρνητικές δηλώσεις (2, 4, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 26, 29, 31, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 46, 54, 55, 57, 58, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 73, 74, 75, 76, 81, 83, 84) αντιστρέφονται στην τελική διαδικασία βαθμολόγησης, με σκοπό υψηλή βαθμολογία να αντιστοιχεί σε υψηλή εκτίμηση του εαυτού σε κάθε υποκλίμακα-διάσταση του ευ ζην του αξιολογείται.

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων βάσει βαθμολογίας τους στις 6 υποκλίμακες

του παρόντος ερωτηματολογίου είναι τα εξής (Ryff, 2014):

A) Αυτονομία: Η αυτονομία σχετίζεται με το επίπεδο στο οποίο το άτομο είναι αυτοκαθορισμένο, έτοιμο και ανεξάρτητο να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές συνθήκες, να σκεφτεί και να δράσει μια συγκεκριμένη νόρμα, να καθορίσει την συμπεριφορά του βάσει εσωτερικών μηχανισμών και φυσικά να συσχετίσει τον εαυτό του σε σχέση με προσωπικά πρότυπα.

B) Κυριαρχία στο περιβάλλον: Αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο εμφανίζει την ικανότητα να κυριαρχεί και να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον. Στην ικανότητα να ελέγχει δύσκολες εξωτερικές δραστηριότητες, να αξιοποιεί τις κατάλληλες ευκαιρίες και τέλος να είναι ικανό να διαμορφώσει τα σωστά περιβάλλοντα ώστε να ανταποκρίνονται στις δικές του ανάγκες και ιδανικά.

Γ) Προσωπική ανάπτυξη: Τονίζει τον βαθμό στον οποίο το άτομο είναι σε θέση να ελέγχει και να κατανοεί τη συνεχή ανάπτυξή του. Με λίγα λόγια, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να εξελιχθεί, να είναι ανοιχτό σε νέα δεδομένα και καταστάσεις, να αξιοποιεί τις δυνατότητές του, να εξελίσσεται με το πέρασμα του χρόνου και καταλήγοντας, να αποκτά αυτογνωσία και αποδοτικότητα.

Δ) Θετικές σχέσεις με τους άλλους: Δείχνει τον βαθμό που το άτομο αναπτύσσει ικανοποιητική και εμπιστευτική σχέση με άλλους ανθρώπους. Δείχνει κατά πόσο το άτομο ενδιαφέρεται για την ευτυχία των συνανθρώπων του, μπαίνει στη θέση του άλλου, διακατέχεται από αισθήματα αγάπης και αντιλαμβάνεται πως ο πυρήνας των ανθρωπίνων σχέσεων είναι το νοιάζομαι- μοιράζομαι.

Ε) Σκοπός στη ζωή: Φανερώνει τον βαθμό, στον οποίον το άτομο είναι ικανό να θέσει τους δικούς του στόχους και σκοπούς, θέτει τις κατευθυντήριες γραμμές στη ζωή του, νιώθει πως το παρελθόν και το παρόν του έχουν νόημα και εν γένει έχει πεποιθήσεις οι οποίες προσφέρουν σκοπό στη ζωή.

ΣΤ) Αποδοχή του εαυτού: Αναφέρεται στον βαθμό που κάποιος αποδέχεται την ύπαρξή του όπως είναι, αντιλαμβάνεται και αποδέχεται κάθε μέρος της προσωπικότητάς του, αντιμετωπίζει τα αρνητικά του στοιχεία με θετικό τρόπο και τέλος, δείχνει τον βαθμό στον οποίον αισθάνεται καλά για το παρελθόν του.

Η προσαρμογή του ερωτηματολογίου στην ελληνική έγινε από την Λεοντοπούλου (2012). Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς τις 6 διαστάσεις και στο σύνολο του Ευ ζην (Αυτονομία, Κυριαρχία στο περιβάλλον, Προσωπική ανάπτυξη, Θετικές σχέσεις με τους άλλους, Σκοπός στη ζωή, Αποδοχή του εαυτού και Συνολικό επίπεδο Ευ Ζην) αξιολογήθηκε με τον δείκτη α του

Cronbach. Στο ελληνικό δείγμα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας κυμάνθηκε από 0.86 έως 0.89

Κατά την ανάλυση των δεδομένων και τον υπολογισμό του δείκτη του cronbach ανά είδος αναπηρίας, παρατηρείται ότι στην περίπτωση της οπτικής αναπηρίας, για όλες τις διαστάσεις η τιμή του δείκτη κρίνεται υψηλή έως πολύ υψηλή (0.672 – 0.870). Ομοίως υψηλή είναι και η τιμή του δείκτη στην περίπτωση της ακουστικής αναπηρίας που ξεκινάει με χαμηλή τιμή στις θετικές σχέσεις με τους άλλους (0.477) μέχρι την τιμή (0.878) για τον σκοπό στη ζωή. Αναφορικά με τη σωματική αναπηρία, παρατηρείται ότι οι τιμές του δείκτη cronbach είναι υψηλές ως πολύ υψηλές από 0.68, στην περίπτωση της αυτονομίας, έως την τιμή 0.846, για την περίπτωση της αποδοχής. Τέλος, αναφορικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα, παρατηρείται πως η αυτονομία παρουσιάζει τη χαμηλότερη τιμή στον δείκτη Cronbach (0.595) ενώ τη μεγαλύτερη τιμή παρουσιάζει η διάσταση θετικές σχέσεις με τους άλλους (0.838).

Πίνακας 1: Αποτελέσματα του δείκτη Cronbach για την περίπτωση των έξι διαστάσεων του ευ ζην

Cronbach's Alpha							
	ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ	ΚΥΡΙΑΡΧΙΑ	ΑΝΑΠΤΥΞΗ	ΘΕΤΙΚΕΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΠΟΔΟΧΗ	N of Items
Οπτική	,672	,702	,759	,870	,677	,840	14
Ακουστική	,516	,584	,703	,477	,878	,853	14
Σωματική	,682	,811	,828	,839	,739	,846	14
TA	,595	,764	,690	,838	,641	,836	14
Σύνολο	,521	,744	,725	,830	,667	,853	

- **Ερωτηματολόγιο Οικογενειακών Σχέσεων (Personal Authority in the Family System Questionnaire)**

Για την μέτρηση των Οικογενειακών Σχέσεων αξιοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο (PAFS) των Bray, Williamson, & Malone (1989). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο βαθμολογείται με πενταβάθμια κλίμακα Likert. Στόχο έχει να ανιχνεύσει πρότυπα σχέσεων μεταξύ δύο γενεών στο οικογενειακό σύστημα. Τέσσερις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα και έγινε αντίστροφη μετάφραση από ειδικούς. Οι μεταφρασμένες υποκλίμακες σχετίζονται:

A) Διαγενεακή συγχώνευση/εξατομίκευση: Οι 8 προτάσεις αυτής της κλίμακας μετρούν σε ποιο βαθμό το άτομο είναι ικανό για αυτόνομες και αυτοκαθοριζόμενες σχέσεις και αναλαμβάνει υπευθυνότητα για τον εαυτό του χωρίς να ελέγχεται ή να εμποδίζεται από μέλη της οικογένειας.

B) Διαγενεακή οικειότητα: Οι 25 προτάσεις αυτής της κλίμακας μετράνε σε ποιο βαθμό το άτομο διατηρεί μια σχέση οικειότητας με τους γονείς, ενώ παράλληλα διατηρεί σαφή όρια του εαυτού.

Γ) Διαγενεακή τριγωνοποίηση: Οι 12 προτάσεις αυτής της κλίμακας δείχνουν σε ποιο βαθμό τα άτομα θεωρούν ότι εμπλέκονται σε συζυγικά θέματα των γονιών τους και συμμετέχουν σε ανάρμοστες συμμαχίες μέσα στην οικογένεια.

Δ) Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας: Οι 10 προτάσεις αυτής της κλίμακας μετρούν τριγωνοποίηση μεταξύ των γονέων και των παιδιών τους.

Αναφορικά με τη βαθμολόγηση υποστηρίζεται πως για τις προτάσεις 1-8, 11-14, 21-38, 43 και 45 η τιμή τους αφαιρείται από το 6. Στη συνέχεια προστίθενται οι τιμές όλων των προτάσεων κάθε υποκλίμακας για τον υπολογισμό της βαθμολογίας της υποκλίμακας.

INFUS: Περιλαμβάνει τις προτάσεις 9, 39-44, 46. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει μεγαλύτερη εξατομίκευση.

ININT: Περιλαμβάνει τις προτάσεις 2,3, 5-8, 21-38, 45. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει μεγαλύτερη οικειότητα.

INTRI: Περιλαμβάνει τις προτάσεις 10-20. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει μικρότερη τριγωνοποίηση.

NFTRI: Περιλαμβάνει τις προτάσεις 1, 4, 47-54. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει μικρότερη τριγωνοποίηση.

Η συνολική βαθμολογία είναι το άθροισμα των τιμών στην κάθε υποκλίμακα. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά και προσαρμόστηκε από τις Τριλίβα (1989), Τριλίβα και Ζηρά (2000). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας για αυτό το ερωτηματολόγιο (Cronbach α) κυμαίνεται από 0.82 ως 0.85.

5.5 Διαδικασία Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων

Η επιλογή του δείγματος για την διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με τυχαία δειγματοληψία από άτομα με οπτική, ακουστική και σωματική αναπηρία καθώς και από τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε είναι η παρακάτω: Αρχικά, ενημερώθηκαν σχετικά με το περιεχόμενο της έρευνας οι σύλλογοι και τα σωματεία ατόμων με αναπηρία μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, ηλεκτρονικής αλληλογραφίας και σε ορισμένες περιπτώσεις και δια ζώσης. Εν συνέχεια, έπειτα από την δική τους συμφωνία χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας και ταχυδρομικώς. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν: α) η εθελοντική συμμετοχή, β) προφορική συναίνεση με τα άτομα και τους συλλόγους έπειτα από ενημέρωση για τον σκοπό διεξαγωγής της έρευνας, γ) η ηλικία (18 ετών και άνω), δ) χρήση ελληνικής γλώσσας και ε) διαμονή συμμετεχόντων στην Ελλάδα.

Η διαδικασία συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων διήρκησε από τον Οκτώβριο του 2017 έως τον Μάρτιο του 2018. Ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε διάφορους συλλόγους και σωματεία ατόμων με αναπηρία σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα, Νησιά Αιγαίου, Φλώρινα, Κοζάνη, Αγρίνιο, και παράλληλα προωθήθηκαν μέσω e-mails, google forms, και μέσων κοινωνικής δικτύωσης σε όλη την Ελλάδα.

5.6 Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS version 22.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Για την περιγραφή των κατηγορικών μετρήσεων χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά ενώ για τις συνεχείς η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Η ύπαρξη συνοχής μεταξύ των κλιμάκων υπολογίστηκε μέσω του δείκτη εσωτερικής συνάφειας (internal consistency coefficient) ή διαφορετικά δείκτη Cronbach α , ο οποίος είναι ένας από τους πιο διαδεδομένους δείκτες αξιοπιστίας. Η ερμηνεία αυτού του δείκτη είναι ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα σε μία κλίμακα και όλων των πιθανών κλιμάκων οι οποίες περιλαμβάνουν τον ίδιο αριθμό θεμάτων και οι οποίες θα μπορούσαν να δημιουργηθούν από ένα υποθετικό σύνολο θεμάτων, τα οποία μετρούν το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Από θεωρητικής άποψης ο δείκτης Cronbach α , μπορεί να κυμαίνεται από το μείον άπειρο έως το 1 (μόνο οι θετικές τιμές είναι σημαντικές). Κάποιες τιμές αξιοπιστίας είναι οι ακόλουθες: α) < 0.6 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη, β) 0.6 ελάχιστο αποδεκτό όριο, γ) 0.7 επαρκές, δ) 0.8 καλύτερο, ϵ) 0.9 πολύ υψηλή αξιοπιστία (σπάνιο).

Για τη διερεύνηση των ερωτημάτων πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι με το δείκτη συσχέτισης Pearson μεταξύ των συνεχών μετρήσεων και σχετικά με την εξέταση της διαφοράς μέσω των μεταξύ των ομάδων ως προς μια εξαρτημένη μεταβλητή η οποία ακολουθεί κανονική κατανομή αξιοποιήθηκε το Students t-test. Στην περίπτωση περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με έναν παράγοντα (One-way Anova) εάν τα αριθμητικά δεδομένα ακολουθούν κανονική κατανομή. Στην περίπτωση συσχέτισης της μεταβλητής του ψυχολογικού ευ ζην με την μεταβλητή των οικογενειακών σχέσεων αναφορικά χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συσχέτισης Pearson.

Σε κάθε περίπτωση το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 0.05. Οι τιμές στατιστικού ελέγχου οι οποίες αντιστοιχούν στο επίπεδο σημαντικότητας p ονομάζονται κρίσιμες τιμές και καθορίζουν την ύπαρξη συσχέτισης ή όχι μεταξύ των μεταβλητών. Επίπεδο σημαντικότητας p μικρότερο των κρίσιμων τιμών μεταφράζεται ως στατιστικά σημαντική σχέση ή διαφορά μεταξύ των μεταβλητών. Πιο αναλυτικά, όσο μικρότερη είναι η κρίσιμη τιμή τόσο πιο στατιστικά σημαντική συσχέτιση ή διαφορά υπάρχει.

5.7 Αποτελέσματα

5.7.1 Διαφοροποίηση των διαστάσεων των οικογενειακών σχέσεων στα άτομα με αναπηρία και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα του δείγματος

Οι οικογενειακές σχέσεις στα άτομα του δείγματος υπολογίζονται μέσω των επιμέρους διαστάσεών τους, οι οποίες αξιολογούν την διαγενεακή συγχώνευση/εξατομίκευση, την διαγενεακή οικειότητα, την διαγενεακή τριγωνοποίηση και τέλος την τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας. Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός της κάθε διάστασης υπολογίστηκε για το σύνολο του δείγματος ο μέσος όρος του αθροίσματος των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αντιστοιχεί στην εκάστοτε διάσταση. Οι μέσοι όροι σε κάθε διάσταση στο σύνολο του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα (2).

Αρχικά, στην διάσταση της “Διαγενεακής Οικειότητας” ο μέσος όρος (Μ.Ο) είναι ίσος με 60,3 (τυπική απόκλιση 9,6). Το ελάχιστο μέγεθος δείγματος σε αυτή την υποκλίμακα είναι 43 και το μέγιστο 87.

Στην διάσταση “Τριγωνοποίηση Πυρηνικής οικογένειας” ο μέσος όρος (Μ.Ο) είναι ίσος με 38,6 (τυπική απόκλιση 8). Το ελάχιστο μέγεθος δείγματος σε αυτή την υποκλίμακα είναι 23, το μέγιστο 56..

Ακολουθεί η διάσταση της “Διαγενεακής Τριγωνοποίησης” στην οποία διάσταση, ο μέσος όρος (Μ.Ο) είναι ίσος με ανέρχεται στον αριθμό 28,1 (τυπική απόκλιση 6,8). Το ελάχιστο μέγεθος δείγματος στην υποκλίμακα αυτή είναι 14, το μέγιστο 44.

Τέλος, ακολουθεί η διάσταση της “Διαγενεακής συγχώνευσης/εξατομίκευσης” στην οποία ο μέσος όρος (Μ.Ο) ισούται 27,2 (τυπική απόκλιση 4.6). Το ελάχιστο μέγεθος δείγματος στην υποκλίμακα αυτή είναι 13 και το μέγιστο 38.

Πίνακας 2: Περιγραφικά στοιχεία των διαστάσεων των οικογενειακών σχέσεων για το σύνολο του δείγματος

Διαστάσεις οικογενειακών σχέσεων	N	Minimum	Maximum	M.O	TA
Διαγενεακή Συγχώνευση/εξατομίκευση	120	13.0	38.0	27.2	4.6
Διαγενεακή οικειότητα	120	43.0	87.0	60.3	9.6
Διαγενεακή τριγωνοποίηση	120	14.0	44.0	28.1	6.8
Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας	120	23.0	56.0	38.6	8.0

Προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης βαθμολογίας των ατόμων με αναπηρία, και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων ως προς τις τέσσερις διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική ανάλυση σύγκρισης μέσων. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία t-test, εφόσον ως ανεξάρτητη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκαν οι δύο ομάδες του δείγματος. Από τα δεδομένα του παρακάτω πίνακα προκύπτει πως δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες του δείγματος ως προς καμιά πτυχή των οικογενειακών σχέσεων.

Πίνακας 3: Διαφοροποίηση των μέσων όρων για τις δύο ομάδες του δείγματος ως προς τις διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων

		N	M.O	T.A	t-test	df	p
Διαγενεακή συγχώνευση/εξατομίκευση	Αναπηρία	90	26,8	4,7	-	118	,114
	TA	30	28,4	4,0	1,590		

Διαγενεακή οικειότητα	Αναπηρία	90	60,6	9,9	0,746	118	,457
	TA	30	59,1	8,6			
Διαγενεακή τριγωνοποίηση	Αναπηρία	90	27,5	6,7	-	118	,107
	TA	30	29,8	7,1	1,625		
Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας	Αναπηρία	90	39,4	7,6	1,867	118	,069
	TA	30	36,1	8,7			

Εφόσον, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς τις δύο βασικές ομάδες του δείγματος της έρευνας, εν συνεχεία πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων με αναπηρία. Προκειμένου δηλαδή, να διαπιστωθεί εάν υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης βαθμολογίας των ατόμων με αναπηρία, ως προς τις τέσσερις πτυχές των οικογενειακών σχέσεων, πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική ανάλυση σύγκρισης μέσων. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία Ανάλυσης Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova), εφόσον η μορφή της αναπηρίας ως ανεξάρτητη μεταβλητή έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες.

Από τις συσχετίσεις των μέσων όρων (Μ.Ο) των ατόμων με αναπηρία με τις πτυχές των οικογενειακών σχέσεων που πραγματοποιήθηκαν, και από τις στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων προέκυψε πως μόνο σε δύο διαστάσεις από τις τέσσερις των οικογενειακών σχέσεων υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Επομένως, η ερευνητική υπόθεση πως οι πτυχές των οικογενειακών σχέσεων διαφοροποιούνται ανάμεσα στα άτομα με αναπηρία επιβεβαιώνεται.

Συγκεκριμένα, ως προς το δείγμα με αναπηρία παρατηρήθηκαν διαφορές στις πτυχές: “Διαγενεακή Τριγωνοποίηση” και “Τριγωνοποίηση Πυρηνικής Οικογένειας” με αντίστοιχες p-τιμές (,000 και ,002). Αναφορικά με την πρώτη διάσταση παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στους μέσους όρους του δείγματος αφού ο μέσος όρος των ατόμων με σωματική αναπηρία ισούται με 30,9 (Μ.Ο = 30,9), των ατόμων με οπτική αναπηρία ισούται με 27,4 (Μ.Ο = 27,4) και των ατόμων με ακουστική αναπηρία 24,2 (Μ.Ο = 24,2). Αυτό δείχνει πως, ως προς την υποκλίμακα της “Διαγενεακής Τριγωνοποίησης” τα άτομα με σωματική αναπηρία αν και έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο εμφανίζουν μικρότερη τριγωνοποίηση, δηλαδή δεν συμμετέχουν σε ανάρμοστες συμμαχίες με έναν από τους δύο γονείς και δεν θεωρούν τους εαυτούς τους υπεύθυνους για τα ζητήματα που προκύπτουν μεταξύ των γονέων. Αναφορικά με την δεύτερη υποκλίμακα, την “Τριγωνοποίηση Πυρηνικής Οικογένειας”, παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα

άτομα του δείγματος, αφού ο μέσος όρος των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι μεγαλύτερος (Μ.Ο= 43,1). Ακολουθούν τα άτομα με ακουστική αναπηρία των οποίων ο μέσος όρος ισούται με 38,7 (Μ.Ο 38,7) και τέλος των ατόμων με σωματική αναπηρία (Μ.Ο= 36,5). Αυτό δείχνει πως τα άτομα με οπτική αναπηρία των οποίων ο Μ.Ο είναι μεγαλύτερος έχουν μικρότερη τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας. Με άλλα λόγια, άτομα με οπτική αναπηρία, τα οποία έχουν παιδιά αποφεύγουν να εμπλέκουν τα παιδιά τους σε ζητήματα που έχουν προκύψει στον γάμο τους.

Πίνακας 4: Διαφοροποίηση των διαστάσεων των οικογενειακών σχέσεων ως προς τα άτομα με αναπηρία του δείγματος

Διαστάσεις οικογενειακών σχέσεων	Μορφή αναπηρίας	N	M.O	T.A	F	p
Διαγενεακή Συγχώνευση/εξατομίκευση	Οπτική	30	27,7	5,0	,806	,450
	Ακουστική	30	26,3	4,0		
	Σωματική	30	26,5	5,0		
	Σύνολο	90	26,8	4,7		
Διαγενεακή οικειότητα	Οπτική	30	63,8	9,8	2,786	,067
	Ακουστική	30	57,9	10,7		
	Σωματική	30	60,3	8,5		
	Σύνολο	90	60,6	9,9		
Διαγενεακή τριγωνοποίηση	Οπτική	30	27,4	5,1	8,746	,000
	Ακουστική	30	24,2	5,7		
	Σωματική	30	30,9	7,4		
	Σύνολο	90	27,5	6,7		
Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας	Οπτική	30	43,1	6,8	6,597	,002
	Ακουστική	30	38,7	5,8		
	Σωματική	30	36,5	8,5		
	Σύνολο	90	39,4	7,6		

Πίνακας 5: Συγκρίσεις LSD για την διαφοροποίηση των οικογενειακών σχέσεων στα άτομα με αναπηρία του δείγματος.

Διαγενεακή Τριγωνοποίηση	Οπτική	Ακουστική	.056
		Σωματική	.040
	Ακουστική	Οπτική	.056
		Σωματική	.000**
	Σωματική	Οπτική	.040
		ακουστική	.000**
Τριγωνοποίηση Πυρηνικής Οικογένειας	Οπτική	Ακουστική	.029
		Σωματική	.001**
	Ακουστική	Οπτική	.029
		Σωματική	.249
	Σωματική	Οπτική	.001**
		Ακουστική	.249

Αφού εξακριβώθηκε πως διαφοροποιούνται οι οικογενειακές σχέσεις και συγκεκριμένα οι δύο πτυχές από τις τέσσερις, αναφορικά με την μορφή αναπηρίας, εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε LSD ανάλυση, στην οποία έγινε σύγκριση ανάμεσα στα άτομα με οπτική, ακουστική και σωματική αναπηρία, ως προς τις δύο πτυχές των οικογενειακών σχέσεων: την διαγενεακή τριγωνοποίηση και την τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας. Από την σύγκριση LSD φάνηκε πως ως προς τη διαγενεακή τριγωνοποίηση παρατηρείται υψηλή διαφοροποίηση ανάμεσα στα άτομα με ακουστική και σωματική αναπηρία αφού η τιμή $p < 0,05$ δηλαδή, $p = ,000$. Τα άτομα με σωματική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν μικρότερη τριγωνοποίηση. Αναφορικά με την τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας, από την σύγκριση φάνηκε πως σημαντικά υψηλή διαφοροποίηση υπάρχει ανάμεσα στα άτομα με οπτική και σωματική αναπηρία αφού η τιμή $p = ,001$. Αυτό δείχνει πως

τα άτομα με οπτική αναπηρία έχουν μικρότερη τριγωνοποίηση από τα άτομα με σωματική.

5.7.2 Διαφοροποίηση του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων του στα άτομα με αναπηρία και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα του δείγματος

Το ψυχολογικό ευ ζην στα άτομα του δείγματος υπολογίζεται μέσω των επιμέρους διαστάσεων αυτού, οι οποίες αναφέρονται στην αυτονομία, στην κυριαρχία στο περιβάλλον, στην προσωπική ανάπτυξη, στις θετικές σχέσεις με τους άλλους, στον σκοπό της ζωής και στην αποδοχή του εαυτού, καθώς και μέσω του συνολικού βαθμού του ψυχολογικού ευ ζην ως αθροίσματος των δηλώσεων του ατόμου σε μια 6-βαθμη κλίμακα Likert. Οι βαθμοί σε κάθε διάσταση του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα (4).

Αρχικά, στην διάσταση της “Προσωπικής Ανάπτυξης” ο μέσος όρος (Μ.Ο) είναι ίσος με 4,3 (τυπική απόκλιση 0,6). Το ελάχιστο μέγεθος δείγματος σε αυτή την υποκλίμακα είναι 2.64, το μέγιστο 6.00.

Στην διάσταση “Θετικές Σχέσεις με τους άλλους” ο μέσος όρος (Μ.Ο) είναι ίσος με 4,2 (τυπική απόκλιση 0,9). Το ελάχιστο μέγεθος του δείγματος σε αυτή την υποκλίμακα είναι 1,79 και το μέγιστο 6.00.

Στις διαστάσεις “Αυτονομίας”, “Σκοπού ζωής”, “Αποδοχής του εαυτού” και “Συνολικού ευ ζην” οι μέσοι όροι είναι ίσοι με 4.1. (Μ.Ο 4.1). Για την “Αυτονομία” (τυπική απόκλιση 0.5). Το ελάχιστο μέγεθος του δείγματος ισούται με 2.86 και το μέγιστο με 5.79. Στην υποκλίμακα “Σκοπός της Ζωής” (τυπική απόκλιση 0,6). Το ελάχιστο του δείγματος ισούται με 3.00 και και το μέγιστο με 5.36. Στην “Αποδοχή του Εαυτού” (και τυπική απόκλιση 0.9). Το ελάχιστο μέγεθος του δείγματος ισούται με 2.14 και το μέγιστο με 5.57. Στο “Συνολικό Ευ Ζην” (τυπική απόκλιση 0.6). Το ελάχιστο του δείγματος ισούται με 3.10 και και το μέγιστο με 5.25.

Τέλος, στην υποκλίμακα “Κυριαρχία στο Περιβάλλον” ο μέσος όρος ισούται με 4.0 (Μ.Ο 4). Στην υποκλίμακα παρατηρείται (τυπική απόκλιση 0.7). Το ελάχιστο μέγεθος του δείγματος ισούται με 2.64 και το μέγιστο με 5.36.

Πίνακας 6: Περιγραφικά στοιχεία του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων για το σύνολο του δείγματος

Διαστάσεις ψυχολογικού ευ ζην	N	Minimum	Maxium	M.O	T.A
Αυτονομία	120	2.86	5.79	4.1	0.5
Κυριαρχία στο περιβάλλον	120	2.64	5.36	4.0	0.7
Προσωπική ανάπτυξη	120	2.64	6.00	4.3	0.6
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	120	1.79	6.00	4.2	0.9
Σκοπός στη ζωή	120	3.00	5.36	4.1	0.6
Αποδοχή του εαυτού	120	2.14	5.57	4.1	0.9
Συνολικό επίπεδο Ευ Ζην	120	3.10	5.25	4.1	0.6

Προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης βαθμολογίας των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων ως προς τις επτά διαστάσεις του ψυχολογικού ευ ζην πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική ανάλυση σύγκρισης μέσων. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία Ανάλυσης Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova), εφόσον η μορφή της αναπηρίας ως ανεξάρτητη μεταβλητή έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες.

Εν συνεχεία, από την συσχέτιση που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα στις δύο ομάδες του δείγματος (άτομα με αναπηρία και τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα) με τις επτά διαστάσεις του ψυχολογικού ευ ζην καθώς και από την στατιστική ανάλυση προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα του δείγματος για κάθε μορφή

αναπηρίας αφού για όλες τις υποκλίμακες “Αυτονομία”, “Κυριαρχία στο περιβάλλον”, “Προσωπική ανάπτυξη”, “Θετικές σχέσεις με τους άλλους”, “Σκοπός στη ζωή”, “Αποδοχή του εαυτού”, “Συνολικό επίπεδο Ευ Ζην” οι p -τιμές <.005. Επομένως, η ερευνητική υπόθεση πως το ψυχολογικό ευ ζην διαφοροποιείται ως προς τα άτομα με αναπηρία και τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα επιβεβαιώνεται.

Συγκεκριμένα, συγκρίνοντας τους μέσους όρους των ατόμων του δείγματος προς κάθε διάσταση του ψυχολογικού ευ ζην προκύπτουν τα παρακάτω:

Αρχικά, ως προς την κλίμακα της “Αυτονομίας” παρατηρούνται διαφορές ως προς τους μέσους όρους του δείγματος. Αναλυτικότερα, ο μέσος όρος των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι μεγαλύτερος από των άλλων ομάδων του δείγματος καθώς ισούται με 4.3 (M.O 4.3). Ακολουθούν, τα Τυπικώς Αναπτυσσόμενα άτομα με μέσο όρο 4.2 (M.O 4.2). Εν συνεχεία, τα άτομα με σωματική αναπηρία με μέσο όρο 4.1 (M.O 4.1) και τέλος τα άτομα με ακουστική αναπηρία με μέσο όρο 3.9 (M.O 3.9). Αυτό σημαίνει πως τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν περισσότερη αυτονομία, από τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος.

Ως προς την κλίμακα της “Κυριαρχίας στο Περιβάλλον” παρατηρούνται διαφορές ως προς τους μέσους όρους του δείγματος. Αναλυτικότερα, ο μέσος όρος των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι μεγαλύτερος καθώς ισούται με 4.3 (M.O 4.3). Ακολουθούν τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα με 4.0 (M.O .4.0) , τα άτομα με σωματική αναπηρία (M.O 3.9) και τέλος τα άτομα με ακουστική αναπηρία (M.O 3.7). Αυτό σημαίνει πως τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν περισσότερη «Κυριαρχία στο Περιβάλλον» από τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος.

Αναφορικά με την “Προσωπική Ανάπτυξη” παρατηρείται πως για άτομα με οπτική αναπηρία ο μέσος όρος αντιστοιχεί σε 4.5 (M.O 4.5). Ακολουθούν τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα με μέσο όρο 4.4 (M.O 4.4). Τα άτομα με σωματική αναπηρία με μέσο όρο (M.O 4.3) και τέλος τα άτομα με ακουστική αναπηρία με μέσο όρο (M.O 4.1). Αυτό σημαίνει πως τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν μεγαλύτερη “Προσωπική Ανάπτυξη” από τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος.

Στην διάσταση “Θετική Σχέση με τους Άλλους” παρατηρείται πως για τα άτομα με οπτική αναπηρία ο μέσος όρος ισούται με 4.4 (M.O 4.4). Ο μέσος όρος των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων αντιστοιχεί με 4.3 (M.O 4.3), των ατόμων με σωματική αναπηρία ισούται με 4.1 (M.O 4.1) και τέλος, των ατόμων με ακουστική αναπηρία (M.O 3.8). Αυτό σημαίνει πως τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν καλύτερες σχέσεις με τους άλλους από τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος.

Αναφορικά με τον “Σκοπό στη Ζωή” παρατηρείται πως για τα άτομα με οπτική αναπηρία ο μέσος όρος ισούται με 4.5 (M.O 4.5). Ο μέσος όρος των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων αντιστοιχεί με 4.2 (M.O 4.2), των ατόμων με σωματική αναπηρία ισούται με 4.1 (M.O 4.1) και τέλος, των ατόμων με ακουστική αναπηρία (M.O 3.7). Αυτό σημαίνει πως τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν μεγαλύτερο σκοπό στη ζωή από τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος.

Στην “Αποδοχή του εαυτού” παρατηρείται πως για τα άτομα με οπτική αναπηρία ο μέσος όρος ισούται με 4.4 (M.O 4.4). Ο μέσος όρος των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων αντιστοιχεί με 4.2 (M.O 4.2), των ατόμων με σωματική αναπηρία ισούται με 4.0 (M.O 4.0) και τέλος, των ατόμων με ακουστική αναπηρία (M.O 3.6). Αυτό σημαίνει πως τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποδοχή του εαυτού από τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος.

Τέλος, στο “Συνολικό Ευ Ζην” παρατηρείται πως για τα άτομα με οπτική αναπηρία ο μέσος όρος ισούται με 4.4 (M.O 4.4). Ο μέσος όρος των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων αντιστοιχεί με 4.2 (M.O 4.2), των ατόμων με σωματική αναπηρία ισούται με 4.1 (M.O 4.1) και τέλος, των ατόμων με ακουστική αναπηρία (M.O 3.8). Αυτό σημαίνει πως τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν καλύτερο ευ ζην από τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος ως προς όλες τις διαστάσεις του ευ ζην.

Πίνακας 7: διαφοροποίηση του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων, ως προς τα άτομα με αναπηρία και τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα του δείγματος

Διαστάσεις ψυχολογικού ευ ζην	Αναπηρία	N	M.O	T.A	F	p
Αυτονομία	Οπτική	30	4.3	0.6	4,478	,005
	Ακουστική	30	3.9	0.3		
	Σωματική	30	4.1	0.7		
	TA	30	4.2	0.3		
	Σύνολο	120	4.1	0.5		

Κυριαρχία στο περιβάλλον	Οπτική	30	4.3	0.6	3,509	,018
	Ακουστική	30	3.7	0.5		
	Σωματική	30	3.9	0.8		
	TA	30	4.0	0.7		
	Σύνολο	120	4.0	0.7		
Προσωπική ανάπτυξη	Οπτική	30	4.5	0.6	3,207	,026
	Ακουστική	30	4.1	0.3		
	Σωματική	30	4.3	0.8		
	TA	30	4.4	0.6		
	Σύνολο	120	4.3	0.6		
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Οπτική	30	4.4	1.0	3,255	,024
	Ακουστική	30	3.8	0.5		
	Σωματική	30	4.1	0.9		
	TA	30	4.3	0.9		
	Σύνολο	120	4.2	0.9		
Σκοπός στη ζωή	Οπτική	30	4.5	0.6	8,620	,000
	Ακουστική	30	3.7	0.3		
	Σωματική	30	4.1	0.7		
	TA	30	4.2	0.6		
	Σύνολο	120	4.1	0.6		
Αποδοχή του εαυτού	Οπτική	30	4.4	0.8	4,331	,006
	Ακουστική	30	3.6	0.8		
	Σωματική	30	4.0	1.0		
	TA	30	4.2	0.9		
	Total	120	4.1	0.9		
Συνολικό επίπεδο Ευ Ζην	Οπτική	30	4.4	0.6	5,807	,001
	Ακουστική	30	3.8	0.3		
	Σωματική	30	4.1	0.7		
	TA	30	4.2	0.6		
	Σύνολο	120	4.1	0.6		

Πίνακας 8: Συγκρίσεις LSD για τη διαφοροποίηση του ευ ζην στα άτομα με αναπηρία του δείγματος.

	Οπτική	Ακουστική	.001
		Σωματική	.198

Αυτονομία	Ακουστική	Οπτική	.001
		Σωματική	.032
	Σωματική	Οπτική	.198
		Ακουστική	.032
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Οπτική	Ακουστική	.003
		Σωματική	.017
	Ακουστική	Οπτική	.003
		Σωματική	.526
	Σωματική	Οπτική	.017
		Ακουστική	.526
Προσωπική ανάπτυξη	Οπτική	Ακουστική	.005
		Σωματική	.127
	Ακουστική	Οπτική	.005
		Σωματική	.197
	Σωματική	Οπτική	.127
		Ακουστική	.197
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Οπτική	Ακουστική	.004
		Σωματική	.132
	Ακουστική	Οπτική	.004
		Σωματική	.155
	Σωματική	Οπτική	.132
		Ακουστική	.155
Σκοπός στη ζωή	Οπτική	Ακουστική	.000
		Σωματική	.012
	Ακουστική	Οπτική	.000
		Σωματική	.017
	Σωματική	Οπτική	.012
		Ακουστική	.017
Αποδοχή του εαυτού	Οπτική	Ακουστική	.001
		Σωματική	.078
	Ακουστική	Οπτική	.001
		Σωματική	.083
	Σωματική	Οπτική	.078
		Ακουστική	.083
Συνολικό επίπεδο ευ ζην	Οπτική	Ακουστική	.000
		Σωματική	.032
	Ακουστική	Οπτική	.000
		Σωματική	.065
	Σωματική	Οπτική	.032
		Ακουστική	.065

Αφού εξακριβώθηκε πως διαφοροποιούνται οι οικογενειακές σχέσεις και οι διαστάσεις του ψυχολογικού ευ ζην καθώς και το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην ως προς τα άτομα με αναπηρία και τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα, εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε LSD ανάλυση, στην οποία έγινε σύγκριση ανάμεσα στα άτομα με οπτική, ακουστική και σωματική αναπηρία, ως προς όλες τις διαστάσεις του

ψυχολογικού ευ ζην και ως προς το συνολικό ευ ζην. Από την σύγκριση LSD φάνηκε πως, ως προς την υποκλίμακα «Αυτονομία» παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και ακουστική, ακουστική και σωματική, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι: $p=,001$ και $p=,032$. Μεγαλύτερη αυτονομία, δηλαδή μεγαλύτερη ανεξαρτησία να αντιμετωπίσουν κοινωνικές συνθήκες παρουσιάζουν τα άτομα με οπτική και μικρότερη τα άτομα με ακουστική αναπηρία. Για την υποκλίμακα «Κυριαρχία στο περιβάλλον» παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και ακουστική, οπτική και σωματική, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι ,003 και ,017. Τα άτομα με οπτική έχουν καλύτερο έλεγχο των εξωτερικών δραστηριοτήτων και χειρότερο τα άτομα με ακουστική. Για την υποκλίμακα «Προσωπική ανάπτυξη» παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και ακουστική καθώς η τιμή είναι ,005. Αυτό σημαίνει πως τα άτομα οπτική αναπηρία θεωρούν τους εαυτούς τους ικανούς να εξελιχθούν και διαθέτουν περισσότερη αυτογνωσία. Για την υποκλίμακα «Θετικές σχέσεις με τους άλλους, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και ακουστική, καθώς η τιμή p-τιμές είναι ,004. Αυτό σημαίνει πως τα άτομα οπτική αναπηρία ενδιαφέρονται περισσότερο για τους συνανθρώπους τους και έχουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση καθώς μπορούν και μπαίνουν στη θέση του άλλου συγκριτικά με τα άτομα τα οποία έχουν προβλήματα ακοής. Για την υποκλίμακα «Σκοπός στη ζωή» παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και σωματική, οπτική και ακουστική, ακουστική και σωματική, καθώς p-τιμές $<,005$. Στην συγκεκριμένη διάσταση για ακόμη μια φορά τα άτομα με οπτική αναπηρία θέτουν πιο ξεκάθαρους στόχους από τα άτομα με ακουστική αναπηρία. Για την υποκλίμακα «Αποδοχή του εαυτού» παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και ακουστική, καθώς p τιμή ισούται με ,001. Τα άτομα με οπτική αναπηρία αποδέχονται ευκολότερα τον εαυτό τους από τα άτομα με ακουστική αναπηρία και αισθάνονται καλύτερα με το παρελθόν τους. Τέλος, για την υποκλίμακα «Συνολικό επίπεδο Ευ Ζην» παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και ακουστική, οπτική και σωματική, καθώς p-τιμές $<,005$. Τα άτομα με οπτική έχουν καλύτερο συνολικό ευ ζην από τις υπόλοιπες κατηγορίες αναπηρίας κυρίως αν ληφθεί υπόψη πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος έχει μερική οπτική αναπηρία και όχι ολική τύφλωση.

5.7.3 Συσχέτιση του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων του, με τις διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων για τα άτομα με αναπηρία και τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων του με τις πτυχές των οικογενειακών σχέσεων για τα άτομα με αναπηρία και για τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα πραγματοποιήθηκαν οι κατάλληλοι έλεγχοι συσχέτισης με τον δείκτη αξιοπιστίας Pearson r . Σε κάθε περίπτωση από τις συσχετίσεις των διαστάσεων του ψυχολογικού ευ ζην με τις διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων και από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων για καθεμιά διάσταση και των δύο ερωτηματολογίων παρατηρήθηκαν θετικές και αρνητικές συσχετίσεις (Πίνακας 9 και 10). Επομένως, η ερευνητική υπόθεση σχετικά με το εάν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές επιβεβαιώνεται.

Αναλυτικότερα, παρατηρείται πολύ υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της “Αυτονομίας” και της “Διαγενεακής συγχώνευσης/εξατομίκευσης” και της “Τριγωνοποίηση Πυρηνικής Οικογένειας” με αντίστοιχες p τιμές ($,000$ και $,004$). Αντιθέτως παρατηρείται υψηλή αρνητική συσχέτιση με την πτυχή της “Διαγενεακής Τριγωνοποίησης” με p τιμή ($,028$). Αυτό σημαίνει, πως όσο μεγαλύτερη αυτονομία παρουσιάζει ένα άτομο με αναπηρία, είναι δηλαδή αυτοκαθοριζόμενο τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει, δηλαδή δεν συμμεχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών του. Παράλληλα, εμφανίζει περισσότερη τριγωνοποίηση με τα παιδιά του. Η “Κυριαρχία στο περιβάλλον” σχετίζεται θετικά υψηλά με την “Διαγενεακή συγχώνευση” και την “Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας” με αντίστοιχες p τιμές ($,020$ και $,015$). Αντιθέτως, παρατηρείται υψηλή αρνητική συσχέτιση με την πτυχή της “Διαγενεακής τριγωνοποίησης” με p τιμή ($,008$). Αυτό δείχνει πως όσο μεγαλύτερη κυριαρχία και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον παρουσιάζει ένα άτομο με αναπηρία, τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει, δηλαδή δεν συμμεχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών του. Ωστόσο, έχει μεγαλύτερη εξατομίκευση και περισσότερη τριγωνοποίηση με τα παιδιά του. Ακόμη, παρατηρείται πολύ υψηλή αρνητική συσχέτιση της “Προσωπική ανάπτυξης” με την “Διαγενεακή τριγωνοποίηση” με τιμή p ($,002$). Αυτό δείχνει πως όσο και να θεωρεί

ένα άτομο με αναπηρία τον εαυτό του ικανό να εξελιχθεί και εξελίσσεται, τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει, δηλαδή δεν συμμεχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών τους. Η διάσταση “Θετικές σχέσεις με τους άλλους” σχετίζεται θετικά υψηλά με την “Διαγενεακή συγχώνευση” και την “Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας” με τιμές p (.016 και .012). Αντιθέτως, παρατηρείται υψηλή αρνητική συσχέτιση με την πτυχή της “Διαγενεακής τριγωνοποίησης” με p τιμή .012. Αυτό μεταφράζεται πως όσο καλές σχέσεις αναπτύσσει ένα άτομο με αναπηρία με τους άλλους, τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει, δηλαδή, δεν συμμεχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών του. Έχει περισσότερη εξατομίκευση και τριγωνοποίηση με τα παιδιά. Ως προς τον “Σκοπό στη ζωή” υπάρχει σημαντικά πολύ υψηλή συσχέτιση με την “Διαγενεακή συγχώνευση/εξατομίκευση” και την “Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας” με αντίστοιχες p τιμές .010 και .000. Ως προς την “Αποδοχή του εαυτού” υπάρχει πολύ υψηλή θετική συσχέτιση με την “Διαγενεακή εξατομίκευση” και την “Τριγωνοποίηση Πυρηνικής οικογένειας” με τιμές p (.002 και .004) και πολύ υψηλή αρνητική συσχέτιση με την “Διαγενεακή τριγωνοποίηση” με τιμή p = .000. Αυτό μεταφράζεται πως όσο περισσότερο αποδέχεται ένα άτομο με αναπηρία τον εαυτό του και την κατάσταση στην οποία βρίσκεται τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει, δηλαδή, δεν συμμετέχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών του. Τέλος, ως προς το “Συνολικό ευ ζην” παρατηρείται πως υπάρχει πολύ υψηλή θετική συσχέτιση με την “Διαγενεακή οικεότητα” και “Τριγωνοποίηση Πυρηνικής Οικογένειας” με τιμές p = .001 και πολύ υψηλή αρνητική με την “Διαγενεακή τριγωνοποίηση” με τιμή p = .001. Αυτό δείχνει πως όσο καλύτερο ευ ζην παρουσιάζει ένα άτομο με αναπηρία, τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει, δηλαδή δεν συμμεχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών του.

Πίνακας 9: Συσχέτιση ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων του με τις διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων για τα άτομα με αναπηρία

		Διαγενεακή συγχώνευση/εξατ ομίκευση	Διαγεν εακή οικειότ ητα	Διαγενε ακή τριγωνο ποίηση	Τριγων οποίηση πυρηνικ ής οικογέν ειας
Αυτον ομία	r	,505**	,177	-,232*	,302**
	p (-2 tailed)	,000	,095	,028	,004
	N	90	90	90	90
Κυρια ρχία στο περιβ άλλον	r	,245*	-,060	-,276**	,256*
	p (-2 tailed)	,020	,577	,008	,015
	N	90	90	90	90
Προσ ωπική ανάπτ υξη	r	,133	-,148	-,325**	,183
	p (-2 tailed)	,212	,165	,002	,084
	N	90	90	90	90
Θετικ ές σχέσε ις με τους άλλου ς	r	,254*	,084	-,264*	,264*
	p (-2 tailed)	,016	,432	,012	,012
	N	90	90	90	90
Σκοπό ς στη ζωή	r	,270**	,066	-,177	,366**
	p (-2 tailed)	,010	,536	,095	,000
	N	90	90	90	90
Αποδ οχή του εαυτο ύ	r	,324**	-,047	-,390**	,301**
	p (-2 tailed)	,002	,658	,000	,004
	N	90	90	90	90
Συνολ ικό επίπεδ ο ευ ζην	r	,347**	,030	-,337**	,336**
	p (-2 tailed)	,001	,782	,001	,001
	N	90	90	90	90

Στις περιπτώσεις των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων, παρατηρείται υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην διαστάση της “Αυτονομίας”, για το ψυχολογικό ευ ζην με την πτυχή της “Διαγενεακής οικειότητας” με τιμή $p=,018$. Αντιθέτως, εξακριβώθηκε υψηλή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην “Αυτονομία” και την “Διαγενεακή τριγωνοποίηση” με τιμή p ($,002$). Αυτό σημαίνει, πως όσο μεγαλύτερη αυτονομία παρουσιάζει ένα τυπικώς αναπτυσσόμενο άτομο, είναι δηλαδή αυτοκαθοριζόμενο τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει, δηλαδή δεν συμμετέχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών του. Ως προς την “Κυριαρχία στο περιβάλλον” παρατηρείται πολύ υψηλή αρνητική συσχέτιση με την “Διαγενεακή τριγωνοποίηση” $p=$ ($,005$). Αυτό δείχνει πως όσο μεγαλύτερη κυριαρχία και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον παρουσιάζει ένα τυπικώς αναπτυσσόμενο άτομο τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει, δηλαδή δεν συμμετέχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών του. Ως προς την “Προσωπική ανάπτυξη” παρατηρείται πολύ υψηλή αρνητική συσχέτιση με την “Διαγενεακή οικειότητα” με p τιμή $=,001$. Αυτό δείχνει πως ένα τυπικώς αναπτυσσόμενο άτομο όσο μεγαλύτερη ανάπτυξη και εξέλιξη έχει τόσο λιγότερη οικειότητα εμφανίζει με τους γονείς. “Στις θετικές σχέσεις με τους άλλους” παρατηρείται πολύ υψηλή αρνητική συσχέτιση με την διαγενεακή τριγωνοποίηση ($p=,000$). Αυτό μεταφράζεται πως όσο καλές σχέσεις αναπτύσσει ένα τυπικώς αναπτυσσόμενο άτομο με τους άλλους, τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει δηλαδή, δεν συμμετέχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών του. Στον “Σκοπό στη ζωή” παρατηρείται θετική υψηλή συσχέτιση με τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας με τιμή $p=,024$. Στην “Αποδοχή του εαυτού” παρατηρείται πολύ υψηλή θετική συσχέτιση με την “Διαγενεακή συγχώνευση” ($p=005$) και πολύ υψηλή αρνητική με την “Διαγενεακή τριγωνοποίηση” με p τιμή $,003$. Αυτό μεταφράζεται πως όσο περισσότερο αποδέχεται ένα τυπικώς αναπτυσσόμενο άτομο τον εαυτό του, τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει, δηλαδή, δεν συμμετέχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών του. Τέλος ως προς το “Συνολικό ευ ζην” παρατηρείται πολύ υψηλή αρνητική συσχέτιση με την “Διαγενεακή τριγωνοποίηση” με τιμή $p < ,002$. Αυτό δείχνει πως όσο καλύτερο ευ ζην παρουσιάζει ένα τυπικώς αναπτυσσόμενο άτομο τόσο μικρότερη διαγενεακή τριγωνοποίηση εμφανίζει, δηλαδή

δεν συμμεχει σε ανάρμοστες συμμαχίες με τους γονείς ή εμπλέκεται σε θέματα των γονιών του.

Πίνακας 10: Συσχέτιση ψυχολογικού ευ ζην και των υποκλιμάκων του με τις διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων για τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

		Διαγενεακή συγχώνευση/εξάτο μίκευση	Διαγενε ακή οικειότη τα	Διαγενε ακή τριγωνο ποίηση	Τριγωνο ποίηση πυρηνικ ής οικογένε ιας
Αυτον ομία	r	,430*	0,12	-,550**	0,07
	p (-2 tailed)	,018	,528	,002	,709
	N	30	30	30	30
Κυρια ρχία στο περιβά λλον	r	0,15	0,00	-,499**	-0,07
	p (-2 tailed)	,423	,983	,005	,697
	N	30	30	30	30
Προσ ωπική ανάπτ υξη	r	0,26	-,555**	-0,23	0,04
	p (-2 tailed)	,171	,001	,231	,834
	N	30	30	30	30
Θετικέ ς σχέσει ς με τους άλλου ς	r	0,05	-0,26	-,816**	0,08
	p (-2 tailed)	,812	,160	,000	,676
	N	30	30	30	30
Σκοπό ς στη ζωή	r	0,25	-0,23	-0,19	,412*
	p (-2 tailed)	,178	,227	,325	,024
	N	30	30	30	30
Αποδο χή του εαυτο ύ	r	,501**	-0,22	-,524**	0,16
	p (-2 tailed)	,005	,251	,003	,397
	N	30	30	30	30
Συνολι κό επίπεδ ο ευ ζην	r	0,170	-0,181	-,545**	0,216
	p (-2 tailed)	,369	,339	,002	,251
	N	30	30	30	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Για την επίτευξη των στόχων που προέκυψαν μέσα από την παρούσα μελέτη, σε πρώτο στάδιο διερευνήθηκε αν υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ του δείγματος και συγκεκριμένα μεταξύ των ατόμων με αναπηρία ως προς τις οικογενειακές σχέσεις και των ατόμων με αναπηρία και χωρίς, ως προς το ψυχολογικό ευ ζην. Ακόμη, διερευνήθηκε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών: του ψυχολογικού ευ ζην και των οικογενειακών σχέσεων για το σύνολο του δείγματος. Τέλος, εξετάστηκε κατά πόσο οι οικογενειακές σχέσεις (διαγενεακή συγχώνευση/εξατομίκευση, διαγενεακή οικειότητα, διαγενεακή τριγωνοποίηση, τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας), και το ψυχολογικό ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός της ζωής, αποδοχή του εαυτού, προσωπική ανάπτυξη, συνολικό ευ ζην), διαφοροποιούνται ανάμεσα στο δείγμα ως προς τα διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά. Αναφορικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά σε αυτά εκτός των διαφόρων ατομικών στοιχείων όπως: (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, εργασία κ.λπ.) συμπεριλήφθησαν και στοιχεία τα οποία σχετίζονται με τη φύση της αναπηρίας στα πλαίσια της υποκειμενικότητας του ατόμου (είδος αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας, πόνος κ.λπ.), στοιχεία που αφορούν την κοινωνικοποίηση και συναναστροφή του ατόμου με συγγενικά πρόσωπα (ενασχόληση με χόμπι, συμμετοχή σε οικογενειακές εξορμήσεις).

Από την στατιστική ανάλυση προέκυψαν σημαντικά αποτελέσματα, τα οποία αναλύονται παρακάτω και ταυτόχρονα διενεργείται αναφορά σε αιτίες που συνείσφεραν στην δημιουργία τους. Τέλος, γίνεται λόγος σε βασικούς περιορισμούς της συγκεκριμένης έρευνας και τίθενται προτάσεις για μελλοντική εμβάθυνση ή εξέλιξη του παρόντος θέματος.

6.1 Οι διαστάσεις των οικογενειακών σχέσεων των ατόμων με και χωρίς αναπηρία

Αναφορικά με τις οικογενειακές σχέσεις παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων των οικογενειακών σχέσεων και της αναπηρίας. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε διαφοροποίηση της αναπηρίας ως προς τις δύο από τις τέσσερις διαστάσεις: την “Διαγενεακή τριγωνοποίηση” και την “Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας”. Σε σχέση με την Διαγενεακή τριγωνοποίηση, παρατηρείται πως τα άτομα με σωματική αναπηρία εμφανίζουν μικρότερη τριγωνοποίηση από τα άτομα με οπτική και ακουστική αναπηρία τα οποία ακολουθούν κατά σειρά. Τα άτομα που φέρουν ένα είδος σωματικής αναπηρίας θεωρούν ότι απέχουν από ανάρμοστες συμμαχίες μέσα στην οικογένεια και δεν εμπλέκονται σε συζυγικά θέματα των γονιών τους. Στην δεύτερη περίπτωση, στην Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας σε αντίθεση με την πρώτη τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν μικρότερη τριγωνοποίηση από τα άτομα με ακουστική και σωματική αναπηρία τα οποία ακολουθούν κατά σειρά. Αυτό σημαίνει πως τα άτομα με οπτικά προβλήματα δεν εμπλέκουν τα παιδιά τους σε συζυγικά θέματα, διαχωρίζουν τους ρόλους και τις θέσεις.

Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός πως τα άτομα με αναπηρία και ιδιαίτερος τα άτομα με επίκτητη αναπηρία στο συγκεκριμένο δείγμα αφού έχουν μεταβεί από το στάδιο του σοκ και της διαχείρισης της νέας κατάστασης, στη πορεία αλλάζουν. Πιο συγκεκριμένα, έρχονται αντιμέτωποι με την νέα πραγματικότητα οπότε έστω και υποσυνείδητα θέτουν τον εαυτό τους σε πρωτεραιότητα. Προσπαθούν να επανασυγκροτηθούν και μέσα από αυτή την διεργασία αλλάζουν και οι σχέσεις μεταξύ των μελών, και συγκεκριμένα με τους γονείς. Τα άτομα με αναπηρία αναγκάζονται να αυτονομηθούν, ακόμη και στην περίπτωση που δεν ήταν αυτονόμα, τώρα μαθαίνουν να είναι με αποτέλεσμα, να αποστασιοποιούνται από την οικογενειακή ασφάλεια προσπαθώντας να βασιστούν στις δικιές του δυνάμεις. Γι’ αυτό εμφανίζουν μικρότερη τριγωνοποίηση όπως φάνηκε από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Έρευνα σχετική με την αναπηρία και την επίδραση αυτής στο οικογενειακό πλαίσιο, συμφωνεί με τα παραπάνω ευρήματα. Συγκεκριμένα, αναφέρει πως η εκάστοτε μορφή αναπηρίας είναι δυνατόν να επηρεάσει την κοινωνική αλληλεπίδραση του ατόμου και την κοινωνική του υπόσταση εν γένει. Παράλληλα, αναφέρεται πως η

αναπηρία προκαλεί αλλαγές στον οικογενειακό ιστό καθώς οι σχέσεις και η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας και στο μέλος που φέρει αναπηρία μεταβάλλονται. Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως τα άτομα με αναπηρία επαναπροσδιορίζουν τις επιθυμίες τους, περνούν από το στάδιο επανασυγκρότησης του εαυτού, θέτοντας νέους στόχους οι οποίοι πλέον ανταποκρίνονται στις νέες συνθήκες ζωής (Kurawa, S.S., 2010).

Άλλες έρευνες έχουν μελετήσει την ευρύτερη έννοια και λειτουργία της οικογένειας αναφορικά με την αναπηρία. Για παράδειγμα, οι Cheung, Aberdeen, Ward, και Theule (2018) αναφέρθηκαν στα υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εμφανίζουν μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση των μητέρων και την σχέση τους με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Για την σχέση της οικογένειας με την αναπηρία και την αντιμετώπιση απέναντι στην αναπηρία αναφέρθηκαν οι Vongmany, Luckett, Lam και Phillips (2017) οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η οικογένεια απέναντι σε κάποιο μέλος της ενήλικο με διαβήτη Τύπου 2, μπορεί να λειτουργήσει είτε βοηθητικά, είτε παρεμποδιστικά είτε ως συνύπαρξη και των δύο. Μάλιστα οι (Whitehead, Jacob & Towell, 2017) υποστηρίζουν πως τα μέλη μιας οικογένειας παρέχουν υποστήριξη μέσα στο χρόνο ώστε να μπορέσει ο ενήλικας να διαχειριστεί την χρόνια πάθηση μέρα με τη μέρα. Μάλιστα, η προσαρμοστικότητα της οικογένειας βοηθά στην ομαλή διατήρηση σχέσεων μεταξύ των μελών, την συνοχή και την εξομάλυνση της χρόνιας κατάστασης.

Ακόμη, οι Grey, Totsika και Hastings (2018) σε έρευνά τους αναφέρθηκαν στο να ζει κάποιος με την οικογένειά του και στα αποτελέσματα αυτής της συνθήκης στους ενήλικες με νοητική αναπηρία. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η υγεία των ατόμων που ζουν μέσα στην οικογένεια είναι καλύτερη όταν η ανάγκη του ατόμου για υποστήριξη είναι μικρή. Οπότε σε αυτή την περίπτωση, οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη είναι καλύτερες αφού το άτομο με αναπηρία αισθάνεται αυτόνομο και αυτοπεποίθηση ότι μπορεί να τα καταφέρει και πως δεν χρειάζεται κάποιον να το φροντίζει και να ανησυχεί γι' αυτό. Σε αντίθετη περίπτωση, όταν το άτομο παρουσιάζει υψηλή ανάγκη για υποστήριξη τότε τα επίπεδα της υγείας του είναι χαμηλά και οι οικογενειακές σχέσεις είναι λιγότερο ποιοτικές.

6.2 Το ψυχολογικό ευ ζην και οι διατάσεις του στα άτομα με και χωρίς αναπηρία

Ως προς το ψυχολογικό ευ ζην, παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση ως προς όλες τις διαστάσεις του (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετική σχέση με τους άλλους, σκοπός στη ζωή αλλά και συνολικό ευ ζην) και ως προς το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην στα άτομα με και χωρίς αναπηρία του δείγματος. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε πως τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν μεγαλύτερη αυτονομία, δηλαδή είναι περισσότερο αυτοκαθορισμένα, σκέφτονται με μια συγκεκριμένη νόρμα από τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Ακολουθούν τα άτομα χωρίς αναπηρία και τέλος τα άτομα με σωματικά και ακουστικά προβλήματα κατά σειρά. Το ίδιο συμβαίνει για όλες τις υποκλίμακες. Τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν μεγαλύτερη κυριαρχία και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Επιπλέον, τα ίδια άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη προσωπική ανάπτυξη, δηλαδή, θεωρούν τον εαυτό τους ικανά να εξελιχθούν και να αποκτήσουν μεγαλύτερη αυτογνωσία. Παράλληλα, παρατηρήθηκε πως εμφανίζουν ικανοποιητικότερες σχέσεις με άλλους ανθρώπους, μπαίνουν στη θέση του άλλου. Ο σκοπός στη ζωή είναι ουσιαστικότερος για αυτά τα άτομα με οπτική αναπηρία καθώς θέτουν τους δικούς τους στόχους και σκοπούς. Ακόμη, τα άτομα με προβλήματα όρασης φάνηκε πως αποδέχονται την προσωπικότητά τους περισσότερο από τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος, δηλαδή, αντιμετωπίζουν τα αρνητικά τους στοιχεία με θετικό τρόπο και τέλος, δείχνουν τον βαθμό στον οποίο αισθάνονται καλά για το παρελθόν τους.

Για την σύνδεση της αναπηρίας με το ψυχολογικό ευ ζην έχουν αναφερθεί και σχετικές έρευνες οι οποίες ωστόσο, υποστηρίζουν την αρνητική διάσταση της αναπηρίας στην ψυχολογική ευημερία του ατόμου. Για παράδειγμα, Οι Blackwell, Alammari, Weighall, Kellar και Nash (2017) σε έρευνά τους επισημαίνουν πως παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα ναρκοληψίας, δηλαδή, διαταραχών ύπνου, εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Παράλληλα, επηρεάζεται η καθημερινότητά τους, με αποτέλεσμα να αποκτούν χαμηλή αυτοεκτίμηση και εν τέλει χαμηλό ψυχολογικό ευ ζην. Στον αντίποδα, βρίσκεται η έρευνα των Zimmermann, Burrell, και Jordan (2018) στην οποία μελετήθηκε το ψυχολογικό ευ ζην και ο καρκίνος. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως ακόμη και στην περίπτωση μιας σοβαρής ασθένειας η συμμετοχή των ατόμων σε προγράμματα διαλογισμού οδηγούν

σε βελτίωση της ψυχολογικής ευημερίας του ασθενούς, αποδοχής της κατάστασής τους καθώς και σε μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης.

Άλλες έρευνες υποστήριξαν πως σε περιπτώσεις ατόμων με προβλήματα καρδιακής λειτουργίας και ανοσοποιητικού συστήματος η επαφή με την φύση και την γυμναστική οδήγησαν στην μείωση των επιπέδων κατάθλιψης, και σημαντική βελτίωση στο ψυχολογικό ευ ζην (Oh, Lee, Zaslowski, Yeung, Rosenthal, Larkey και Back 2017) και (Ting, Aileen, Yun, και Ruth 2018).

6.3 Συσχέτιση ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων των οικογενειακών σχέσεων για τα άτομα με αναπηρία και τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Για την επίδραση του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με και χωρίς αναπηρία στην ποιότητα και στη διαμόρφωση των οικογενειακών σχέσεων πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις από τις οποίες προέκυψαν θετικές συσχετίσεις ανάμεσα σε ορισμένες από τις υποκλίμακες και των δύο μεταβλητών. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στην αυτονομία και τη διαγενεακή συγχώνευση, τον σκοπό της ζωής και τη διαγενεακή συγχώνευση και τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας. Ακόμη, παρατηρήθηκε θετική σχέση ανάμεσα στην υποκλίμακα “Αποδοχή του εαυτού” και “Διαγενεακή συγχώνευση” και τέλος ανάμεσα στο “Συνολικό ευ ζην” και τις υποκλίμακες “Διαγενεακή συγχώνευση” “Διαγενεακή τριγωνοποίηση” και “Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας”.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα βρίσκονται σε συμφωνία με προηγούμενο εύρημα και συγκεκριμένα με το ερευνητικό ερώτημα 6.2 το οποίο σχετίζεται με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με και χωρίς αναπηρία του δείγματος.

Αναφορικά με την σύνδεση του ψυχολογικού ευ ζην και της οικογένειας διάφορες έρευνες έχουν αναφερθεί. Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν αναφερθεί στις οικογένειες παιδιών με καρκίνο αναφορικά με το ψυχολογικό ευ ζην των οικογενειών. Στα αποτελέσματα των ερευνών φάνηκε πως προγράμματα ψυχικής υποστήριξης βοηθούν τις οικογένειες αλλά και τα ίδια τα άτομα με καρκίνο να επανενταχθούν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Παράλληλα φάνηκε πως λειτουργούν θετικά για την ενίσχυση του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων και των

οικγενειών και για την αντιμετώπιση των δύσκολων συνθηκών (Inhestern, Haller, Wlodarczyk, Bergelt 2016) και (Peikert, Inhestern και Bergelt 2018).

Για την σχέση ανάμεσα στα μέλη αναφέρθηκε και η έρευνα των Bastaits, Pasteels και Mortelmans (2018) η οποία αναφέρθηκε στην σχέση ανάμεσα στην οικογένεια (μητέρα και πατέρα) μετά το διαζύγιο με το ευ ζην των εφήβων παιδιών τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το ευ ζην των εφήβων ήταν χαμηλότερο στις περιπτώσεις στις οποίες οι μητέρες τους βρίσκονταν σε σχέσεις λιγότερο σταθερές, δεν ξαναδημιούργησαν σχέσεις, σε σχέσεις εξ αποστάσεως από τον σύντροφο ή είχαν πολλές σχέσεις μετά το διαζύγιο. Ωστόσο, στην περίπτωση των πατέρων υπήρξε αντίθετο αποτέλεσμα.

6.5 Περιορισμοί της έρευνας

Αρχικά, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήσαμε για να εξετάσουμε το ψυχολογικό ευ ζην και τις οικογενειακές σχέσεις ήταν αξιόπιστα. Ωστόσο υπάρχουν και άλλα παρόμοια εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν (Satisfaction with Life Scale, SWLS) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) και το Life Satisfaction Index-LSI (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961). Το Positive and Negative Affect Schedule- PANAS (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), το Scale of Positive and Negative Experience-SPANE (Diener, et al., 2009).

Ο μικρός αριθμός του δείγματος καθώς και η αδυναμία ελέγχου του ιστορικού των ατόμων με αναπηρία συνιστούν εμπόδια τα οποία δυσκολεύουν την εξαγωγή ασφαλών αποτελεσμάτων. Επιπλέον, δεν έγιναν όλες οι πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και δεν εντοπίστηκαν όλοι οι πιθανοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν το ψυχολογικό ευ ζην και τις οικογενειακές σχέσεις των ατόμων με αναπηρία. Τέλος, η συγκεκριμένη έρευνα επιβαρύνεται με τους περιορισμούς που συνεπάγεται η χρήση εργαλείων αυτοαναφοράς, όπως οι μη ειλικρινείς απαντήσεις.

Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να προτείνουμε κάποιες μελλοντικές προτάσεις για εξέλιξη της υπάρχουσας έρευνας αλλά και για την δημιουργία νέων ερευνών. Σε μελλοντική έρευνα θα ήταν ωφέλιμο για αποτελεσματική εξακρίβωση του ψυχολογικού ευ ζην και των οικογενειακών σχέσεων να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις στους ερωτηθέντες. Επιπλέον, σημαντική καθίσταται η χρήση άλλων ερευνητικών εργαλείων, ώστε να συγκριθούν τα αποτελέσματα, καθώς και να ερευνηθούν και άλλοι παράγοντες. Τέλος, μπορεί να δημιουργηθούν κατάλληλα προγράμματα στήριξης των ατόμων με αναπηρία ώστε να ενισχυθεί το ψυχολογικό τους ευ ζην ή συμμετοχή σε προγράμματα τα οποία θα λειτουργήσουν βοηθητικά και υποστηρικτικά τόσο για το άτομο που φέρει αναπηρία όσο και για την οικογένεια ώστε η ποιότητα των σχέσεων να εξελιχθεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, Ν., (2008). *Ειδική Αγωγή: αναπτυξιακές διαταραχές και χρόνιες μειονεξίες*, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, 2004

Akhtar, S., and Barlow, J. (2018). Forgiveness Therapy for the Promotion of Mental Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE* Vol. 19(1) 107-122

Alexander, R. (1974). *Η Ψυχοδυναμική της οικογένειας που έχει ανάπηρο παιδί*, Μετάφραση Χρηστάκη, Τ., Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας, 8, Αθήνα, σελ.6-14

Αλευριάδου, Α. (2006). *Μητρικές αντιδράσεις προς το παιδί με νοητική υστέρηση: διαστάσεις, παράγοντες και μοντέλα πρόβλεψης. Στο Αντικαιάδας. Αναπαραστάσεις και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.* (σσ. 213 - 233) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Alghamdi, M. S., Chiarello, L.A., Palisano, R. J., McCoy, S. W (2017). Understanding participation of children with cerebral palsy in family and recreational activities. *Research in Developmental Disabilities* 69, 96–104.

Αναστασιλάκη, Β. (2017). *Εκπαίδευση και Ποιότητα Ζωής των Εφήβων και Ενηλίκων Ατόμων με Προβλήματα Όρασης*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Αποστολόπουλος, Κ. (1998). *Μαθήματα κοινωνιολογίας της οικογένειας*. Αθήνα: Εκδόσεις συγγραφέως.

Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective*. North Holland: Elsevier.

Αριστοτέλης (1993). *Απαντα: Ηθικά Ευδήμεια*, τομ. 6, επιμ. Β. Μανδηλαράς, εισαγ.-μτφρ.-σχόλια: *Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου*. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος.

Αριστοτέλης (2006). *Ηθικά Νικομάχεια Βιβλία Α-Δ*, τομ. 1, εισαγ.-μτφρ.-σχόλια: Δ. Λυμπουρλής. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτρος.

Αρμπουνιώτη Β. (2007). *Διαναπηρικός Οδηγός Επιμόρφωσης, Νοητική Υστέρηση*, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Atkinson, S, (2013). Beyond Components of Wellbeing: The Effects of Relational and Situated Assemblage. *Topoi-An international review of philosophy*. 32 (2), 137-144.

Auty, K.M., Cope, A., Liebling, A. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of Yoga and Mindfulness Meditation in Prison: Effects on Psychological Well-Being and Behavioural Functioning. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 61(6) 689–710

Bastaitis, K., Pasteels, I., Mortelmans, D. (2018). How do post-divorce paternal and maternal family trajectories relate to adolescents' subjective well-being? *Journal of Adolescence* 64, 98–108

Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of intellectual disability Research*, 51(9), 702-714.

Beckmeyer, J. J., Russell, L.T (2018). Family Structure and Family Management Practices: Associations With Positive Aspects of Youth Well-Being. *Journal of Family Issues*, Vol. 39(7) 2131–2154

Bennett, T., Deluca, D. A., & Allen, R. W. (1995). Religion and children with disabilities. *Journal of Religion and Health*, 34 (4), 301 - 312.

Bow Blackwell, J.E., Alammari, H. A., Weighall, A.R., Kellar, I., Nash, H. M. (2017). A systematic review of cognitive function and psychosocial well-being in school-age children with narcolepsy. *Sleep Medicine Reviews* 34, 82-93

Bowman, Nicholas A. (2010). The development of psychological well-being among first-year college students. *Journal of College Student Development*, Vol 51(2), 180-200.

Bradburn N.M.(1969). The structure of psychological well-being. *Chicago: Aldine*.

Bray, J. H., Harvey, D. M., & Williamson, D. S. (1987). Intergenerational family relationships: An evaluation of theory and measurement. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3S), 516-528.<http://dx.doi.org/10.1037/h0085749>

Bray, J. H., Williamson, D. S., & Malone, P. E. (1984). PAFS: Personal authority in the family system questionnaire manual. *Houston Family Institute*.

Bray, J. H., Williamson, D. S., & Malone, P. E. (1984). Personal authority in the family system: Development of a questionnaire to measure personal authority in intergenerational family process, *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 167-178.

Bray, J. H., Williamson, D. S., Malone, P. E. (1982). personal authority in the family system: development of a questionnaire to measure personal authority in intergenerational family processes. *Journal Of Marital and Family Therapy*.

Brown, R., L. & Barrett, A. E. (2011). Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanations for the relationship. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*.

Γείτονα Μ. (2004). *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας. Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων*. Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας

Chang, E. C., Downey, C. A., & Salata, J. L. (2004). Social Problem Solving and Positive Psychological Functioning: Looking at the Positive Side of Problem Solving. *In E. C.*

Chang, T. J. D'Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), Social problem solving: Theory, research, and training (pp. 99-116). Washington, DC, US: *American Psychological Association*.<http://dx.doi.org/10.1037/10805-006>

Cheung, K., Aberdeen, K., Ward, M.A., Theule, J. (2018). Maternal Depression in Families of Children with ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Child and Family Studies* 27:1015–1028 <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1017-4>

Corn, A. L., & Erin, J. N. (2010). Foundations of low vision: *Clinical and functional perspectives (2nd ed.) AFB Press*

Covarrubias, R., Romero, A., Trivelli, M. (2015). Family Achievement Guilt and Mental Well-being of College Students. *J Child Fam Stud*, 24:2031–2037. DOI 10.1007/s10826-014-0003-8.

Dahlbeck, D. T., & Lightsey, O. R. Jr. (2008). Generalized self-efficacy, coping, and self-esteem as predictors of psychological adjustment among children with disabilities or chronic illnesses. *Children's Health Care*, 37(4), 293-315.

Δανιηλίδης, Ι., & Ασημακόπουλος, Δ. (2006). *Ωτορινολαρυγγολογία-Παθολογία Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Dauids, E. L., Roman, N. V., Kerchhoff, L.J. (2017). Adolescent goals and aspirations in search of psychological well-being: from the perspective of self-determination theory. *South African Journal of Psychology*, Vol. 47(1) 121– 132

Davis John, Cunningham Claire, 2017. Developing a reflexive approach, *in: Research with Children: Perspectives and Practices*.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, Eudaimonia and well-being: *An introduction*. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.

Delicate, A., Ayers, S., McMullen, S. (2018). A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery* 61 88–96

Diener, E. (2009). Subjective well-being. In *The science of well-being* (pp. 11-58). Springer Netherlands.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). Scale of Positive and Negative Experience (SPANE). *Measurement Instrument Database for the Social Sciences*.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.

Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2008). *Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας*.

Elliott, T. R., Kurylo, M., & Rivera, P. (2005). Positive growth following acquired physical disability. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 687-699). New York: Oxford University Press.

Elsman, E.B.M., van Rens, G. H. M. B., Peeters & van Nispen, R.M.A. (2016). Impact of visual impairment on the lives of young adults in the Netherlands: a concept – mapping approach. *Disability and Rehabilitation*, 1- 12.

Erikson, E. H., Paul, I. H., Heider, F., & Gardner, R. W. (1959). Psychological issues (Vol. 1). *International Universities Press*.

Glidden, L., M., & Schoolcraft, S., A., (2007). Family assessment and social support. In Jacobson, J. W, Mulick, J.A, & Rojahn J. (Eds.). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Chapter 21 (p.p. 391 – 422) New York: Springer

Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2003). *Family therapy: An overview*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Gomes, P. T.M., Lima, H.L. Leonardo., Bueno, K.G.M., Liubiana A. A., Souza, N. M. (2015). Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *J Pediatr (Rio J)*. 91(2):111---121

Green, S. E. (2001). Grandma's hands: Parental perceptions of the importance of grandparents as secondary caregivers in families of children with disabilities. *International Journal of Aging and Human Development*, 53(1), 11 – 33.

Green, A., Pratt, C., & Grigsby, T. (1984). Self-concept among persons with long-term spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 65, 751–754.

Grey, J. M., Totsika, V., & Hastings, R. P. (2018). Living with family: perceptions of health and subjective well-being of adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* Vol 62 PART 6 pp 474–485 JUNE 2018 doi: 10.1111/jir.12479

Haggman-Laitila, A., Romppanen, J. Outcomes of interventions for nurse leaders' well-being at work: *A quantitative systematic review*. Wiley DOI: 10.1111/jan.13406

Handicaps Welfare Association. (2013). General Information on Physical Disabilities.

Hastings, R. P., Allen, R., McDermott, K., & Still, D. (2002) Factors related to positive perceptions in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 269 – 275.

Hastings, R. P., Beck, A., & Hill, C. (2005a). Positive contributions made by children with an intellectual disability in the family: Mothers' and fathers' perceptions. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9 (2), 155 – 165.

Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., & Remington, B. (2005b). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9 (4), 377-391.

Hastings, R. P., & Taunt, H. M. (2002a). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 116 – 127

Heller, T., Hsieh, K., & Rowitz, L. (2000). Grandparents as supports to mothers of persons with intellectual disability. *Journal of Gerontological Social Work*, 33, 23 – 34.

Herrman, J. W. (2010). Siblings' Perceptions of the Costs and Rewards of Diabetes and its Treatment. *Journal of Pediatric Nursing* 25, 428–437

Heward, W. L. (2011) . *Παιδιά με ειδικές ανάγκες (Μτφ.: Χ. Λυμπεροπούλου). (Α. Δαβάζογλου & Κ. Κόκκινος, Eds.) (2^η). Αθήνα: Τόπος*

Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83-136.

Houshmand, M., Seidel, M-D. L., Ma, D. G. (2017). The Impact of Adolescent Work in Family Business on Child–Parent Relationships and *Psychological Well-Being*. *Family Business Review* Vol. 30(3) 242–261

Hudek-Knežević, J., Kardum I., Kalebić Maglica, B. (2005). The sources of stress and coping styles as mediators and moderators of the relationship between personality traits and physical symptoms. *Review of Psychology*, Vol. 12, No. 2, 91-101

Huppert, FA (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well–Being*, 1, 137–164.

Θεοδωροπούλου, Ε., Αποστολόπουλος , Κ. (2003). *Κοινωνιολογία της οικογένειας, Εκδόσεις συγγραφέων*.

Inhestern, L., Haller, A.C., Wlodarczyk, O, Bergelt, C. (2016). Psychosocial Interventions for Families with Parental Cancer and Barriers and Facilitators to

Implementation and Use – A Systematic Review. *PLoS ONE* 11(6): e0156967.
doi:10.1371/journal.pone.0156967

Jackson, W.T., Taylor, R.E., Palmatier, A.D., Elliott, T.R., & Elliot, J. L. (1998). Negotiating the reality of visual impairment: Hope, coping, and functional ability. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5 (2), 173-185

Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A. M. H, Beekman, A.T.F., Kluiters, H., & Ribbe, M. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of affective disorders*, 83 (2), 135-142.

Joseph, S., & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical psychology review*, 30(7), 830-838.

Judith, J., Hall, L. H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K. & Thompson, C. (2018). Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions *International Journal of Mental Health Nursing* 27, 20–32

Jung, C. (1999). *Complex, archetype, symbol in the psychology of C.G. Jung*. London: Jacobi, Jolande. ed. Routledge. ISBN 0415209390. translated from German by Ralph Manheim.

Κατάκη, Χ., (2012). *Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας*. Αθήνα: Πεδίο

Κεσανίδης, Κ.Σ. (2005). *Η Κρίση των Εφήβων στη Σύγχρονη Οικογένεια: Συμβουλευτική Ποιμαντική Προσέγγιση*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Kim, S. & Lehto, X. Y. (2013). Travel by families with children possessing disabilities: Motives and activities. *Tourism Management* 37, 13-24.

King, R. B., Fraide A., Ganotice Jr. (2015). Does family obligation matter for students' motivation, engagement, and well-being?: It depends on your self-construal. *Personality and Individual Differences* 86, 243–248

King, G., Zwaigenbaum, L., Bates, A., Baxter, D., & Rosenbaum, P. (2011). Parent views of the positive contributions of elementary and high school-aged children with autism spectrum disorders and Down syndrome. *Child: Care, Health and Development*, 38 (6), 817 - 828.

King, G., King, S., Rosenbaum, P., & Goffin, R. (1999). Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: linking process with outcome. *Journal of pediatric psychology*, 24 (1), 41-53.

Κουτσούκη, Δ., (2008). *Κινητικές διαταραχές και εξέλιξη: Θεωρία και Μεθοδολογία*, Αθήνα: Αθλότυπο.

Κρουσταλάκης Σ. Γ., 2006. Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο, *Αθήνα*.

Κρουσταλάκης, Γ.Σ. (2005). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο: Ψυχοπαιδαγωγική Παρέμβαση για μια Συμβουλευτική Γονέων και Εκπαιδευτικών*. Αθήνα: Λύχνος.

Kurawa, S. S. (2010). The impact of disability on self and society: An agenda for research on rehabilitation of disabled in Nigeria. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Volume 5, Pages 1804-1810

Langelan, M. (2007). Quality of life of visually impaired working age adults.

Larsen Moen, Ø., Hedelin, B., Hall-Lord, M. L. (2016). Family Functioning, Psychological Distress, and Well-Being in Parents with a Child Having ADHD. January-March, 1–10 *The Author(s)* DOI: 10.1177/2158244015626767

Lawson, D. M., Brossart, D. F. (2001). Intergenerational Transmission: Individuation and Intimacy Across Three Generations. *Wiley Online Library*.

Λέκκου, Σ., Astrom, T., Hagglof, B., (2008). Λειτουργικότητα της οικογένειας και ψυχική υγεία: μια διαπολιτισμική μελέτη Ελλήνων και Σουηδών εφήβων. Παιδί και έφηβος. *Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, Τόμος 10, Τεύχος 2, 2008.

Λεοντοπούλου, Σ. (2012). Προσαρμογή της Κλίμακας Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην. Στο Αν. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ.), Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα, σ. 759. *Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο*.

Λεοντοπούλου, Σ. (2007). Ο ρόλος της οικογένειας στη διαμόρφωση της ψυχικής ανθεκτικότητας των εφήβων κατά την διάρκεια εκπαιδευτικών μεταβατικών σταδίων. *Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος*, 5, 83-111.

Liu, T., Chan-WK.A., Liu, Y-H., Taylor-Piliae, R.E. (2018). Effects of Tai Chi-based cardiac rehabilitation on aerobic endurance, psychosocial well-being, and cardiovascular risk reduction among patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2018, Vol. 17(4) 368–383

Liu, Z., Chen, Q. L., Sun, Y. (2017). Mindfulness training for psychological stress in family caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Interventions in Aging* activities of adults living with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-synthesis. *DIABETIC Medicine*. DOI: 10.1111/dme.13547

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803.

Ma, N., Roberts, R., Winefield, H., Furber, G. (2017). The quality of family relationships for siblings of children with mental health problems: a 20-year systematic review. *Journal of Family Studies*, 23:3, 309-332, DOI: 10.1080/13229400.2015.1108994

Μαργαρίτη Μ. (2006). *Η Οικογένεια και το παιδί με αναπηρία*. Αθήνα.

Marino, C., Ginia, G., Vieno, A., Spada, M.M (2018). The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 226, 274–281

Maroufizadeh, S., Omani-Samani, R., Bagheri-Lankarani, N., Almasi-Hashiani, N., Amini, P. (2018). Factors associated with poor well-being of infertile people: a cross-sectional study. *Middle East Fertility Society Journal*

Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D.van Nostrand

Μαντινοπούλου Υ. (1990). Εμπειρίες, προβλήματα και απόψεις οικογενειών που ανέθρεψαν παιδί με νοητική υστέρηση, *Κοινωνική Εργασία*, Αθήνα.

Minuchin, S. (1974). *Families and families therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Moore, L.W., Constantino, R. E., & Allen, M. (2000). Severe visual impairment in older women. *Western Journal of Nursing Research*, 22 (5), 571-595.

Μούζα, Θ. (2014). Διερεύνηση Ποιότητας Ζωής ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. *Πανεπιστημιο Θεσσαλίας Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Ιατρικής Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*

Μουσούρου, Λ. Μ. (1998). *Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας*. Αθήνα : Gutenberg

Murdock, G. P. (1968). The universality of the nuclear family. *A modern introduction to the family*, 37-50

Muncie, J., Wetherell, M., Langan, M., Dallos, R., Cochrane, A. (2009). *Οικογένεια Η μελέτη και κατανόηση της οικογενειακής ζωής*. Αθήνα: Μεταίχμιο

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., Tobin, S. S. (1961). The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, Volume 16, Issue 2, Pages 134–143,

Νικολόπουλος Δ., (2008) *Γλωσσική Ανάπτυξη και Διαταραχές*, Αθήνα: Εκδ. Τόπος.

Oh, B., Lee, K.J., Zaslowski, C., Yeung, A., Rosenthal, D., Larkey, L., Back, M. (2017). Health and well-being benefits of spending time in forests: systematic review. *Oh et al. Environmental Health and Preventive Medicine* (2017) 22:71
DOI 10.1186/s12199-017-0677-9

Παπαδιώτη-Αθανασίου Β. (2014). *Οικογένεια και Όρια: Συστημική προσέγγιση*. Επιστημονικές Εκδόσεις, Τόπος

Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π., & Βίκη, Α. (2009). *Καινοτόμες προσεγγίσεις στην Ειδική Αγωγή: Εκπαιδευτική έρευνα για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού*. Αθήνα: Εκδόσεις: Ι. Σιδέρης

Park, J., Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (2002). Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities. *Exceptional children*, 68 (2), 151- 170.

Parrish 2nd, R.K. (1996). Visual impairment, Visual functioning, and quality of life assessments in patients with glaucoma. *Transactions of the American Ophthalmological Society*, (94), 919.

Parsons, T. (1959). The School class as a social system. *Harvard Educational Review*, 29, pp. 297-318.

Refahi, Z., Bahmani, B., Nayeri, A., Nayeri, R.(2015). The relationship between attachment to God and identity styles with Psychological well-being in married teachers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 174, 1922 – 1927.

Peikert, M. L., Inhestern, L., Bergelt, C. (2018). Psychosocial interventions for rehabilitation and reintegration into daily life of pediatric cancer survivors and their families: A systematic review. *PLoS ONE* 13(4): e0196151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196151>

Pinquart, M., & Pfeiffer, J.P. (2011). Psychological well-being in visually impaired and unimpaired individuals: a meta-analysis. *British Journal of Visual Impairment*, 29 (1), 27-45.

Πολυχρονοπούλου, Σ. (2012). *Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες*. Αθήνα: Ιδιωτική

Poston D., J. & Turnbull A., N. (2004). Role of spirituality and religion in family quality of life for families of children with disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 39 (2), 95 – 108.

Proops DW. Bone-anchored hearing aid (BAHA) and softband. In: *Graham JM, Scadding GK, Bull PD, eds. Pediatric ENT. Heidelberg: Springer-Verlag; 2007.*

Pruitt, M. M., Willis, K., Timmons, L., Ekas, N. V. (2016). The impact of maternal, child, and family characteristics on the daily well-being and parenting experiences of mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism* Vol. 20(8) 973–985 DOI: 10.1177/1362361315620409

Reichman, N.E., Corman, H., Noonan, K. (2008), Impact of child disability on the family, *Maternal and Child Health Journal* 12(6): 679-683.

Renaud, J., & Bedard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clinical interventions in aging*, 8, 931

Roulstone, A., Gradwell, L., Price, J. & Child, L. (2003). Triving and surviving at work Disabled people's employment strategies. *Bristol: The policy Press.*

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

Ryff, C.D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83 (1), 10-28

Seligman, M. (2011). Flourish: A new understanding of happiness, well-being-and how to achieve them. *Nicholas Brealey Pub*.

Seligman, M.. & Darling, B. (2007). Ordinary families special children. (3rd ed.). *New York: The Guilford Press*.

Segrin, C., & Flora, J. (2011). *Family communication*. Routledge. Ανακτήθηκε την 30/9/2015 από: http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781135159931_sample_570020.pdf

Shakespeare, T. & Watson, N. (2002), The social model of disability: an outdated ideology? *Research in Social Science and Disability*, 2: 9-28

Sina, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: *A systematic review and meta-analysis*. *Clinical Psychology Review* 56, 13–24

Sloper, P., Knussen, C., Turner, S. & Cunningham, C. (1991). Factors related to stress and satisfaction with life in families of children with Down syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32, 655 – 676.

Smart, J.F. & Smart, D. W. (2006). Models of Disability. Implications for the Counseling Profession. *Journal of Counseling & Development*, 84 (1), 29-40. <http://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00377.x>

Smith, C.R. (1975). Residual Hearing and Speech Production in Deaf Children. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 18 (4), 795-811.

Sola-Carmona, J. J., Lopez-Liria, R., Padilla-Gongora, D., Daza, M. T., Aguilar-Parra, J.M. (2016). Subjective Psychological Well-Being in Families with

Blind Children: *How Can We Improve It? Frontiers in Psychology*.
doi:10.3389/fpsyg.2016.00487

Σούλης, Σ.-Γ. (2008). *Ένα σχολείο για όλους: Από την έρευνα στην πράξη*. Παιδαγωγική της ένταξης (1^η). Gutenberg.

Scorgie, K., Wilgosh, L., & McDonald, L. (1998). Stress and coping in families of children with disabilities: An examination of recent literature. *Developmental Disabilities Bulletin*, 26 (1), 22-42.

Stamp, G. H. (2003). Theories of family relationships and a family relationships theoretical model. In A. L. Vangelisti, (Eds.). *The Routledge handbook of family communication*. Routledge. Ανακτήθηκε την 30/9/2015 από: http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781135637866_sample_858648.pdf#page=26

Stanton, T., & Besser, H. (1998). The positive impact of children with an intellectual disability on the family. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23, 57 – 70.

Sweet, M., Kanaroglou, P. (2016). Gender differences: The role of travel and time use in subjective well-being. *Transportation Research Part F* 40 (2016) 23–34

Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 2

Τζινιέρη- Κοκκώση, Μ. (2010). Ποιότητα ζωής. *Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης (ΕΚΤ)*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10442/8262>

Thomas, D., Woods, H. (2008). Νοητική καθυστέρηση. *Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Τόπος 30–237.

Τίγκα-Μερτίκα, Ε. Δ. (2016). Τα τυφλά παιδιά και η εκπαίδευσή τους: Θεωρητικό πλαίσιο και εκπαιδευτική παρέμβαση. *Διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών σε τυφλά παιδιά*. Αθήνα: Παπαζήση.

Toly, V. B., Blanchette, J. E., Sikorski, S., Musil, C. M., Al-Hamed, A. (2017). Maternal Perspectives of Well Siblings' Adjustment to Family Life With a *Technology-Dependent Child*. *Journal of Family Nursing*, Vol. 23(3) 392–417.

Tommasi, M., Grassi, P., Balsamo, M., & Picconi, L. (2018). Correlations Between Personality, Affective and Filial Self-Efficacy Beliefs, and Psychological Well-Being in a Sample of Italian Adolescents. *Psychological Reports*, Vol. 121(1) 59–78

Triliva, S. (1990). Identity and relatedness within the family of origin in urban and rural Greece. Unpublished Doctoral Dissertation. *The Graduate School of Applied and Professional Psychology*, Rutgers University.

Tsai, S. Y., Cheng, C.Y., Hsu, W.M., Su, T.P., Liu, J.H., & Chou, P. (2003). Association between visual impairment and depression in the elderly. *Journal of the Formosan Medical Association*, 102 (2), 86-90

Τσαμπαρλή, Α. (2004). *Η ψυχαναλυτική προσέγγιση της οικογένειας*. Αθήνα :Ατραπός.

Τσαμπαρλή Α., Αθανασιάδης Η., Κουνενού Κ. (2011). *Η έννοια της οικογένειας στους νέους ενήλικες*. Τετράδια Ψυχιατρικής

Τσαρδάκης, Δ. (1993). *Η γένεση του κοινωνικού ανθρώπου*, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.

Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ. (1988). Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής: *Ψυχοπαθολογία. Β' τόμος*, Αθήνα:Καστανιώτης.

Vongmany , J., Luckett, T., Lam, L., Phillips, J. L. (2017). Systematic Review or Meta-analysis Family behaviours that have an impact on the self-management

Wahl, H.W., Schilling, O., Oswald, F., & Heyl, V. (1999). Psychological consequences of age- related visual impairment: Comparison with mobility- impaired

older adults and long-term outcome. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 54 (5), 304-316

Wang, W-C., Chow, YM- A., Chan, LW- C. (2017). The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: *A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Palliative Medicine*, Vol. 31(10) 883–894

Waterman, A.,S. (1993).Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness eudaimonic and hedonic enjoyment, *Journal of Personality and Social Psychology* 64, pp.678-691.

Watson D, Clark L.A., Tellegen A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988 Jun;54(6):1063-70.

Weigel DJ (2008) The concept of family: An analysis of laypeople's views of family. *Journal of Family Issues* 29: 1426-1447

Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation, *Autism*, 6(1), 115-130. Ανακτήθηκε την 11/11/2013 από: <http://aut.sagepub.com/content/6/1/115.full.pdf+html>

White, N., & Hastings, R. P. (2004). Social and professional support for parents of adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(3), 181 – 190.

Whitehead, L., Jacob, E., Towell, A., Towell, A., Abu-qamar, M., Cole-Heath, A. (2017). The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative systematic review. *Wiley Journal Clinical Of Nursing*. DOI: 10.1111/jocn.13775

WHO. (2017). Deafness and hearing loss

WHO. (2016b). Visual impairment and blindness

WHO. (2010). International Statistical Classification of Diseases and related health problems. ICD update and Revision platform: Change the Definition of Blindness.

WHO. (2001). International Classification of Functioning. Disability and Health (ICF). *WHO. Geneva* : World Health Organization.

Χρηστάκης, Κ. (2006). *Η εκπαίδευση των παιδιών με δυσκολίες: Εισαγωγή στην ειδική αγωγή, τόμος Β΄*. Αθήνα: Ατραπός.

Zhang, W., Feng, Q., Lacanienta, J., Zhend, Z. (2017). Leisure participation and subjective well-being: Exploring gender differences among elderly in Shanghai, China. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 69,45–54

Zimmermann, F. F., Beverley B., Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: *A systematic review. Complementary Therapies in Clinical Practice* 30, 68-78

Ζώνιου- Σιδέρη, Α. (1998). *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους: Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Τα παρόν ερωτηματολόγιο είναι προσωπικό, ανώνυμο και έχει ερευνητικό χαρακτήρα. Οι απαντήσεις που θα δοθούν είναι εμπιστευτικές και απαραίτητες για την αξιοπιστία της έρευνας γι' αυτό η ειλικρίνειά σας είναι σημαντική. Κυκλώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ηλικιακή Κατηγορία

- 18-35
- 36-45
- 46-55
- 56 και άνω

Οικογενειακή Κατάσταση

- Ελεύθερος/η
- Παντρεμένος

Έχετε παιδιά

- Ναι
- Όχι

Εκπαίδευση

- Υποχρεωτική
- Απολυτήριο Λυκείου
- Τριτοβάθμια

Εργασία

- Αυτοαπασχολούμενος/η
- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Δημόσιος Υπάλληλος
- Άνεργος/η

Μορφή Αναπηρίας

- Οπτική
- Ακουστική
- Σωματική
- Ελαφριά Νοητική Αναπηρία

Βαθμός Αναπηρίας

- Μερική
- Ολική

Εμφάνιση Αναπηρίας

- Εκ γενετής
- Επίκτητη

Η οικογένεια στην οποία ανήκετε είναι μονογονεϊκή

- Ναι
- Όχι

Έχετε αδέρφια;

- Ναι
- Όχι

Αν ναι, πόσα

- 1
- 2
- 3
- 4
- παραπάνω

Έχετε κάποιο γόμπι;

- Ναι
- Όχι

Συμμετέχετε σε οικογενειακές εξορμήσεις με τους γονείς σας;

- Ναι
- Όχι

Παρακαλούμε απαντήστε σε κάθε πρόταση χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα

Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ Μέτρια	Διαφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Μέτρια	Συμφωνώ Πολύ
-----------------	-------------------	-----------------	-----------------	-------------------	-----------------

1	2	3	4	5	6
1. Οι περισσότεροι άνθρωποι με θεωρούν στοργικό και 4 5 6 τρυφερό άτομο				1	2 3
2. Μερικές φορές αλλάζω τον τρόπο που ενεργώ ή σκέφτομαι 4 5 6 για να μοιάζω περισσότερο με τους άλλους γύρω μου				1	2 3
3. Γενικά, αισθάνομαι ότι εγώ κατευθύνω τη ζωή μου 4 5 6				1	2 3
4. Δεν με ενδιαφέρουν δραστηριότητες που διευρύνουν 4 5 6 τους ορίζοντές μου				1	2 3
5. Αισθάνομαι καλά όταν σκέφτομαι όσα έχω κάνει στο 4 5 6 παρελθόν και όσα ελπίζω να κάνω στο μέλλον				1	2 3
6. Όταν αναλογίζομαι το παρελθόν μου, είμαι ικανοποιημένος/η 4 5 6 με το πώς ήρθαν τα πράγματα μέχρι στιγμής				1	2 3
7. Δε φοβάμαι να πω αυτό που σκέφτομαι, ακόμη και όταν 4 5 6 οι άλλοι δε συμφωνούν μαζί μου				1	2 3
8. Η καθημερινή ζωή με καταβάλλει συχνά 4 5 6				1	2 3
9. Γενικά, αισθάνομαι ότι συνεχίζω να μαθαίνω περισσότερα 4 5 6 για τον εαυτό μου με το πέρασμα του χρόνου				1	2 3
10. Μου ήταν δύσκολο να διατηρήσω στενούς φίλους 4 5 6				1	2 3
11. Ζω τη ζωή μου μέρα με τη μέρα και δε σκέφτομαι 4 5 6 ιδιαίτερα το μέλλον				1	2 3
12. Γενικά, έχω αυτοπεποίθηση και αισθάνομαι θετικά 4 5 6 για τον εαυτό μου				1	2 3

13.Οι αποφάσεις μου δεν επηρεάζονται συνήθως από το τι 4 5 6 κάνουν όλοι οι άλλοι	1	2	3	
14.Δεν ταιριάζω πολύ καλά με άλλους ανθρώπους 4 5 6	1	2	3	
15.Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που του αρέσει να δοκιμάζει 4 5 6 καινούρια πράγματα	1	2	3	
16.Συχνά αισθάνομαι μοναξιά επειδή έχω λίγους στενούς 4 5 6 φίλους στους οποίους μπορώ να μιλήσω ελεύθερα	1	2	3	
17.Προτιμώ να σκέφτομαι το παρόν, επειδή το μέλλον σχεδόν 4 5 6 πάντοτε μου επιφυλάσσει προβλήματα	1	2	3	
18.Αισθάνομαι ότι πολλοί από τους ανθρώπους που γνωρίζω 4 5 6 έχουν πετύχει περισσότερα στη ζωή τους από ότι εγώ	1	2	3	
19.Τείνω να στενοχωριέμαι σχετικά με το τι πιστεύουν οι 4 5 6 άλλοι για μένα	1	2	3	
20.Είμαι αρκετά καλός/ή στο να διαχειρίζομαι την 4 5 6 καθημερινή μου ζωή	1	2	3	
21.Δεν θέλω να δοκιμάζω νέους τρόπους να κάνω πράγματα 4 5 6 – η ζωή μου είναι μια χαρά έτσι όπως είναι	1	2	3	
22.Απολαμβάνω τις καλές συζητήσεις με την οικογένεια 4 5 6 και τους φίλους μου	1	2	3	
23.Έχω μια αίσθηση προσανατολισμού και σκοπού στη ζωή μου 4 5 6	1	2	3	
24.Αν είχα την ευκαιρία θα άλλαζα πολλά πράγματα σε μένα 4 5 6	1	2	3	
25.Είναι πιο σημαντικό να είμαι ευτυχισμένος/η με τον εαυτό 4 5 6 μου παρά να με επιδοκιμάζουν οι άλλοι	1	2	3	
26.Συχνά αισθάνομαι να με κατακλύζουν οι ευθύνες μου 5 6	1	2	3	4
27.Νομίζω ότι είναι σημαντικό να έχεις νέες εμπειρίες που να 4 5 6 προκαλούν τον τρόπο που σκέφτεσαι για τον εαυτό σου και τον κόσμο	1	2	3	
28.Είναι σημαντικό για μένα να είμαι καλός ακροατής όταν οι 4 5 6 στενοί μου φίλοι μου μιλούν για τα προβλήματά τους	1	2	3	

29. Οι καθημερινές μου δραστηριότητες μου φαίνονται συχνά 4 5 6 άνευ σημασίας	1	2	3	
30. Μου αρέσουν οι περισσότερες πλευρές της 4 5 6 προσωπικότητάς μου	1	2	3	
31. Τείνω να επηρεάζομαι από ανθρώπους με ισχυρές απόψεις 4 5 6	1	2	3	
32. Αν ήμουν δυσαρεστημένος/η με τη ζωή μου θα έκανα κάτι 4 5 6 για να την αλλάξω	1	2	3	
33. Τώρα που το σκέφτομαι, δεν έχω βελτιωθεί πραγματικά 4 5 6 ως άνθρωπος με το πέρασμα των χρόνων	1	2	3	
34. Δεν έχω πολλούς ανθρώπους που να θέλουν να ακούσουν 4 5 6 όταν χρειάζομαι να μιλήσω	1	2	3	
35. Δεν ξέρω πραγματικά τι προσπαθώ να κάνω στη ζωή μου 4 5 6	1	2	3	
36. Έκανα μερικά λάθη στο παρελθόν, αλλά αισθάνομαι ότι 4 5 6 τελικά όλα έγιναν για το καλύτερο	1	2	3	
37. Οι άνθρωποι σπάνια με πείθουν να κάνω πράγματα που 4 5 6 δεν θέλω	1	2	3	
38. Γενικά είμαι καλός/ή στο να φροντίζω τα προσωπικά 5 6 μου οικονομικά θέματα και τις υποθέσεις μου	1	2	3	4
39. Κατά την άποψή μου, άνθρωποι κάθε ηλικίας είναι ικανοί 4 5 6 να αναπτύσσονται και να εξελίσσονται	1	2	3	
40. Αισθάνομαι ότι κερδίζω πολλά από τις φιλίες μου 4 5 6	1	2	3	
41. Συνήθιζα στο παρελθόν να θέτω στόχους για τον εαυτό 4 5 6 μου, αλλά τώρα μου φαίνεται χάσιμο χρόνου	1	2	3	
42. Από πολλές απόψεις, αισθάνομαι απογοητευμένος/η με 4 5 6 όσα πέτυχα στη ζωή μου	1	2	3	
43. Είναι πιο σημαντικό για μένα να ταιριάζω με τους άλλους 4 5 6 παρά να υπερασπίζομαι τις αρχές μου και να είμαι μόνος/η μου	1	2	3	
44. Με αγχώνει το ότι δεν μπορώ να προλάβω όσα έχω 4 5 6 να κάνω κάθε μέρα	1	2	3	
45. Με τον καιρό, κατάλαβα πολλά πράγματα για τη ζωή 4 5 6 και αυτό με έκανε ένα πιο δυνατό, πιο ικανό άτομο	1	2	3	

46.Μου φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν 4 5 6 περισσότερους φίλους από ότι εγώ	1	2	3
47.Μου αρέσει να κάνω σχέδια για το μέλλον και να 4 5 6 προσπαθώ να τα πραγματοποιήσω	1	2	3
48.Ως επί το πλείστον, είμαι περήφανος/η για το ποιος/α είμαι 4 5 6 και το είδος της ζωής που έχω	1	2	3
49.Πιστεύω στις απόψεις μου, ακόμη και αν οι περισσότεροι 4 5 6 άνθρωποι δεν συμφωνούν μαζί τους	1	2	3
50.Καταφέρνω να ρυθμίζω το χρόνο μου έτσι ώστε να 4 5 6 προλαβαίνω όλα όσα πρέπει να γίνουν	1	2	3
51.Νομίζω ότι έχω εξελιχθεί πολύ ως άτομο με τον καιρό 4 5 6	1	2	3
52.Οι άνθρωποι θα με περιέγραφαν ως άτομο που προσφέρει 4 5 6	1	2	3
53.Είμαι ενεργητικό άτομο και κάνω αυτό που ξεκινώ να κάνω 4 5 6	1	2	3
54.Ζηλεύω πολλούς ανθρώπους για τη ζωή που κάνουν 4 5 6	1	2	3
55.Μου είναι δύσκολο να λέω αυτό που σκέφτομαι σχετικά 4 5 6 με αμφιλεγόμενα ζητήματα	1	2	3
56.Είμαι πολυάσχολος/η στην καθημερινή μου ζωή, αλλά 4 5 6 έχω μία αίσθηση ικανοποίησης με το να τα προλαβαίνω όλα	1	2	3
57.Δεν απολαμβάνω να βρίσκομαι σε νέες καταστάσεις όπου 4 5 6 χρειάζεται να αλλάξω τον τρόπο που κάνω πράγματα	1	2	3
58.Δεν είχα πολλές κοντινές φιλίες και σχέσεις εμπιστοσύνης 4 5 6 με τους άλλους	1	2	3
59.Μερικοί άνθρωποι δεν ξέρουν τι θέλουν από τη ζωή τους, 4 5 6 αλλά εγώ δεν είμαι ένας/μία από αυτούς	1	2	3
60.Πιθανόν δεν αισθάνομαι τόσο θετικά για τον εαυτό μου 4 5 6 όσο άλλοι αισθάνονται για τους εαυτούς τους	1	2	3
61.Αλλάζω συχνά γνώμη σχετικά με αποφάσεις αν οι φίλοι 4 5 6 μου ή η οικογένειά μου διαφωνούν	1	2	3
62.Απογοητεύομαι όταν προσπαθώ να σχεδιάσω τις 4 5 6	1	2	3

καθημερινές μου δραστηριότητες επειδή ποτέ δεν τελειώνω
όσα ξεκινώ να κάνω

63. Για μένα, η ζωή ως τώρα υπήρξε μια ιστορία μάθησης, 4 5 6 αλλαγής και ανάπτυξης	1	2	3
64. Συχνά αισθάνομαι σαν να είμαι εξωτερικός παρατηρητής 4 5 6 όσο αφορά στις φιλίες	1	2	3
65. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι έκανα όλα όσα ήταν να 4 5 6 κάνω στη ζωή μου	1	2	3
66. Πολλές μέρες ξυπνώ και αισθάνομαι αποθαρρυσμένος/η 4 5 6 από το πώς έχω ζήσει τη ζωή μου ως τώρα	1	2	3
67. Συνήθως δεν υποχωρώ όταν οι άλλοι θέλουν να σκέφτομαι 4 5 6 ή να ενεργώ με συγκεκριμένο τρόπο	1	2	3
68. Καταφέρνω να βρίσκω πράγματα να κάνω και τους φίλους 4 5 6 που χρειάζομαι	1	2	3
69. Απολαμβάνω να βλέπω πώς άλλαξαν και ωρίμασαν οι 4 5 6 απόψεις μου με τα χρόνια	1	2	3
70. Ξέρω ότι μπορώ να εμπιστευτώ τους φίλους μου, όπως 4 5 6 και εκείνοι ξέρουν ότι μπορούν να εμπιστευθούν εμένα	1	2	3
71. Οι στόχοι μου στη ζωή υπήρξαν περισσότερο πηγή 4 5 6 ικανοποίησης παρά απογοήτευσης για μένα	1	2	3
72. Το παρελθόν είχε τα σκαμπανεβάσματά του, αλλά σε 4 5 6 γενικές γραμμές, δεν θα ήθελα να το αλλάξω	1	2	3
73. Με απασχολεί το πώς άλλοι άνθρωποι αξιολογούν 4 5 6 τις επιλογές που έχω κάνει στη ζωή μου	1	2	3
74. Έχω δυσκολία να διευθετήσω τη ζωή μου με έναν 4 5 6 τρόπο ικανοποιητικό για μένα	1	2	3
75. Βρίσκω δύσκολο να ανοιχτώ πραγματικά όταν μιλώ με άλλους 4 5 6	1	2	3
76. Παινήθηκα από την προσπάθεια να κάνω μεγάλες 4 5 6 βελτιώσεις ή αλλαγές στη ζωή μου εδώ και πολύ καιρό	1	2	3
77. Βρίσκω ικανοποίηση όταν σκέφτομαι αυτά που πέτυχα	1	2	3

4	5	6			
στη ζωή μου					
78.Όταν συγκρίνω τον εαυτό μου με φίλους και ανθρώπους	1	2	3		
4	5	6			
που γνωρίζω, με κάνει να νιώθω καλά για το ποιος/α είμαι					
79.Κρίνω τον εαυτό μου με βάση αυτά που εγώ θεωρώ	1	2	3		
4	5	6			
σημαντικά, όχι με αυτά που οι άλλοι θεωρούν σημαντικά					
80.Μέχρι τώρα μπόρεσα να κάνω τη ζωή μου όπως την	1	2	3		
4	5	6			
ήθελα να είναι					
81.Υπάρχει αλήθεια σε αυτό που λένε ότι «δεν μπορείς να	1	2	3		
4	5	6			
διδάξεις καινούρια κόλπα σε γέρικο σκυλί»					
82.Οι φίλοι μου και εγώ συμεριζόμαστε τα προβλήματα	1	2	3		
4	5	6			
του καθένα μας					
83.Σε τελική ανάλυση, δεν είμαι τόσο σίγουρος/η ότι πέτυχα	1	2	3		
4	5	6			
και τόσο πολλά στη ζωή μου					
84.Όλοι έχουμε τις αδυναμίες μας, αλλά εγώ φαίνεται πως	1	2	3		
4	5	6			
έχω περισσότερες από άλλους					

PAFS

Για τις ερωτήσεις 1 έως 8 χρησιμοποιείτε την ακόλουθη κλίμακα για να βαθμολογήσετε την ποιότητα και την ικανοποίηση που νιώθετε για τις ακόλουθες σχέσεις, σημειώνοντας κάθε φορά το κατάλληλο τετραγωνίδιο :

Ποιότητα σχέσης με:	1	2	3	4	5
	Άριστη	πολύ καλή	καλή	άσχημη	πολύ άσχημη
1. τα παιδιά σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. τη μητέρα σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. τον πατέρα σας

Η ικανοποίηση της σχέσης σας με:

1

2

3

4

5

πολύ
ικανοποιητική

ικανοποιητική

αδιάφορη

απογοητευτική

πολύ
απογοητευτική

4. τα παιδιά σας

5. τη μητέρα σας

6. τον πατέρα σας

Πόσο ικανοποιημένη-ος είστε με τη συχνότητα της επαφής (γράμματα, τηλεφωνήματα, προσωπική επαφή) που έχετε με τον πατέρα και τη μητέρα σας.

Συχνότητα επαφής σας με:

1

2

3

4

5

πολύ
ικανοποιητική

ικανοποιητική

αδιάφορη

απογοητευτική

πολύ
απογοητευτική

7. τη μητέρα σας

8. τον πατέρα σας

Για τις ερωτήσεις 9 και 10 χρησιμοποιείστε την κλίμακα:

1

2

3

4

5

	ολοκληρωτικά υπεύθυνος	πολύ υπεύθυνος	μέτρια υπεύθυνος	λίγο υπεύθυνος	καθόλου υπεύθυνος
9. Όταν ένας από τους γονείς σας έχει ένα σοβαρό πρόβλημα, ως ποιο σημείο θεωρείτε τον εαυτό σας υπεύθυνο να βρει μια λύση στο πρόβλημα αυτό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Όταν οι γονείς σας έχουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα στο γάμο τους, ως ποιο σημείο θεωρείτε τον εαυτό σας υπεύθυνο να δώσει μια λύση στο πρόβλημα αυτό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Χρησιμοποιείστε την ακόλουθη υποθετική περίπτωση και την αντίστοιχη κλίμακα για να βαθμολογήσετε τις ερωτήσεις 11-20:

Προσκαλείτε μόνο τον ένα σας γονιό κι όχι τον άλλον για γεύμα μόνο του μαζί σας, αν και ξέρετε ότι ο άλλος ενδιαφέρεται να έρθει και είναι διαθέσιμος:

	1	2	3	4	5
	υπερβολική	μεγάλη	μέτρια	λίγη	καθόλου
11. Πόση διάθεση θα είχατε να κάνετε κάτι τέτοιο για τη μητέρα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Για τον πατέρα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Πόση άνεση θα νιώθατε να κάνετε κάτι τέτοιο για τη μητέρα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Για τον πατέρα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Πόση αδικία θα ήταν να κάνετε κάτι τέτοιο στο γονιό σας ή στο γάμο τους, από την άποψη της μητέρας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Από την άποψη του πατέρα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Πόση άνεση θα νιώθατε να γευματίζατε και να συζητούσατε προσωπικά θέματα με προσκαλεσμένη τη μητέρα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Τον πατέρα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Πόση ενοχή θα νιώθατε εάν δεν καλούσατε τον άλλο γονιό, για παράδειγμα εάν δεν καλούσατε τη μητέρα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Τον πατέρα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Χρησιμοποιείτε την ακόλουθη κλίμακα για τις ερωτήσεις 21-46:

	1	2	3	4	5
	συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ	αδιαφορώ	διαφωνώ	διαφωνώ απόλυτα
21. Φανερώνω τα πραγματικά μου αισθήματα για σημαντικά γεγονότα στη ζωή μου στη μητέρα μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Φανερώνω τα πραγματικά μου αισθήματα για σημαντικά γεγονότα στη ζωή μου στον πατέρα μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Η μητέρα μου παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μου κι εγώ στη δική της.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ο πατέρας μου παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μου κι εγώ στη δική του.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Συναντιέμαι με τη μητέρα μου από καιρό σε καιρό για να κουβεντιάσουμε και να διασκεδάσουμε.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Συναντιέμαι με τον πατέρα μου από καιρό σε καιρό για να κουβεντιάσουμε και να διασκεδάσουμε.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Παίρνω στα σοβαρά τις σκέψεις και τα συναισθήματα της μητέρας μου, αν και δε συμφωνώ πάντα ή δε συμπεριφέρομαι με τον ίδιο τρόπο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Παίρνω στα σοβαρά τις σκέψεις και τα συναισθήματα του πατέρα μου, αν και δε συμφωνώ πάντα και δε συμπεριφέρομαι με τον ίδιο τρόπο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Δείχνω ανοιχτά την τρυφερότητά μου προς τη μητέρα μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Δείχνω ανοιχτά την τρυφερότητά μου προς τον πατέρα μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Δεν είμαι άδικος-η στη σχέση μου με τη μητέρα μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32. | Δεν είμαι άδίκος-η στη σχέση μου με τον πατέρα μου | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | Σε πράγματα που μοιραζόμαστε μπορώ να εμπιστευτώ τη μητέρα μου. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. | Σε πράγματα που μοιραζόμαστε μπορώ να εμπιστευτώ τον πατέρα μου. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | Με τη μητέρα μου έχουμε αμοιβαία εκτίμηση. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. | Με τον πατέρα μου έχουμε αμοιβαία εκτίμηση. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. | Νιώθω στοργή προς τη μητέρα μου. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. | Νιώθω στοργή προς τον πατέρα μου. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. | Οι γονείς μου κάνουν πράγματα που με κάνουν να ντρέπομαι. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. | Τα τωρινά μου προβλήματα θα ήταν λιγότερα ή λιγότερο σοβαρά εάν οι γονείς μου ενεργούσαν ή συμπεριφέρονταν διαφορετικά. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. | Οι γονείς μου συχνά προσπαθούν να αλλάξουν κάποιο στοιχείο της προσωπικότητάς μου. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. | Μερικές φορές αναρωτιέμαι πόσο μ' αγαπούν οι γονείς μου στην πραγματικότητα. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. | Είμαι συνήθως σε θέση να διαφωνήσω με τους γονείς μου χωρίς να χάσω την ψυχραιμία μου. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. | Μερικές φορές γίνομαι τόσο υπερευαίσθητος με τους γονείς μου που δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. | Συνήθως βοηθώ τους γονείς μου να με καταλάβουν λέγοντάς τους τι σκέφτομαι, πώς αισθάνομαι και τι πιστεύω. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. | Οι γονείς μου άλλα λένε κι άλλα εννοούν. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Απαντήστε μόνο εάν έχετε παιδιά.

Για τις ερωτήσεις 47-54.

	1	2	3	4	5
	πάντα	συχνά	περισσότερα	σπάνια	ποτέ
47. Πόσο συχνά μοιράζεστε προσωπικές πληροφορίες για το γάμο σας με τα παιδιά σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Πόσο συχνά μοιράζεται ο/ η σύζυγός σας προσωπικές πληροφορίες για το γάμο σας με τα παιδιά σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Φαίνεται ότι τα παιδιά μου δεν μπορούν να με πλησιάσουν συναισθηματικά χωρίς να απομακρυνθούν από τον/ τη σύζυγό μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Φαίνεται ότι τα παιδιά μου δεν μπορούν να πλησιάσουν συναισθηματικά την/ τον σύζυγό μου χωρίς ν' απομακρυνθούν από μένα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Τα προβλήματα των παιδιών (συμπεριφορά, σχολείο, αρρώστιες), μερικές φορές συμπίπτουν με τις προστριβές στο γάμο, ή την ένταση στην οικογένεια. Πόσο συχνά συμβαίνει αυτό στη δική σας οικογένεια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Πόσο συχνά εσείς κι η/ ο σύζυγός σας διαφωνείτε για συγκεκριμένους τρόπους συμπεριφοράς προς το παιδί σας (π.χ. σχετικά με την πειθαρχία ή την ανταπόκριση σε οικονομικά ζητήματα ή ελευθερίες);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Πόσο συχνά επεμβαίνετε στις διαφωνίες μεταξύ του συζύγου σας και του παιδιού σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Πόσο συχνά επεμβαίνει ο/ η σύζυγός σας στις διαφωνίες σας με τα παιδιά σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σας Ευχαριστώ για τον χρόνο σας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

16-20

Πίνακας 1 Πλήθος, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις 16-20

	N	M.T.	T.A.
16. Συχνά αισθάνομαι μοναξιά επειδή έχω λίγους στενούς φίλους στους οποίους μπορώ να μιλήσω ελεύθερα	120	3,3	1,9
17. Προτιμώ να σκέφτομαι το παρόν, επειδή το μέλλον σχεδόν πάντοτε μου επιφυλάσσει προβλήματα	120	3,7	1,6
18. Αισθάνομαι ότι πολλοί από τους ανθρώπους που γνωρίζω έχουν πετύχει περισσότερα στη ζωή τους από ότι εγώ	120	3,2	1,5
19. Τείνω να στενοχωριέμαι σχετικά με το τι πιστεύουν οι άλλοι για μένα	120	3,1	1,6
20. Είμαι αρκετά καλός/ή στο να διαχειρίζομαι την καθημερινή μου ζωή	120	4,5	1,2

Στην ερώτηση «16. Συχνά αισθάνομαι μοναξιά επειδή έχω λίγους στενούς φίλους στους οποίους μπορώ να μιλήσω ελεύθερα» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή των απαντήσεων 3,3 και τυπική απόκλιση 1,9. Στην επόμενη ερώτηση «17. Προτιμώ να σκέφτομαι το παρόν, επειδή το μέλλον σχεδόν πάντοτε μου επιφυλάσσει προβλήματα» τα άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 3,7 και τυπική απόκλιση 1,6. Έπειτα, η ερώτηση «18. Αισθάνομαι ότι πολλοί από τους ανθρώπους που γνωρίζω έχουν πετύχει περισσότερα στη ζωή τους από ότι εγώ» είχε 120 απαντήσεις, με μέση τιμή 3,2 και τυπική απόκλιση 1,5. Όσον αφορά την ερώτηση «19. Τείνω να στενοχωριέμαι σχετικά με το τι πιστεύουν οι» τα συνολικά άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 3,1 και αντίστοιχη τυπική απόκλιση 1,6. Τέλος, στην ερώτηση «20. Είμαι αρκετά καλός/ή στο να διαχειρίζομαι την καθημερινή μου ζωή» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή 4,5 και τυπική απόκλιση 1,2.

31-35

Πίνακας 2 Πλήθος, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις 31-35

	N	M.T.	T.A.
31.Τείνω να επηρεάζομαι από ανθρώπους με ισχυρές απόψεις	120	3,6	1,6
32.Αν ήμουν δυσαρεστημένος/η με τη ζωή μου θα έκανα κάτι για να την αλλάξω	120	4,4	1,3
33.Τώρα που το σκέφτομαι, δεν έχω βελτιωθεί πραγματικά ως άνθρωπος με το πέρασμα των χρόνων	120	2,9	1,5
34.Δεν έχω πολλούς ανθρώπους που να θέλουν να ακούσουν όταν χρειάζομαι να μιλήσω	120	3,1	1,7
35.Δεν ξέρω πραγματικά τι προσπαθώ να κάνω στη ζωή μου	120	2,9	1,7

Στην ερώτηση «31.Τείνω να επηρεάζομαι από ανθρώπους με ισχυρές απόψεις» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή των απαντήσεων 3,6 και τυπική απόκλιση 1,6. Στην επόμενη ερώτηση «32.Αν ήμουν δυσαρεστημένος/η με τη ζωή μου θα έκανα κάτι για να την αλλάξω» τα άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 4,4 και τυπική απόκλιση 1,3. Έπειτα, η ερώτηση «33.Τώρα που το σκέφτομαι, δεν έχω βελτιωθεί πραγματικά ως άνθρωπος με το πέρασμα των χρόνων» είχε 120 απαντήσεις, με μέση τιμή 2,9 και τυπική απόκλιση 1,5. Όσον αφορά την ερώτηση «34.Δεν έχω πολλούς ανθρώπους που να θέλουν να ακούσουν όταν χρειάζομαι να μιλήσω» τα συνολικά άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 3,1 και αντίστοιχη τυπική απόκλιση 1,7. Τέλος, στην ερώτηση «35.Δεν ξέρω πραγματικά τι προσπαθώ να κάνω στη ζωή μου» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή 2,9 και τυπική απόκλιση 1,7.

51-55

Πίνακας 3 Πλήθος, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις 51-55

	N	M.T.	T.A.
51.Νομίζω ότι έχω εξελιχθεί πολύ ως άτομο με τον καιρό	120	4,8	1,1
52.Οι άνθρωποι θα με περιέγραφαν ως άτομο που προσφέρει	120	4,5	1,1
53.Είμαι ενεργητικό άτομο και κάνω αυτό που ξεκινώ να κάνω	120	4,7	1,3
54.Ζηλεύω πολλούς ανθρώπους για τη ζωή που κάνουν	120	3,0	1,7
55.Μου είναι δύσκολο να λέω αυτό που σκέφτομαι σχετικά με αμφιλεγόμενα ζητήματα	120	3,4	1,5

Στην ερώτηση «51.Νομίζω ότι έχω εξελιχθεί πολύ ως άτομο με τον καιρό» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή των απαντήσεων 4,8 και τυπική απόκλιση 1,1. Στην επόμενη ερώτηση «52.Οι άνθρωποι θα με περιέγραφαν ως άτομο που προσφέρει» τα άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 4,5 και τυπική απόκλιση 1,1. Έπειτα, η ερώτηση «53.Είμαι ενεργητικό άτομο και κάνω αυτό που ξεκινώ να κάνω» είχε 120 απαντήσεις, με μέση τιμή 4,7 και τυπική απόκλιση 1,3. Όσον αφορά την ερώτηση «54.Ζηλεύω πολλούς ανθρώπους για τη ζωή που κάνουν» τα συνολικά άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 3,0 και αντίστοιχη τυπική απόκλιση 1,7. Τέλος, στην ερώτηση «55.Μου είναι δύσκολο να λέω αυτό που σκέφτομαι σχετικά με αμφιλεγόμενα ζητήματα » απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή 3,4 και τυπική απόκλιση 1,5.

66-70

Πίνακας 4 Πλήθος, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις 66-70

	N	M.T.	T.A.
66. Πολλές μέρες ξυπνώ και αισθάνομαι αποθαρρυσμένος/η από το πώς έχω ζήσει τη ζωή μου ως τώρα	120	3,2	1,7
67. Συνήθως δεν υποχωρώ όταν οι άλλοι θέλουν να σκέφτομαι ή να ενεργώ με συγκεκριμένο τρόπο	120	4,0	1,5
68. Καταφέρνω να βρίσκω πράγματα να κάνω και τους φίλους που χρειάζομαι	120	4,4	1,2
69. Απολαμβάνω να βλέπω πώς άλλαξαν και ωρίμασαν οι απόψεις μου με τα χρόνια	120	4,7	1,1
70. Ξέρω ότι μπορώ να εμπιστευθώ τους φίλους μου, όπως και εκείνοι ξέρουν ότι μπορούν να εμπιστευθούν εμένα	120	4,6	1,5

Στην ερώτηση «66. Πολλές μέρες ξυπνώ και αισθάνομαι αποθαρρυσμένος/η από το πώς έχω ζήσει τη ζωή μου ως τώρα» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή των απαντήσεων 3,2 και τυπική απόκλιση 1,7. Στην επόμενη ερώτηση «67. Συνήθως δεν υποχωρώ όταν οι άλλοι θέλουν να σκέφτομαι ή να ενεργώ με συγκεκριμένο τρόπο» τα άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 4,0 και τυπική απόκλιση 1,5. Έπειτα, η ερώτηση «68. Καταφέρνω να βρίσκω πράγματα να κάνω και τους φίλους που χρειάζομαι» είχε 120 απαντήσεις, με μέση τιμή 4,4 και τυπική απόκλιση 1,2. Όσον αφορά την ερώτηση «69. Απολαμβάνω να βλέπω πώς άλλαξαν και ωρίμασαν οι απόψεις μου με τα χρόνια» τα συνολικά άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 4,7 και αντίστοιχη τυπική απόκλιση 1,1. Τέλος, στην ερώτηση «70. Ξέρω ότι μπορώ να εμπιστευθώ τους φίλους μου, όπως και εκείνοι ξέρουν ότι μπορούν να εμπιστευθούν εμένα» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή 4,6 και τυπική απόκλιση 1,5.

76-80

Πίνακας 5 Πλήθος, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις 71-75

	N	M.T.	T.A.
76.Παραιτήθηκα από την προσπάθεια να κάνω μεγάλες βελτιώσεις ή αλλαγές στη ζωή μου εδώ και πολύ καιρό	120	2,8	1,6
77.Βρίσκω ικανοποίηση όταν σκέφτομαι αυτά που πέτυχα στη ζωή μου	120	4,4	1,5
78.Όταν συγκρίνω τον εαυτό μου με φίλους και ανθρώπους που γνωρίζω, με κάνει να νιώθω καλά για το ποιος/α είμαι	120	4,4	1,5
79.Κρίνω τον εαυτό μου με βάση αυτά που εγώ θεωρώ σημαντικά, όχι με αυτά που οι άλλοι θεωρούν σημαντικά	120	4,9	1,3
80.Μέχρι τώρα μπόρεσα να κάνω τη ζωή μου όπως την ήθελα να είναι	120	4,0	1,5

Στην ερώτηση «76.Παραιτήθηκα από την προσπάθεια να κάνω μεγάλες βελτιώσεις ή αλλαγές στη ζωή μου εδώ και πολύ καιρό» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή των απαντήσεων 2,8 και τυπική απόκλιση 1,6. Στην επόμενη ερώτηση «77.Βρίσκω ικανοποίηση όταν σκέφτομαι αυτά που πέτυχα στη ζωή μου» τα άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 4,4 και τυπική απόκλιση 1,5. Έπειτα, η ερώτηση «78.Όταν συγκρίνω τον εαυτό μου με φίλους και ανθρώπους που γνωρίζω, με κάνει να νιώθω καλά για το ποιος/α είμαι» είχε 120 απαντήσεις, με μέση τιμή 4,4 και τυπική απόκλιση 1,5. Όσον αφορά την ερώτηση «79.Κρίνω τον εαυτό μου με βάση αυτά που εγώ θεωρώ σημαντικά, όχι με αυτά που οι άλλοι θεωρούν σημαντικά» τα συνολικά άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 4,9 και αντίστοιχη τυπική απόκλιση 1,3. Τέλος, στην ερώτηση «80.Μέχρι τώρα μπόρεσα να κάνω τη ζωή μου όπως την ήθελα να είναι» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή 4,0 και τυπική απόκλιση 1,5.

PAFS 1-3

Πίνακας 6 Πλήθος, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις 1-3

		N	M.T.	T.A.
1.Ποιότητα σχέσης με τα παιδιά σας	Άτομα με αναπηρία	90	2,2	,9
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	3,0	1,1
2.Ποιότητα σχέσης με τη μητέρα σας	Άτομα με αναπηρία	90	2,2	1,0
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	2,0	,9
3.Ποιότητα σχέσης με τον πατέρα σας	Άτομα με αναπηρία	90	2,5	1,0
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	2,7	,8

Στην ερώτηση «1.Ποιότητα σχέσης με τα παιδιά σας» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή των απαντήσεων 3,6 και τυπική απόκλιση 1,0. Στην επόμενη ερώτηση «2.Ποιότητα σχέσης με τη μητέρα σας» τα άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 3,9 και τυπική απόκλιση 0,9. Έπειτα, η ερώτηση «3.Ποιότητα σχέσης με τον πατέρα σας» είχε 120 απαντήσεις, με μέση τιμή 3,4 και τυπική απόκλιση 0,9. Όσον αφορά την ερώτηση «4.Η ικανοποίηση της σχέσης σας με τα παιδιά σας» τα συνολικά άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 2,0 και αντίστοιχη τυπική απόκλιση 0,9. Στην ερώτηση «5.Η ικανοποίηση της σχέσης σας με τη μητέρα σας» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή 1,7 και τυπική απόκλιση 0,9. Τέλος, στην ερώτηση «6.Η ικανοποίηση της σχέσης σας με τον πατέρα σας» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή των απαντήσεων 2,0 και τυπική απόκλιση 0,7.

PAFS 7-8

Πίνακας 7 Πλήθος, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις 7-8

		N	M.T.	T.A.
7.Συχνότητα επαφής με τη μητέρα σας	Άτομα με αναπηρία	90	1,7	,9
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	1,5	,6
8.Συχνότητα επαφής με τον πατέρα σας	Άτομα με αναπηρία	90	1,9	,8
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	1,8	,7

Στην επόμενη ερώτηση «7.Συχνότητα επαφής με τη μητέρα σας» τα άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 4,4 και τυπική απόκλιση 0,8. Έπειτα, η ερώτηση «8.Συχνότητα επαφής με τον πατέρα σας» είχε 120 απαντήσεις, με μέση τιμή 4,1 και τυπική απόκλιση 0,8. Όσον αφορά την ερώτηση «9.Όταν ένας από τους γονείς σας έχει ένα σοβαρό πρόβλημα, ως ποιο σημείο θεωρείτε τον εαυτό σας υπεύθυνο να βρει μια λύση στο πρόβλημα αυτό;» τα συνολικά άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 2,7 και αντίστοιχη τυπική απόκλιση 1,1. Τέλος, στην ερώτηση «10.Όταν οι γονείς σας έχουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα στο γάμο τους, ως ποιο σημείο θεωρείτε τον εαυτό σας υπεύθυνο να δώσει μια λύση;» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή 2,7 και τυπική απόκλιση 1,2.

PAFS 21-34

Πίνακας 8 Πλήθος, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις 21-27

		N	M.T.	T.A.
21.Φαנερώνω τα πραγματικά μου αισθήματα για σημαντικά γεγονότα στη ζωή μου στη μητέρα μου.	Άτομα με αναπηρία	90	2,1	1,2
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	2,1	1,3
22.Φαנερώνω τα πραγματικά μου αισθήματα για σημαντικά γεγονότα στη ζωή μου στον πατέρα μου.	Άτομα με αναπηρία	90	2,2	1,0
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	2,1	1,2
23.Η μητέρα μου παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μου κι εγώ στη δική της.	Άτομα με αναπηρία	90	1,7	1,0
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	1,7	,8
24.Ο πατέρας μου παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μου και εγώ στη δική του.	Άτομα με αναπηρία	90	1,8	,9
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	1,8	,8
25.Συναντιέμαι με τη μητέρα μου από καιρό σε καιρό για να κουβεντιάσουμε και να διασκεδάσουμε.	Άτομα με αναπηρία	90	2,4	1,2
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	2,4	1,5
26.Συναντιέμαι με τον πατέρα μου από καιρό σε καιρό για να κουβεντιάσουμε και να διασκεδάσουμε.	Άτομα με αναπηρία	90	2,5	1,2
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	2,9	1,0
27.Παίρνω στα σοβαρά τις σκέψεις και τα συναισθήματά της μητέρας μου, αν και δεν συμφωνώ πάντα ή δε συμπεριφέρομαι με τον ίδιο τρόπο.	Άτομα με αναπηρία	90	2,1	1,1
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	30	2,1	1,0

Στην ερώτηση «21.Φανερώνω τα πραγματικά μου αισθήματα για σημαντικά γεγονότα στη ζωή μου στη μητέρα μου.» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή των απαντήσεων 3,1 και τυπική απόκλιση 1,4. Στην επόμενη ερώτηση «22.Φανερώνω τα πραγματικά μου αισθήματα για σημαντικά γεγονότα στη ζωή μου στον πατέρα μου.» τα άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 1,2 και τυπική απόκλιση 1,4. Έπειτα, η ερώτηση «23.Η μητέρα μου παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μου κι εγώ στη δική της.» είχε 120 απαντήσεις, με μέση τιμή 1,2 και τυπική απόκλιση 1,0. Όσον αφορά την ερώτηση «24.Ο πατέρας μου παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μου και εγώ στη δική του.» τα συνολικά άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 1,9 και αντίστοιχη τυπική απόκλιση 1,7. Τέλος, στην ερώτηση «25.Συναντιέμαι με τη μητέρα μου από καιρό σε καιρό για να κουβεντιάσουμε και να διασκεδάσουμε.» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή 1,1 και τυπική απόκλιση 1,1. Στην ερώτηση «26.Συναντιέμαι με τον πατέρα μου από καιρό σε καιρό για να κουβεντιάσουμε και να διασκεδάσουμε.» απάντησαν συνολικά 120 άτομα, με μέση τιμή των απαντήσεων 1,7 και τυπική απόκλιση 1,5. Στην επόμενη ερώτηση «27.Παίρνω στα σοβαρά τις σκέψεις και τα συναισθήματά της μητέρας μου, αν και δεν συμφωνώ πάντα ή δε συμπεριφέρομαι με τον ίδιο τρόπο.» τα άτομα που απάντησαν ήταν 120, με μέση τιμή 1,3 και τυπική απόκλιση 1,0.

Περιγραφικά Δεδομένα

		Οπτική		Ακουστική		Σωματική		Γυπικώς αναπτυσσόμενο		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Φύλο	Άνδρας	14	46,7%	13	43,3%	14	46,7%	13	43,3%	54	45,0%
	Γυναίκα	16	53,3%	17	56,7%	16	53,3%	17	56,7%	66	55,0%
2. Ηλικία	18-35	13	43,3%	12	40,0%	18	60,0%	22	73,3%	65	54,2%
	36-45	10	33,3%	10	33,3%	8	26,7%	8	26,7%	36	30,0%
	46-55	4	13,3%	6	20,0%	4	13,3%	0	0,0%	14	11,7%
	56 και άνω	3	10,0%	2	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	5	4,2%
3. Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	13	43,3%	8	26,7%	10	33,3%	3	10,0%	34	28,3%
	Έγγαμος/η ή Σε σχέση	15	50,0%	20	66,7%	18	60,0%	25	83,3%	78	65,0%
	Διαζευγμένος/η/ Χήρος/α	2	6,7%	2	6,7%	2	6,7%	2	6,7%	8	6,7%

		Οπτική		Ακουστική		Σωματική		Τυπικώς αναπτυσσόμενοι		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4. Έχετε παιδιά;	Ναι	11	36,7%	8	26,7%	8	26,7%	0	0,0%	27	22,5%
	Όχι	19	63,3%	22	73,3%	22	73,3%	30	100,0%	93	77,5%
5. Μορφωτικό επίπεδο	Υποχρεωτική	5	16,7%	9	30,0%	2	6,7%	2	6,7%	18	15,0%
	Απολυτήριο λυκείου	7	23,3%	11	36,7%	4	13,3%	6	20,0%	28	23,3%
	Τριτοβάθμια	18	60,0%	10	33,3%	24	80,0%	22	73,3%	74	61,7%
6. Εργασία	Αυτοαπασχολούμενος/η	4	13,3%	0	0,0%	2	6,7%	4	13,3%	10	8,3%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	4	13,3%	9	30,0%	2	6,7%	3	10,0%	18	15,0%
	Δημόσιος υπάλληλος	9	30,0%	6	20,0%	12	40,0%	7	23,3%	34	28,3%
	Άνεργος/η	13	43,3%	15	50,0%	14	46,7%	16	53,3%	58	48,3%
7. Μορφή αναπηρίας	Οπτική	30	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	30	25,0%
	Ακουστική	0	0,0%	30	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	30	25,0%
	Σωματική	0	0,0%	0	0,0%	30	100,0%	0	0,0%	30	25,0%
	Τυπικώς αναπτυσσόμενοι	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	30	100,0%	30	25,0%

		Οπτική		Ακουστική		Σωματική		Τυπικώς αναπτυσσόμενοι		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
8. Βαθμός αναπηρίας	Μερική	20	66,7%	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%	110	91,7%
	Ολική	10	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	8,3%
9. Εμφάνιση αναπηρίας	Εκ γενετής	15	50,0%	16	53,3%	6	20,0%	11	36,7%	48	40,0%
	Επίκτητη	15	50,0%	14	46,7%	24	80,0%	19	63,3%	72	60,0%
10. Η οικογένεια στην οποία ανήκετε είναι μονογονεϊκή;	Ναι	5	16,7%	4	13,3%	4	13,3%	6	20,0%	19	15,8%
	Όχι	25	83,3%	26	86,7%	26	86,7%	24	80,0%	101	84,2%
11. Έχετε αδέρφια;	Ναι	22	73,3%	20	66,7%	20	66,7%	26	86,7%	88	73,3%
	Όχι	8	26,7%	10	33,3%	10	33,3%	4	13,3%	32	26,7%

		Οπτική		Ακουστική		Σωματική		Τυπικώς αναπτυσσόμενοι		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
12. Αν ναι, πόσα;	1	8	36,4%	6	30,0%	10	50,0%	13	50,0%	37	42,0%
	2	8	36,4%	10	50,0%	6	30,0%	10	38,5%	34	38,6%
	3	2	9,1%	4	20,0%	4	20,0%	3	11,5%	13	14,8%
	4	2	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,3%
	Παραπάνω από 4	2	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,3%
13. Έχετε κάποιο χόμπι;	Ναι	23	76,7%	30	100,0%	26	86,7%	25	83,3%	104	86,7%
	Όχι	7	23,3%	0	0,0%	4	13,3%	5	16,7%	16	13,3%
14. Συμμετέχετε σε οικογενειακές εξορμήσεις με τους γονείς σας;	Ναι	21	70,0%	26	86,7%	20	66,7%	22	73,3%	89	74,2%
	Όχι	9	30,0%	4	13,3%	10	33,3%	8	26,7%	31	25,8%

