

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



Διπλωματική Εργασία:

«Η επίδραση του θετικού - αρνητικού συναισθήματος στη χρήση  
στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους σε γονείς ατόμων με αναπηρία:  
Εκπαιδευτικά Προγράμματα»

της Σάφη Μαρίας

Ιωάννινα 2019

Διπλωματική Εργασία:

«Η επίδραση του θετικού - αρνητικού συναισθήματος στη χρήση  
στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους σε γονείς ατόμων με αναπηρία:  
Εκπαιδευτικά Προγράμματα»

της Σάφη Μαρίας

Τριμελή εξεταστική επιτροπή:

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

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

Μέλος: Σουζάννα – Μαρία Νικολάου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ,  
Π.Τ.Δ.Ε Ιωαννίνων

Ιωάννινα 2019

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στον αγαπημένο μου πατέρα που  
χάθηκε νωρίς...

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στις Επιστήμες της Αγωγής με κατεύθυνση 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. Αναλυτικότερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή Σπυρίδων-Γεώργιο Σούλη, αφού με την καθοδήγησή του, την υποστήριξή του και τις εύστοχες υποδείξεις του, συνέβαλε σημαντικά στη διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης. Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στην καθηγήτρια Ελένη Μορφίδη, η οποία με την βοήθειά της και την καθοδήγησή της, συνέβαλε στην ολοκλήρωση σημαντικού μέρους της έρευνας. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια Σουζάννα - Μαρία Νικολάου 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 των γονέων ατόμων με αναπηρία, και ιδιαίτερα στην πρόεδρο του συλλόγου Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος Πρέβεζας κ. Κίτση Βαρβάρα, με την οποία συνεργάστηκα, καθώς η βοήθειά της ως προς τη διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σε Πρέβεζα και Ιωάννινα, με σκοπό την ολοκλήρωση της έρευνας, ήταν σημαντική.

Καταλήγοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου την μητέρα μου και την αδερφή μου, καθώς όλον αυτόν τον καιρό στάθηκαν στο πλευρό μου, αλλά και με την βοήθειά τους και την υποστήριξή τους συνέβαλαν στην επίτευξη των προσωπικών μου στόχων.

## Περίληψη

Θεμελιώδης σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του άγχους των γονέων ατόμων με αναπηρία, και συγκεκριμένα ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ, καθώς και των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη. Παράλληλα, εξετάζονται οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που χρησιμοποιούν οι γονείς ατόμων με και χωρίς αναπηρία, και επιχειρείται, επίσης, η διερεύνηση του θετικού και αντίστοιχα, του αρνητικού τους συναισθήματος. Η μέτρηση των παραπάνω μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τρία ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, τα οποία χορηγήθηκαν σε εκατόν είκοσι οκτώ γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ, τα οποία αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα και εκατόν είκοσι τρεις γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Το πρώτο ερωτηματολόγιο εξέτασε το άγχος από μια κατάσταση και το άγχος ως χαρακτηριστικό τη προσωπικότητάς τους, το δεύτερο εξέτασε τις στρατηγικές αντιμετώπισης που κάνουν χρήση σε καταστάσεις άγχους και το τρίτο εξέτασε τα επίπεδα του θετικού και του αρνητικού τους συναισθήματος. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS. 21.0. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα άγχους, το οποίο αναδείχθηκε μεγαλύτερο, σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Βρέθηκε επίσης, από τις 3 ομάδες μεγαλύτερη χρήση ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, ως προς αυτές που θεωρούνται από την βιβλιογραφία ως παθητικές. Εντοπίστηκε, ακόμα, να διαθέτουν περισσότερο θετικό συναίσθημα, σε σχέση με το αρνητικό, με τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία να εμφανίζονται με περισσότερο αρνητικό συναίσθημα ως προς τις υπόλοιπες δύο ομάδες του δείγματος. Βρέθηκαν, τέλος, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας, αναδεικνύοντας τον βαθμό που μπορεί να επηρεάζεται η μία μεταβλητή από την ύπαρξη της άλλης μεταβλητής.

**Λέξεις Κλειδιά:** γονείς, άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, θετικό και αρνητικό συναίσθημα

## **Abstract**

The purpose of this research is to investigate the stress of parents with disabilities, namely people with Mental Disabilities and ASD, as well as the parents of people with typical development. At the same time, the coping strategies used by parents of people with and without disabilities are considered, and the attempt is being made to explore their positive and, respectively, negative emotion. The measurement of the above variables was carried out with three self-referencing questionnaires, which were given to one hundred and twenty-eight parents of Mental Disabilities and ASD, which consisted of the experimental group and one hundred and twenty-three parents of children with typical development, that named the control group. The first questionnaire looked at stress from a specific situation and the stress as a characteristic of their personality, the second looked at the coping strategies, which they use in stressful situations, and the third looked at the levels of positive and negative emotion. The data was processed using the SPSS. statistical packet 21.0. The results showed that the parents of people with Mental Disabilities have moderate to high levels of stress, which proved to be greater than the other groups in the sample. All three groups were more likely to use active strategies to deal with stress, other than passive strategies. They were also found to have more positive emotion than the negative one, with the parents of people with Mental Disabilities to appear with more negative emotion than the other two groups in the sample. Finally, statistically significant correlations were also found between variables of this research, highlighting how one variable can be affected by the existence of the other.

**Keywords:** parents, anxiety, coping strategies, positive and negative emotion

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....	1
Abstract.....	2
Εισαγωγή.....	6

### ΜΕΡΟΣ Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΠΗΡΙΑ

1.1 Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Αναπηρίας.....	10
1.2 Νοητική Αναπηρία.....	11
1.3 Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).....	16

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

2.1 Προσδιορισμός του όρου «Οικογένεια».....	20
2.2 Η αντίδραση των γονέων απέναντι στην αναπηρία.....	22

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΓΧΟΣ - ΣΤΡΕΣ

3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός των όρων.....	24
3.2 Τα συμπτώματα του άγχους.....	27
3.3 Θεωρητικά μοντέλα για το άγχος των γονέων ατόμων με αναπηρία.....	28

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

4.1 Αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων .....	30
4.2 Θεωρητική προσέγγιση της αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.....	31
4.3 Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.....	31
4.4 Άλλες ταξινομήσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους.....	33
4.5 Στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και γονείς.....	35

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

5.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του συναισθήματος.....	37
5.2 Θεωρίες συναισθημάτων.....	38
5.3 Το θετικό και το αρνητικό συναίσθημα.....	40

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και θετικό και αρνητικό συναίσθημα σε γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ (διεθνείς μελέτες)

6.1 Έρευνες που εξέτασαν το άγχος των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ και παράγοντες.....	43
6.2 Έρευνες που εξέτασαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ και παράγοντες.....	48
6.3 Έρευνες που εξέτασαν τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ και παράγοντες που συνδέονται με αυτά.....	55
6.4 Άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και θετικό και αρνητικό συναίσθημα γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ (ελληνικές μελέτες).....	58

## Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

7.1 Εισαγωγή.....	61
7.2 Σκοποί της έρευνας και Ερευνητικά Ερωτήματα.....	62
7.3 Δείγμα - Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	64
7.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	70
7.5 Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων.....	77
7.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	78
7.7 Αποτελέσματα.....	79
7.7.1 Τα επίπεδα του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας στους γονείς ατόμων με αναπηρία και στους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων του δείγματος .....	79
7.7.2 Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που κάνουν χρήση οι γονείς ατόμων με αναπηρία και οι γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων του δείγματος.....	83
7.7.3 Τα επίπεδα του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος στους γονείς ατόμων με αναπηρία και στους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων του δείγματος.....	88



7.7.4.1	Συσχετίσεις του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας, με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος για τους γονείς όλου του δείγματος(n=251).....	91
7.7.4.2	Συσχετίσεις του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας, με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος για τους γονείς της κάθε ομάδας του δείγματος (Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ, Τ.Α).....	98
7.7.5.1	Σχέσεις που εντοπίστηκαν μεταξύ του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος και ερωτήσεων που έχουν να κάνουν με τα περιγραφικά στοιχεία του συνολικού δείγματος (n=251).....	116
7.7.5.2	Σχέσεις που εντοπίστηκαν μεταξύ του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος και ερωτήσεων που έχουν να κάνουν με τα περιγραφικά στοιχεία της κάθε ομάδας ξεχωριστά (Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ, Τ.Α).....	143
8	Συζήτηση.....	203
8.1	Τα επίπεδα των διαστάσεων του άγχους των γονέων ατόμων με και χωρίς αναπηρία .....	203
8.2	Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που κάνουν χρήση οι γονείς ατόμων με και χωρίς αναπηρία .....	205
8.3	Τα επίπεδα των διαστάσεων του θετικού και αρνητικού συναισθήματος των γονέων ατόμων με και χωρίς αναπηρία.....	208
8.4	Συσχέτιση του άγχους, των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος για τους γονείς ατόμων με αναπηρία και τους γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη.....	210
8.5	Σχέσεις μεταξύ του άγχους, των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος ως προς τα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος για τους γονείς ατόμων με αναπηρία και του γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη.....	214
8.6	Περιορισμοί της έρευνας.....	219
9	Βιβλιογραφία.....	221
10	Παράρτημα Ι.....	247
11	Παράρτημα ΙΙ.....	260

## Εισαγωγή

Η οικογένεια είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη του ατόμου, καθώς συμβάλλει στην αλλαγή του και στην εξέλιξή του. Αποτελεί έναν πρωτογενή φορέα κοινωνικοποίησης και εμφανίζεται να ικανοποιεί τις βασικές ανάγκες και επιθυμίες του ανθρώπου, όπως είναι η επιβίωση, προστασία και η ασφάλειά του (Νικολάου, 2006). Ως σύστημα περιβάλλον αποτελεί το κύριο πλαίσιο, για τη διαμόρφωση του χαρακτήρα του και την εκμάθηση κοινωνικών του ρόλων. Η οικογένεια αποτελεί μια μικρογραφία της ευρύτερης κοινωνίας, γι αυτό θεωρείται ο πρώτος, αλλά και ο σημαντικότερος φορέας κοινωνικοποίησης. Είναι μια κοινωνική δύναμη με μοναδικότητα στην ταυτότητά της. Είναι ένας θεσμός με τη δική του κουλτούρα και διαθέτει τους δικούς του ειδικούς τρόπους για την αντιμετώπιση της ζωής. Αποτελεί μια κοινωνική μονάδα, ένα μικρό πολιτισμό μέσα σ' ένα μεγαλύτερο στον οποίο επιδρά και από τον οποίο επηρεάζεται. Σε όλα τα στάδια που διανύει η οικογένεια αναπτύσσονται οι σχέσεις των μελών, η προσωπικότητά τους και διαμορφώνονται οι ρόλοι τους. Οι αλλαγές καθορίζονται από την εσωτερική οργάνωση της οικογένειας αλλά και από την εξωτερική της θέση στην κοινότητα και τις επιδράσεις που δέχεται (Μαργαρίτη 2006). Ένα από τα πιο σημαντικά γεγονότα μέσα στην ζωή τη οικογένειας γενικότερα, αλλά κυρίως των γονέων ειδικότερα, αποτελεί η γέννηση ενός παιδιού. Με την γέννηση και είδηση της σύλληψης ενός παιδιού, οι γονείς ξεκινούν να επεξεργάζονται, συνειδητά και μη, διάφορα και πολλά σχέδια για το μέλλον του παιδιού τους. Εκφράζουν διάφορες επιθυμίες για το πώς θα ήθελαν να είναι, τι θα ήθελαν να γίνει όταν μεγαλώσει, προδιαγράφοντας μια συγκεκριμένη πορεία για το παιδί χωρίς όμως το ίδιο μαζί. Συνήθως μέσα από αυτή την διαδικασία, ο ενήλικας προβάλλει στο μελλοντικό παιδί του την ανάγκη του ίδιου να αλλάξει τη δική του ζωή ή να διορθώσει σφάλματα του παρελθόντος του. Πρόκειται για μια διεργασία, κατά την οποία οι γονείς ονειρεύονται το τέλειο παιδί, που θα μπορέσει να ικανοποιήσει αυτό που πιθανώς εκείνοι στερήθηκαν στην ζωή τους. Η γέννηση ενός παιδιού λειτουργεί σαν ένας τρόπος προέκτασης της δικής του ζωής και εαυτού τους, αλλά και σαν αντικείμενο επιβεβαίωσης του γονεϊκού τους ρόλου (Αρμπουνιώτη, 2007 · Μαργαρίτη, 2006). Η γέννηση ενός υγιούς παιδιού αποτελεί για τους γονείς ένα σημαντικό σταθμό της ζωής τους, γιατί: α) ολοκληρώνει το γάμο τους σε επίπεδο συναισθηματικό και κοινωνικό, β) αισθάνονται αυτοπραγμάτωση και ικανοποίηση και γ) από τα παιδιά

τους προσδοκούν να εκπληρώσουν κάποιες από τις δικές τους φιλοδοξίες (Αρμπουνιώτη, 2007). Η γέννηση ενός παιδιού είναι στιγμή χαράς για τους γονείς, αλλά και για το στενό φιλικό και οικογενειακό τους περιβάλλον. Η γέννηση όμως ενός διαφορετικού παιδιού (πχ παιδί με αναπηρία) πυροδοτεί μία σειρά αρνητικών συναισθημάτων. Πρόκειται για ένα σοκ και την εκκίνηση μιας εσωτερικής σύγκρουσης ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούσαν και στην τωρινή πραγματικότητα την οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν και να αποδεχθούν. Η θλίψη, η απόρριψη του παιδιού, ο θυμός, ο φόβος και η αγωνία αποτελούν τα κυρίαρχα αρχικά συναισθήματα, ενώ οι πρώτες αντιδράσεις είναι η άρνηση και η απόκρυψη του προβλήματος από το ευρύτερο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον (Αρμπουνιώτη, 2007). Γενικότερα, η ύπαρξη και η φροντίδα ενός παιδιού με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, αποτελεί από μόνη της μία απαιτητική διαδικασία για τους γονείς και την οικογένεια. Οι δυσκολίες και η πίεση που προκύπτουν από την ανατροφή, την εκπαίδευση και τη φροντίδα αυτών των παιδιών, η έλλειψη αυτοπεποίθησης από την πλευρά των γονιών ότι θα τα καταφέρουν, η συχνή ανεπαρκής παρουσία και λειτουργία υποστηρικτικών δομών και η συνειδητοποίηση της μη αναστρέψιμης κατάστασης υγείας των παιδιών, είναι μερικοί από τους παράγοντες που προκαλούν αναστάτωση και άγχος στους γονείς παιδιών με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Tzou, Connolly & Novak, 2007). Η ίδια η αναπηρία μπορεί να γίνει ένα από τα πιο αγχογόνα γεγονότα της ζωής ενός γονιού (Ainbinder, Blanchard, Singer, Sullivan, Powers, Marquis & Santelli, 1998· Moawad, 2012). Από τα παραπάνω, καθίσταται φανερό ότι οι γονείς των παιδιών με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες έχουν να αντιμετωπίσουν μια αρκετά δύσκολη κατάσταση, η οποία απαιτεί από εκείνους να ανταποκριθούν σε έναν αρκετά ικανοποιητικό βαθμό, ιδιαίτερα όσον αφορά στην φροντίδα του παιδιού τους σε καθημερινό επίπεδο. Επομένως, για να ανταπεξέλθουν στο άγχος που ενδεχομένως δημιουργείται, λόγω του συγκεκριμένου γεγονότος-κατάστασης, χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές. Από την βιβλιογραφία προκύπτει ότι, οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται κατά κόρον από τους γονείς ατόμων με αναπηρία διακρίνονται σε αυτές που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα και σε εκείνες που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα (Folkman, & Lazarus, 1988). Υπάρχει μεγάλος αριθμός ερευνών, όσον αφορά το άγχος των γονέων ατόμων με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Azad, Blacher και Marcoulides, 2013· Blacher & Baker, 2017 · Hayes & Watson, 2013 · McStay, Dissanayke, Scheeren· Lee, 2013 · Peters-Scheffer, Didden &

Korzilius, 2012· Thakuri, 2017· Woodman, Mawdsley & Hauser-Cram, 2015 · Zheng, Grove & Eapen, 2017) και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν (Bawalsah, 2016 · Dardas, & Ahmad, 2015a · Durban, Rodriguez-Pabayos, Alontaga, Dolorfino-Arrezaz, & Salazar, 2012 · Glidden & Natcher, 2009 · McConnell, Savage και Breitkreuz, 2014 · Moawad, 2012 · Paster, Brandwein, & Walsh, 2009 · Slattery, McMahon, & Gallaher, 2017). Επίσης, εντοπίζονται αρκετές έρευνες που εστιάζουν στα συναισθήματα αυτών των γονέων (Fernandez-Alcantara, Garcia-Caro, Perez-Marfil, Hueso-Montoro, Caynez-Pubio, & Cruz- Quintana, 2016 · Poirier, & Vallee - Ouimet, 2015 · Sheeham, & Guerin, 2018 · Stainton, & Besser, 1998 · Takataya, Yamazaki, & MiZuno 2016 · Trute, Hiebert-Murphy, & Levine, 2007 · Yang, Byrne, & Chiu, 2016), τα οποία εμφανίζονται να έχουν άλλοτε θετικό και άλλοτε αρνητικό πρόσημο. Όσον αφορά όμως την σχέση μεταξύ του άγχους, της χρήσης των στρατηγικών αντιμετώπισης, καθώς και της επίδρασης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων πάνω στα παραπάνω, δεν έχει γίνει κάποια ανάλογη ερευνητική προσπάθεια, κάτι το οποίο επιχειρεί να καλύψει η παρούσα εργασία. Πιο συγκεκριμένα, στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει το άγχος των γονέων των ατόμων με αναπηρία και πιο συγκεκριμένα εδώ, των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ, τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν, καθώς και των θετικών ή αρνητικών, αντίστοιχα, συναισθημάτων που βιώνουν, σε σύγκριση με τους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων, ως ομάδας ελέγχου. Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται ως εξής: Το πρώτο μέρος αποτελείται από τέσσερα (6) κεφάλαια: Το πρώτο κεφάλαιο επιχειρεί τον προσδιορισμό της Αναπηρίας και στη συνέχεια παρουσιάζονται οι δύο αναπηρίες που θα μας απασχολήσουν στην παρούσα έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για τη Νοητική Αναπηρία και τη Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Στο δεύτερο κεφάλαιο προσδιορίζεται ο όρος «οικογένεια» και περιγράφονται οι αντιδράσεις των γονέων που προκύπτουν από το γεγονός της αναπηρίας του παιδιού τους. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια προσδιορισμού των όρων «άγχος» και «στρες» με ορισμούς και διευκρινήσεις που δίνονται από την βιβλιογραφία. Επίσης, στο ίδιο κεφάλαιο περιγράφονται τα συμπτώματα του άγχους, καθώς και τα θεωρητικά μοντέλα που υπάρχουν για το άγχος των γονέων και πιο συγκεκριμένα των γονέων με αναπηρία. Το τέταρτο κεφάλαιο πραγματεύεται την αντιμετώπιση καταστάσεων που προκαλούν άγχος και παρουσιάζεται μια βασική θεωρητική προσέγγιση για την αντιμετώπιση αγγχογόνων καταστάσεων. Γίνεται, εκτενέστερα, λόγος για τις στρατηγικές

αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Προβάλλονται, επίσης, κάποιες ταξινομήσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως εντοπίστηκαν από τη βιβλιογραφία. Στο ίδιο κεφάλαιο, ακόμη, γίνεται λόγος για τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που χρησιμοποιούν οι γονείς. Στο πέμπτο κεφάλαιο προσδιορίζεται το συναίσθημα ως όρος από την βιβλιογραφία, περιγράφονται οι θεωρίες συναισθημάτων και δίνεται έμφαση στο θετικό και στο αρνητικό συναίσθημα, το οποίο αποτελεί επίσης μια κλίμακα που αξιολογήθηκε στη συγκεκριμένη εργασία. Τέλος, το έκτο κεφάλαιο παρουσιάζει την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε σχετικά με τους παράγοντες (άγχος γονέων, στρατηγικές αντιμετώπισης και θετικά και αρνητικά συναισθήματα) που απασχόλησαν την παρούσα εργασία, πρώτα σε διεθνές επίπεδο (ξενόγλωσση βιβλιογραφία) και ύστερα στον ελληνικό χώρο. Το δεύτερο μέρος της εργασίας, αποτελεί το ερευνητικό της κομμάτι, το οποίο διαρθρώνεται σε 2 κεφάλαια: Στο έβδομο κατά σειρά κεφάλαιο, περιγράφονται οι σκοποί της έρευνας, τα ερευνητικά εργαλεία που αξιοποιήθηκαν καθώς και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, παράλληλα, γίνεται αναφορά στα στατιστικά δεδομένα και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτών. Στο όγδοο κεφάλαιο, ακολουθεί η συζήτηση στην οποία πραγματοποιείται ερμηνεία των αποτελεσμάτων, εξετάζεται η εγκυρότητά τους με προϋπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, και ολοκληρώνοντας, γίνεται αναφορά στους περιορισμούς της έρευνας.

## **Α' Μέρος**

### **Κεφάλαιο 1: ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

#### **1.1: Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Αναπηρίας**

Σε μια προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας της Αναπηρίας, διαπιστώνεται ότι αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία, καθώς συνιστά ένα πολύπλοκο φαινόμενο το οποίο διαφοροποιείται ανάλογα με τις κοινωνικές συνθήκες και τον τρόπο αντίληψής της από το άτομο που τη φέρει (Σούλης, 2008). Με λίγα λόγια, η αναπηρία προσδιορίζονταν με διαφορετικό τρόπο σε κάθε εποχή και σε κάθε κοινωνική ομάδα, καθώς επίσης και κάθε άτομο με αναπηρία την αντιλαμβάνεται διαφορετικά, ως προς τους περιορισμούς ή μη που φέρνει στην καθημερινότητά του. Αυτή, επομένως, η μεγάλη διαφοροποίηση που επικρατεί, κάνει δύσκολη την προσπάθεια ενός ευρέως αποδεκτού ορισμού του όρου της αναπηρίας και αντίστοιχα διαπιστώνονται πολλές διατυπώσεις του όρου. Με βάση τα παραπάνω, επιχειρήθηκαν και διαμορφώθηκαν διάφορες προσεγγίσεις την αναπηρία, με τις κυριότερες να εστιάζουν είτε στην ίδια την κατάσταση του ατόμου, είτε στην κατάσταση που δημιουργεί η κοινωνία. Η πρώτη περίπτωση αποτελεί το λεγόμενο ιατρικό μοντέλο και αντίστοιχα, η δεύτερη συνιστά το κοινωνικό μοντέλο. Αναλυτικότερα, στον χώρο της αναπηρίας μέχρι την δεκαετία του '80, επικρατούσε το ιατρικό μοντέλο, το οποίο προσεγγίζει τα άτομα με αναπηρία ως μία ειδική κατηγορία ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν ένα εύρος δυσκολιών εξαιτίας των δικών τους ατομικών λειτουργικών περιορισμών. Με βάση αυτό, το άτομο με αναπηρία θεωρείται ότι χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης, η οποία μπορεί να παρασχεθεί μόνο από τους ειδικούς, περιορίζοντας με αυτόν τον τρόπο τον ρόλο που διαδραματίζει η ίδια η κοινωνία στην κατασκευή της αναπηρίας (Oliver, 1996). Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) το 1980 προέβη σε ένα σύστημα ταξινόμησης της αναπηρίας, στο οποίο περιλαμβάνονταν οι όροι «impairment», «disability» και «handicap». Ο όρος «impairment» αναφέρεται στη βλάβη-πάθηση των οργάνων ή των λειτουργιών. Ο όρος «disability» αναφέρεται στον περιορισμό των ικανοτήτων του ατόμου, εξαιτίας της βλάβης και ο όρος «handicap» αναφέρεται στις επιπτώσεις που φέρνει ο περιορισμός των ικανοτήτων στο σύνολο των δραστηριοτήτων του ατόμου. (Σούλης 2008). Το άτομο καθίσταται ανάπηρο εξαιτίας της αδυναμίας του, η οποία προκύπτει από τη βλάβη, να συμμετέχει στις δραστηριότητες της κοινωνίας. Από την άλλη

πλευρά, το κοινωνικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως μια κοινωνική κατασκευή, σύμφωνα με την οποία η ευθύνη για την αναπηρία δεν βρίσκεται στο άτομο που τη φέρει αλλά στην κοινωνία που τη δημιουργεί (Oliver, 1996). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η αναπηρία δε θεωρείται ως ένα ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά ως ένα σύνολο συνθηκών, μια προβληματική κατάσταση που δημιουργεί η ίδια η κοινωνία (Σούλης 2008). Οι προβληματικές καταστάσεις που εμφανίζονται μέσα σε μία κοινωνία είναι αυτές που καθιστούν ένα άτομο ανάπηρο. Από αυτό το μοντέλο προέκυψε και η αναθεώρηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ), στην οποία η αναπηρία αποτελεί το αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντολογικών αιτιών, οι οποίες συνθέτουν ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές πτυχές της ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η γενικότερη κοινωνική συμμετοχή (WHO, 2002). Από τους παραπάνω προσδιορισμούς, διαπιστώθηκε ότι η αναπηρία αποτελεί έναν πολυδιάστατο όρο, εμπιριέχοντας βλάβες και περιορισμούς όσον αφορά την δραστηριότητα και την συμμετοχή (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011). Η αναπηρία, επομένως, δεν αποτελεί απλώς μια βλάβη του ανθρώπινου σώματος, αλλά πρόκειται για ένα σύνθετο φαινόμενο, το οποίο προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του ατόμου με αναπηρία και των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος/της κοινωνίας. Παρακάτω γίνεται παρουσίαση των δύο αναπηριών που θα αποτελέσουν αντικείμενο διερεύνησης (ως προς τους γονείς ατόμων που φέρουν τις συγκεκριμένες αναπηρίες) σε αυτήν την εργασία.

## **1.2 Νοητική Αναπηρία**

Η νοητική αναπηρία στην αρχή ορίζονταν ως, «Νοητική Καθυστέρηση» (Mental Retardation), η οποία αναφερόταν σε μια νοητική λειτουργία κάτω του μετρίου που συνοδευόταν από μειωμένη προσαρμοστική συμπεριφορά (Harris & Greenspan, 2016). Κατά καιρούς, επίσης, έχει αποδοθεί και με τους όρους, ιδιωτεία, νοητική μειονεξία, νοητική ανεπάρκεια και νοητική υστέρηση (Schalock et al., 2007). Ωστόσο, από το 2010 και σύμφωνα με το νέο εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ένωσης για τις Νοητικές και Αναπτυξιακές Αναπηρίες (AAIDD), ο όρος Νοητική Καθυστέρηση αντικαταστάθηκε από τον όρο Νοητική Αναπηρία (Harris & Greenspan, 2016). Ειδικότερα, η νοητική αναπηρία είναι η αναπηρία που χαρακτηρίζεται από σημαντικούς περιορισμούς α) στη νοητική λειτουργία (συλλογιστική, μάθηση, επίλυση προβλήματος) και στην προσαρμοστική

συμπεριφορά, που καλύπτει ένα εύρος των καθημερινών αντιληπτικών κοινωνικών και πρακτικών δεξιοτήτων και β) εμφανίζεται πριν την ηλικία των 18 ετών (AAIDD, 2010). Όσον αφορά την προσαρμοστική συμπεριφορά συμπεριλαμβάνονται εννοιολογικές δεξιότητες (γλώσσα, ανάγνωση και γραφή, χρήματα, χρόνος, αριθμός καθοδήγηση), κοινωνικές δεξιότητες (διαπροσωπικές δεξιότητες, κοινωνική υπευθυνότητα, αυτοεκτίμηση, κοινωνική επίλυση προβλήματος, ακολουθία κανόνων, νόμων και αποφυγή κακοποίησης), καθώς και πρακτικές δεξιότητες (δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, αυτοεξυπηρέτησης, επαγγελματικές, ταξιδιού, ασφάλειας, υγείας, χρήσης χρημάτων μέσων μεταφοράς, τηλεφώνου, δραστηριότητες ελεύθερο χρόνου) (AAIDD, 2010). Ο νέος όρος νοητική αναπηρία αντανακλά την οικοσυστημική προσέγγιση που εστιάζει στην αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον και αναγνωρίζει τη σημασία της εφαρμογής εξατομικευμένου προγράμματος για την ενίσχυση της λειτουργικότητας των ατόμων. Η αλλαγή έγκειται στο γεγονός ότι σε σχέση με τον προηγούμενο όρο (νοητική καθυστέρηση), ο οποίος αντιμετώπιζε την αναπηρία ως ατομικό χαρακτηριστικό, η αναπηρία πλέον προσεγγίζεται ως ο συνδυασμός των δυνατοτήτων του ατόμου και του πλαισίου μέσα στο οποίο λειτουργεί (Schalock, Gardner, & Bradley 2007). Επίσης, στην τελευταία έκδοση του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών και Διανοητικών Διαταραχών» (DSM-V, 2013), η διανοητική αναπτυξιακή διαταραχή ή αλλιώς νοητική αναπηρία ορίζεται ως η παρουσία «τρέχοντος διανοητικού ελλείμματος απαραίτητα συνοδευόμενο από έλλειμμα στην προσαρμοστική λειτουργία με αρχική εκδήλωση κατά την περίοδο ανάπτυξης του ατόμου». Επιπρόσθετα, στους Παγιάτσου, Δημητρίου, & Χατζησάββα, (2012, όπ. ανάφ στον Καζάκο, Γ., 2018: 31) ως απαραίτητα κριτήρια για τη διάγνωση της νοητικής αναπηρίας αναφέρονται, η ύπαρξη ελλείμματος στις γενικές διανοητικές ικανότητες, όπως είναι ο συλλογισμός, η επίλυση προβλημάτων, ο προγραμματισμός, η αφηρημένη σκέψη, η κρίση, η ακαδημαϊκή μάθηση και η εμπειρική εκμάθηση και η ύπαρξη ελλείμματος στις γενικές διανοητικές ικανότητες του ατόμου σε σχέση με την ηλικία του και το κοινωνικό σύνολο, όσον αφορά τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα η επικοινωνία, η κοινωνική συμμετοχή, η λειτουργικότητα στο σχολείο ή στην εργασία, η προσωπική ανεξαρτησία στο σπίτι ή στο κοινωνικό πλαίσιο.



## Ταξινόμηση της Νοητικής Αναπηρίας

Ο πιο διαδεδομένος τρόπος για την ταξινόμηση της νοητικής αναπηρίας είναι αυτός που βασίζεται στο δείκτη νοημοσύνης (IQ). Με βάση το παραπάνω κριτήριο και σύμφωνα με το DSM-V (2013), η ταξινόμηση ορίζεται ως εξής: 1) Η ελαφρά νοητική αναπηρία, στην οποία ο δείκτης νοημοσύνης παίρνει τιμές από 50-55 έως 70, 2) Η μέτρια νοητική αναπηρία, στην οποία ο δείκτης νοημοσύνης παίρνει τιμές από 35-40 έως 50-55, 3) Η σοβαρή νοητική αναπηρία, στην οποία ο δείκτης νοημοσύνης παίρνει τιμές από 20-25 έως 35-40, 4) Η βαριά νοητική αναπηρία, όπου ο δείκτης νοημοσύνης παίρνει τιμές μικρότερες από 20-25 και 5) Η απροσδιόριστη νοητική αναπηρία, σύμφωνα με την οποία εμφανίζεται ένδειξη για νοητική αναπηρία, χωρίς ωστόσο την δυνατότητα μέτρησης της νοημοσύνης του ατόμου μέσω σταθμισμένων τεστ. Αναλυτικότερα, τα άτομα που εμφανίζουν ελαφρά νοητική αναπηρία είναι σε θέση να ολοκληρώσουν τις στοιχειώδεις βαθμίδες της εκπαίδευσης, σε περίπτωση που λάβουν μια κατάλληλη υποστήριξη. Επίσης, τα άτομα αυτά δεν εμφανίζουν διαταραχές στην εμφάνιση ή στη συμπεριφορά, ενώ οι γλωσσικές και αισθητηριακές τους δυσκολίες είναι ήπιες. Ακόμη, μεγάλο μέρος των ατόμων με ελαφρά νοητική αναπηρία είναι σε θέση να ζουν αυτόνομα και να απασχολούνται με κάποιο επάγγελμα στην ενήλικη ζωή τους (AAIDD, 2008· Πολυχρονοπούλου, 2012· Τζουριάδου, 2008). Όσον αφορά τα άτομα με μέτρια νοητική αναπηρία, εμφανίζουν δεξιότητες επικοινωνίας, παρόλα αυτά χρειάζονται υποστήριξη σε πολύπλοκες κοινωνικές δεξιότητες, όπως η κριτική σκέψη. Έχουν την δυνατότητα να αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, ωστόσο χρειάζονται συνεχή και συστηματική εκπαίδευση (AAIDD, 2008· Πολυχρονοπούλου, 2012· Τζουριάδου, 2008). Τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή νοητική αναπηρία, χρειάζονται καθημερινή υποστήριξη και καθοδήγηση για την αυτοεξυπηρέτησή τους, ενώ δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες ικανότητες για αυτόνομη διαβίωση. Όσον αφορά την ομιλία τους χαρακτηρίζεται ως απλή και εντοπίζονται δυσκολίες (AAIDD, 2008· Πολυχρονοπούλου, 2012· Τζουριάδου, 2008). Τα άτομα με βαριά νοητική αναπηρία αναπτύσσουν μια στοιχειώδη επικοινωνία. Έχοντας, ωστόσο, μια κατάλληλη εκπαίδευση και υποστήριξη, εμφανίζουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την κινητική τους ανάπτυξη και τη προσωπική τους φροντίδα. Η κοινωνική προσαρμογή και η αυτοεξυπηρέτηση των ατόμων με βαριά νοητική αναπηρία σε ένα προστατευμένο περιβάλλον, αποτελούν τους κύριους στόχους των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που

συμμετέχουν (Σούλης, 2008). Επιπρόσθετα, η απροσδιόριστη νοητική αναπηρία αναφέρεται σε άτομα που δεν μπόρεσαν να εξετασθούν επιτυχώς με κάποιο σταθμισμένο τεστ νοημοσύνης και εμφανίζουν χαρακτηριστικά ατόμων με νοητική αναπηρία, χωρίς όμως να έχουν μια διάγνωση για τον βαθμό της αναπηρίας τους (DSM-V, 2013). Εκτός όμως από την ταξινόμηση που εστιάζει στον δείκτη νοημοσύνης, η AAIDD προτείνει έναν τύπο ταξινόμησης που εστιάζει στο επίπεδο και τον τύπο της υποστήριξης που χρειάζεται ένα άτομο με νοητική αναπηρία ώστε να μπορέσει να λειτουργήσει αποτελεσματικά μέσα στο περιβάλλον. Με βάση το παραπάνω και σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου (2012) εντοπίζεται η διακεκομμένη υποστήριξη, η περιορισμένη υποστήριξη, η εκτεταμένη ή ευρεία υποστήριξη και η διάχυτη υποστήριξη. Πιο συγκεκριμένα, η διακεκομμένη υποστήριξη εμφανίζεται με παροδικότητα και παρέχεται μόνο όταν χρειάζεται στο άτομο με νοητική αναπηρία. Η περιορισμένη υποστήριξη αφορά την υποστήριξη που παρέχεται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η εκτεταμένη ή ευρεία υποστήριξη εμφανίζεται ευρεία και συνήθως μακροχρόνια και τέλος η διάχυτη υποστήριξη, η οποία αναφέρεται σε μια σταθερή και εντατική βοήθεια που παρέχεται σε όλα τα στάδια της ζωής του ατόμου με νοητική αναπηρία και προϋποθέτει τη συνεργασία περισσότερων προσώπων σε σχέση με τα προηγούμενα επίπεδα υποστήριξης.

### **Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με νοητική αναπηρία**

Τα άτομα με νοητική αναπηρία αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα ατόμων που παρουσιάζουν διαφορές στο βαθμό νοητικής αναπηρίας, στη συμπεριφορά, στη πρόγνωση για το τελικό στάδιο ανάπτυξης και την κοινωνική προσαρμογή. Καθώς οι δυνατότητες και τα ελλείμματα τους είναι ιδιαίτερα και μοναδικά για κάθε άτομο, τα ψυχολογικά και συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά τους πρέπει να γενικεύονται με προσοχή. Κάθε άτομο με νοητική αναπηρία πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια ξεχωριστή και μοναδική προσωπικότητα με ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, προβλήματα και ανάγκες (Πολυχρονοπούλου, 2012). Γενικότερα, ένα χαρακτηριστικό που εμφανίζεται στα άτομα με νοητική αναπηρία είναι η μειωμένη ικανότητα για μάθηση, καθώς παρουσιάζουν δυσκολία σε όλες σχεδόν τις περιοχές οι οποίες σχετίζονται με τη γνωστική λειτουργία. Οι δυσκολίες στο γνωστικό τομέα αφορούν περιορισμούς στη μνήμη, στην αντίληψη, στη συγκέντρωση της προσοχής, στην επεξεργασία των πληροφοριών και στη γενίκευση της γνώσης. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι ο αργός ρυθμός μάθησης σε σχέση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα (Μπάρμπας, 2008).

Παρατηρείται, επίσης, ότι ο ρυθμός ανάπτυξης των ατόμων με νοητική αναπηρία είναι αρκετά πιο αργός, κάτι το οποίο είναι ανάλογο με την αύξηση του βαθμού της νοητικής αναπηρίας, και έχει ως συνέπεια τη μη ολοκλήρωση της πνευματικής τους ανάπτυξης. (Πολυχρονοπούλου, 2012). Επιπρόσθετα, στην νοητική αναπηρία εντοπίζονται σημαντικές δυσκολίες στη γλωσσική ανάπτυξη και την επικοινωνία, στην γενίκευση και μεταφορά της συγκεκριμένης γνώσης, στην αναστρεψιμότητα στην σκέψη, στην επεξεργασία των πληροφοριών, εντοπίζεται μειωμένη συγκέντρωση προσοχής, καθώς και αδυναμίες σε επίπεδο μνήμης. Εμφανίζονται ακόμη, δυσκολίες που σχετίζονται με τη χρήση γνωστικών και μεταγνωστικών στρατηγικών για την επίλυση προβλημάτων (Πολυχρονοπούλου, 2012). Εκτός όμως από τα γνωστικά ελλείμματα, στην νοητική αναπηρία εντοπίζονται αρκετές δυσκολίες και στο κομμάτι της επικοινωνίας, των κοινωνικών σχέσεων, καθώς και της συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με νοητική αναπηρία δημιουργούν μεν κοινωνικές σχέσεις, αλλά σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με τους συνομηλικούς τους, (Tzouriadou, Barbas, Vouyoukas & Anagnostopoulou, 2013). Επίσης, οι δραστηριότητες που απαιτούν κοινωνική και λεκτική αλληλεπίδραση, καθώς και η χρήση κοινωνικά αποδεκτών τρόπων, όπως για παράδειγμα η σωστή απόσταση από τον συνομιλητή και η χρήση κατάλληλων χειρονομιών, φαίνεται να δυσκολεύουν τα άτομα με νοητική αναπηρία, έχοντας ως αποτέλεσμα να καταφεύγουν σε απομόνωση (Μπάρμπας, 2008· Πολυχρονοπούλου, 2012). Ως προς το κομμάτι της επικοινωνίας, εντοπίζονται δυσκολίες στην εκτέλεση και στην κατανόηση οδηγιών, δυσκολίες στην ομιλία και στην έκφραση επιθυμιών (Στρογγυλός, 2011). Στον συναισθηματικό και συμπεριφορικό τομέα, επίσης, εντοπίζονται δυσκολίες στο επίπεδο αυθόρμητης εκδήλωσης συμπεριφορών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, στη συναισθηματική ανταπόκριση και στην κοινωνική αντίληψη. Ενδέχεται, ακόμη, ένα άτομο με νοητική αναπηρία να παρουσιάσει αυξημένο άγχος, επιθετικότητα, παρόρμηση, εξάρτηση και έντονα ξεσπάσματα (Καζάκος, 2018: 35). Η δυσκολία αποδοχής της κριτικής, ο περιορισμένος αυτοέλεγχος, και οι ασυνήθιστες και ακατάλληλες συμπεριφορές, όπως η επιθετικότητα ή ο αυτοτραυματισμός, παρατηρούνται πιο συχνά σε άτομα με νοητική αναπηρία σε σχέση με άτομα χωρίς αναπηρίες (Heward, 2009).

### **1.3 Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος(ΔΑΦ)**

#### **Προσδιορισμός του όρου**

Η Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) εντάσσεται στη κατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές εμφανίζονται πρώιμα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής και χαρακτηρίζονται από σοβαρά ελλείμματα σε διάφορους τομείς της ανάπτυξης (προσωπικές/κοινωνικές σχέσεις, ακαδημαϊκή επίδοση, καθημερινή λειτουργικότητα), ενώ παρατηρείται συννοσηρότητα μεταξύ τους, για παράδειγμα τα άτομα με ΔΑΦ εμφανίζουν συχνά και νοητική υστέρηση ( Διανοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή, ΔΑΔ) (DSM-V, 2013). Παρά το γεγονός ότι η ΔΑΦ κάνει την εμφάνισή της κατά τη πρώιμη παιδική ηλικία, δεν συνιστά διαταραχή της παιδικής ηλικίας, αλλά διαταραχή της ανάπτυξης που επηρεάζει πλήρως τη νοητική ανάπτυξη του ατόμου και περιλαμβάνει συμπτώματα που διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με την ηλικία (Frith,1999). Από τα παραπάνω καθίσταται φανερό ότι ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να εκδηλώνεται η ΔΑΦ ποικίλει με βάση τη σοβαρότητα των αυτιστικών συμπτωμάτων, το στάδιο ανάπτυξης και την χρονολογική ηλικία, γεγονός που επεξηγεί τον όρο «φάσμα» (DSM-V, 2013). Η ΔΑΦ χαρακτηρίζεται από σοβαρά ελλείμματα στον τομέα της επικοινωνίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης σε διάφορα πλαίσια, τα οποία περιλαμβάνουν ελλείμματα στην κοινωνική αμοιβαιότητα, στη μη λεκτική συμπεριφορά που χρησιμοποιείται για κοινωνική αλληλεπίδραση, καθώς και στις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη δημιουργία, τη διατήρηση και την κατανόηση των σχέσεων (Volkmar, & Pauls, 2003· Gillham, Carter Volkmar, & Sparrow, 2000). Επίσης, απαραίτητο κριτήριο όσον αφορά τη διάγνωση των ΔΑΦ είναι η παρουσία στερεοτυπικών επαναλαμβανόμενων μορφών συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (DSM-V, 2013).

#### **Διαγνωστικά Κριτήρια-Χαρακτηριστικά**

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το DSM-V(2013) τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΑΦ αποτελούν τα παρακάτω:

A. Επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε πληθώρα πλαισίων, όπως εκδηλώνονται από τα ακόλουθα:

1.Ελλείμματα στην κοινωνική-συναισθηματική αμοιβαιότητα.

2.Ελλείμματα στις συμπεριφορές μη λεκτικής επικοινωνίας στην προσπάθεια για κοινωνική αλληλεπίδραση.

3.Ελλείμματα στην ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση των σχέσεων.

Β. Περιορισμένες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

1.Στερεότυπες ή επαναλαμβανόμενες κινήσεις, χρήση αντικειμένων ή λόγου.

2.Επιμονή στην ομοιότητα, άκαμπτη κίνηση ρουτινών, τελετουργικά μοτίβα λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς (π.χ. υπερβολική αναστάτωση σε μικρές αλλαγές, δυσκολίες με μεταβάσεις, ακαμψία σκέψης).

3.Περιορισμένα και απόλυτα δομημένα ενδιαφέροντα, τα οποία δεν είναι φυσιολογικά, ούτε σε ένταση, ούτε σε εστίαση (π.χ. έντονη προσκόλληση ή υπεραπασχόληση με ασυνήθιστα αντικείμενα).

4.Υπέρ ή υπό-διέγερση σε αισθητηριακά ερεθίσματα ή ασυνήθιστο ενδιαφέρον για αισθητηριακές διαστάσεις του περιβάλλοντος.

Γ. Τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν εκδηλωθεί σε πρόωμη αναπτυξιακή περίοδο.

Δ. Τα συμπτώματα θα πρέπει να προκαλούν σημαντικά κλινικά ελλείμματα σε διάφορους τομείς της λειτουργικότητας του παιδιού.

Ε. Οι παραπάνω διαταραχές δεν εξηγούνται καλύτερα ως νοητική δυσλειτουργία (Διανοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) ή ως γενικευμένη αναπτυξιακή καθυστέρηση.

Η σοβαρότητα της ΔΑΦ διακρίνεται σε 3 επίπεδα έχοντας ως κριτήριο το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου. Κριτήριο, με άλλα λόγια, αποτελεί ο βαθμός υποστήριξης που χρειάζεται το άτομο σε σχέση με τα ελλείμματα που εμφανίζει στον τομέα της κοινωνικής επικοινωνίας και στον τομέα των περιορισμένων επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών. Επομένως, στο Επίπεδο 3 «Απαιτείται ιδιαίτερα ενισχυμένη υποστήριξη», στο Επίπεδο 2 «Απαιτείται ενισχυμένη υποστήριξη» και στο Επίπεδο 1 απλά «Απαιτείται υποστήριξη» (DSM-V, 2013).

## **Αιτιολογία και προγνωστικοί παράγοντες**

Η ΔΑΦ είναι μια διαταραχή, η οποία εμφανίζεται πολυπαραγοντική ως προς την αιτιολογία της. Παρόλα αυτά, η ακριβής αιτιολογία της διαταραχής δεν έχει εντοπιστεί ακόμα (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2003). Όσον αφορά την κληρονομικότητα, ως προς την εμφάνιση της ΔΑΦ, υπολογίζεται ότι κυμαίνεται σε ποσοστό 37% και ξεπερνά το 90% στις περιπτώσεις διδύμων (DSM-V, 2013). Επιπλέον, έχει εντοπιστεί ότι συχνά μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζουν αυτιστικά στοιχεία. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνουν τη θέση ότι η διαταραχή οφείλεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2003). Επίσης, σε πρόσφατες μελέτες διαπιστώθηκε ότι το 15% των περιπτώσεων που διαγιγνώσκονται με ΔΑΦ παρουσιάζουν γενετική μετάλλαξη (DSM-V, 2013). Ωστόσο, τα γονίδια που είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση της διαταραχής δεν έχουν εντοπιστεί ακόμα. Επίσης, η αλληλεπίδραση πολλών διαφορετικών γονιδίων, και όχι μόνο ένα συγκεκριμένο γονίδιο, διαφαίνεται να συνδέει την εμφάνιση της ΔΑΦ (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2003). Εκτός από παράγοντες που σχετίζονται με τους γενετικό κομμάτι, εντοπίζεται στη βιβλιογραφία και το περιβαλλοντικό στοιχείο, κάτι που προκύπτει από τους Gardener, Spiegelman, & Buka (2011), οι οποίοι στην μετά-ανάλυσή τους αναφέρουν ότι περιγεννητικοί και νεογνικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα, η περίδεση του ομφάλιου λώρου, η δυσφορία του εμβρύου, ο τραυματισμός κατά τη διάρκεια του τοκετού, ο πολλαπλός τοκετός, η αιμορραγία της μητέρας, το μικρό μέγεθος το βρέφους σε σχέση με την ηλικία της κύησης, οι συγγενείς παραμορφώσεις, οι δυσκολίες στη σίτιση, η νεογνική αναιμία, η ασυμβατότητα ABO ή Rh και η υπερλιπιδαιμία αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση του αυτισμού. Ακόμη, η παρουσία ή η απουσία της νοητικής υστέρησης, γλωσσικών ελλειμμάτων και πρόσθετων προβλημάτων ψυχικής υγείας αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για τη διάγνωση της ΔΑΦ. Η επιληψία, ακόμη, ως συνυπάρχουσα διαταραχή, είναι συνυφασμένη με βαριά νοητική υστέρηση και με μειωμένη λεκτική ικανότητα (DSM-V, 2013).

## **Η αναπτυξιακή πορεία των ατόμων με ΔΑΦ**

Όσον αφορά τα πρώτα συμπτώματα εμφάνισης της ΔΑΦ εντοπίζονται συνήθως πριν την ηλικία των 2 ετών (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2003). Ο χρόνος εμφάνισης

των συμπτωμάτων προσδιορίζεται από την έντασή τους, με αποτέλεσμα, εάν υπάρχει σημαντική καθυστέρηση στην ανάπτυξη, τα συμπτώματα του αυτισμού αναγνωρίζονται πριν την ηλικία του ενός έτους, ενώ, εάν δεν είναι τόσο έντονα, αναγνωρίζονται μετά τα 2 έτη (DSM-V, 2013). Παρόλα αυτά, οι μισοί περίπου γονείς ατόμων με αυτισμό αναγνωρίζουν από τον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού τους σημάδια που ανιχνεύουν ότι η πορεία ανάπτυξης δεν θα ακολουθήσει την τυπική πορεία (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2003). Τα πρώτα χαρακτηριστικά της ΔΑΦ κάνουν συνήθως την εμφάνισή τους νωρίς κατά την παιδική ηλικία, καθώς κάποια άτομα δεν δείχνουν ενδιαφέρον για κοινωνική αλληλεπίδραση στον πρώτο χρόνο της ζωής. Κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων χρόνων της ζωής, τα άτομα με ΔΑΦ κατακτούν αναπτυξιακά ορόσημα, αλλά εμφανίζουν και παλινδρομήσεις κατά την ανάπτυξή τους, καθώς εμφανίζουν σταδιακή ή ξαφνική μείωση των κοινωνικών τους συμπεριφορών ή/και των λεκτικών τους ικανοτήτων. Τέτοιου είδους μειώσεις/ελλείμματα δεν παρατηρούνται σε άλλες διαταραχές και είναι ενδεικτικά του αυτισμού (DSM-V, 2013). Τα ελλείμματα των ατόμων με ΔΑΦ είναι εμφανή σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Βέβαια, με τα χρόνια κάποια συμπτώματα αλλάζουν μορφή ή εμφανίζονται με μικρότερη συχνότητα. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι σοβαρές δυσκολίες παραμένουν, τόσο κατά τη διάρκεια της εφηβείας, όσο και κατά την ενήλικη ζωή (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2003). Πρέπει σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι με ένα προστατευμένο περιβάλλον και την υποστήριξη που θα παρέχει, τα άτομα με αυτισμό θα μπορέσουν να αξιοποιήσουν τις ικανότητές τους και σε κάποιες περιπτώσεις να αντισταθμίσουν τα ελλείμματά τους (Frith, 1999). Το νοητικό δυναμικό και οι γλωσσικές δεξιότητες του αυτιστικού παιδιού αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την έκβαση της διαταραχής του αυτισμού. Τα άτομα με φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης, καθώς και αναπτυγμένη γλωσσική ικανότητα, έχουν καλύτερη πορεία, ενώ τα άτομα με δείκτη νοημοσύνης κάτω του 50 και σοβαρά ελλείμματα στη γλωσσική ανάπτυξη εμφανίζουν δυσμενή εξέλιξη (Κάκουρος, & Μανιαδάκη 2003).

## Κεφάλαιο 2: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

### 2.1 Προσδιορισμός του όρου «Οικογένεια»

Το άτομο στο πλαίσιο της ανάπτυξής του, κατά τη ψυχολογία, δεν διενεργεί μια μονόδρομη διαδικασία, αλλά αλληλεπιδρά με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον (Bronfenbrenner, 1979). Σύμφωνα με τον Bronfenbrenner (1979), το κάθε άτομο, ως άτομο που αναπτύσσεται, βρίσκεται στο κέντρο μιας σειράς από ομόκεντρους κύκλους. Ο κάθε κύκλος αντιπροσωπεύει τις ομάδες ή τα υποσυστήματα στα οποία ένα συγκεκριμένο άτομο είναι μέλος. Στον πρώτο, πιο κοντινό κύκλο, βρίσκονται τα λεγόμενα μικρο-συστήματα, έχοντας ως κύριο χαρακτηριστικό τους τον υψηλό βαθμό οικειότητας και τον χαμηλό βαθμό τυπικότητας που επικρατεί στις σχέσεις των μελών, σε σχέση με άλλα, πιο απόμακρα υποσυστήματα. Το πιο σημαντικό από τα μικρο-συστήματα, το οποίο έχει και την μεγαλύτερη επίδραση πάνω στο συγκεκριμένο άτομο, αποτελεί η οικογένεια. Όσον αφορά το περιεχόμενο του όρου οικογένεια είναι δύσκολο να αποτυπωθεί, καθώς αποτελεί 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). Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί, ο καθένας από τους οποίους αποδίδει το περιεχόμενο του όρου. Αρχικά, σύμφωνα με τους Goldenberg και Goldenberg (2003) μια οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα, τα συστατικά μέρη του οποίου οργανώνονται σε ομάδα, σχηματίζοντας μια ολότητα που ξεπερνάει το άθροισμα των ξεχωριστών μελών της. Έτσι, το σύστημα της οικογένειας οργανώνεται σε ένα αρκετά σταθερό σύνολο σχέσεων, λειτουργεί με ορισμένους χαρακτηριστικούς τρόπους, βρίσκεται διαρκώς σε εξέλιξη και αναζητά νέες σταθερές καταστάσεις. Γενικότερα, κάθε σύστημα υπάρχει ως μέρος ενός μεγαλύτερου υπερσυστήματος και περιέχει μικρότερα υποσυστήματα των οποίων αποτελεί το υποσύστημα. Με βάση αυτό, το σύστημα της οικογένειας συνθέτουν τρία βασικά υποσυστήματα: το συζυγικό, το γονεϊκό και το αδερφικό υποσύστημα, καθένα από τα οποία διαθέτει την λειτουργία και αλληλοεπηρεάζονται (Goldenberg & Goldenberg, 2003). Πιο συγκεκριμένα: Το συζυγικό υποσύστημα: Αυτό το υποσύστημα αποτελείται από δύο ενήλικες ετερόφυλους στο μεγαλύτερο μέρος, με σκοπό την δημιουργία οικογένειας (Παπαδιώτη – Αθανασίου, 2014). Το γονεϊκό υποσύστημα: Το γονεϊκό υποσύστημα (το οποίο θα μας απασχολήσει στη



παρούσα εργασία) 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 μια οικογένεια. Ωστόσο, για να επέλθει ισορροπία στην οικογενειακή ζωή πρέπει η μετάβαση από το ένα σύστημα στο άλλο να πραγματοποιηθεί ομαλά. 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, καθώς η επαφή των αδελφών θα τους βοηθήσει στις κοινωνικές τους επαφές (Παπαδιώτη - Αθανασίου, 2014). Η οικογένεια ως σύστημα, επίσης, εμφανίζεται και στην Τσαπαρλή (2004), καθώς ορίζει την οικογένεια ως ένα ανοιχτό σύστημα, το οποίο επηρεάζεται από το περιβάλλον και εξελίσσεται σταδιακά μέσα στον χρόνο. Η μελέτη της Θεοδωροπούλου (2003, όπ.ανάφ. στη Σιδέρη, 2018: 23), αναφέρει την οικογένεια ως ένας κοινωνικό θεσμό, του οποίου πρωταρχικό μέλημα αποτελεί η φροντίδα και η αγωγή των παιδιών. Τα άτομα που συνδέονται με δεσμούς αίματος ή γάμου ή υιοθεσίας συνιστούν μια οικογένεια. Στην ίδια μελέτη, αναφέρονται και οι μορφές που μπορεί να λάβει η οικογένεια, οι οποίες είναι οι εξής: 1) Η πυρηνική που απαρτίζεται από τους συζύγους και τα παιδιά βιολογικά ή υιοθετημένα και θεωρείται ως το βασικό πρότυπο οικογενειακής ζωής στην κοινωνία. 2) Η μονογονεϊκή, στην οποία 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. 3) Η πολυγαμική, η οποία εμφανίζεται σε περιοχές στις οποίες η πολυγαμία είναι επιτρεπτή και αποτελείται από ένα πρόσωπο, συνήθως τον κύριο της οικογένειας, τις συζύγους και τα παιδιά. 4) Η ενιαία, κατά την οποία τα άτομα ενός συνόλου κοινής καταγωγής ζουν μαζί με τις συζύγους και τα τέκνα τους κάτω από την ίδια στέγη, και 5) Η εκτεταμένη, η οποία εμφανίζεται μεγαλύτερη από την ενιαία, υπάρχει λίγος έλεγχος μεταξύ των μελών και οι οικονομικές ευθύνες μοιράζονται μεταξύ των μελών (Θεοδωροπούλου, 2003, όπ.ανάφ στη Σιδέρη, 2018: 24).

Με βάση τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η οικογένεια αποτελεί ένα σύνθετο ζήτημα, για το οποίο δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός, καθώς το κάθε άτομο ορίζει την οικογένεια διαφορετικά, ανάλογα με τον σκοπό του (Sergin & Flora,

2011). Μέσα σε αυτό το πολύπλοκο, κοινωνικό σύστημα, όπως αποτελεί η οικογένεια, τα ζητήματα των μελών της επηρεάζουν τα άλλα μέλη και αυτό που έχει επιπτώσεις πάνω σε ένα μέλος, έχει αντίστοιχα επιπτώσεις σε όλα τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, αν σκεφτεί κανείς μάλιστα όταν περιλαμβάνεται και ένα παιδί με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

## **2.2 Η αντίδραση των γονέων απέναντι στην αναπηρία**

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω (στην Εισαγωγή της εργασίας) ένα από τα πιο σημαντικά γεγονότα μέσα στην ζωή τη οικογένειας γενικότερα, αλλά κυρίως των γονέων ειδικότερα αποτελεί η γέννηση ενός παιδιού. Με την γέννηση και είδηση της σύλληψης ενός παιδιού, οι γονείς ξεκινούν να επεξεργάζονται, συνειδητά και μη, διάφορα και πολλά σχέδια για το μέλλον του παιδιού τους. Εκφράζουν διάφορες επιθυμίες για το πώς θα ήθελαν να είναι, τι θα ήθελαν να γίνει όταν μεγαλώσει, προδιαγράφοντας μια συγκεκριμένη πορεία για το παιδί. Συνήθως μέσα από αυτή την διαδικασία, ο ενήλικας προβάλλει στο μελλοντικό παιδί του την ανάγκη του ίδιου να αλλάξει τη δική του ζωή ή να διορθώσει σφάλματα του παρελθόντος του. Πρόκειται για μια διεργασία, κατά την οποία οι γονείς ονειρεύονται το τέλειο παιδί, που θα μπορέσει να ικανοποιήσει αυτό που πιθανώς εκείνοι στερήθηκαν στην ζωή τους. Η γέννηση ενός υγιούς παιδιού αποτελεί για τους γονείς ένα σημαντικό σταθμό της ζωής τους και αποτελεί μια στιγμή μοναδική και χαρούμενη για τους μελλοντικούς γονείς. Ωστόσο, η γέννηση όμως ενός διαφορετικού παιδιού (πχ παιδί με αναπηρία) πυροδοτεί μία σειρά αρνητικών συναισθημάτων. Συγκεκριμένα, 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. (Αρμπουνιώτη, 2007). Οι γονείς, οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με την αναπηρία, εμφανίζονται να βιώνουν έντονα συναισθήματα και τα οποία διαβαθμίζονται ανάλογα το στάδιο στο οποίο βρίσκονται. Σύμφωνα με την Μαργαρίτη (2006), τα στάδια εκδήλωσης των συναισθημάτων των γονέων είναι τα εξής:

1ο στάδιο Σοκ: Στο στάδιο αυτό εντοπίζεται μια συναισθηματική αποδιοργάνωση, παρατηρείται η καχυποψία και η σύγχυση. Η κατάσταση σοκ ενδέχεται να διαρκέσει από λίγα λεπτά έως μερικές μέρες.

2ο στάδιο Αντίδραση: Οι γονείς σε αυτή τη φάση παρουσιάζουν θλίψη, στεναχώρια και αισθάνονται απελπισμένοι. Φαίνεται να αντιμετωπίζουν τη διάγνωση με καχυποψία και εκφράζουν την ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον που θα τους ακούσει με συμπάθεια και θα τους δώσει ειλικρινείς πληροφορίες.

3ο στάδιο Προσαρμογή: Οι γονείς αρχίζουν να εκτιμούν την ρεαλιστική κατάσταση της αναπηρίας. Χρειάζονται ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες προκειμένου να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση και να προετοιμαστούν καλύτερα για την ανάπτυξή του.

4ο στάδιο Προσανατολισμός: Αρχίζουν να αναζητούν βοήθεια και ενημέρωση και προγραμματίζουν το μέλλον. Σε αυτό το στάδιο, κρίνεται σημαντική η συστηματική βοήθεια και καθοδήγηση με την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών.

Γενικότερα, η ίδια η αναπηρία του παιδιού μπορεί να γίνει ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα της ζωής ενός γονιού (Ainbinder, Blanchard, Singer, Sullivan, Powers, Marquis & Santelli, 1998· Moawad, 2012). Με βάση τα προαναφερόμενα, γίνεται φανερό ότι οι γονείς των παιδιών με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες έχουν να αντιμετωπίσουν μια αρκετά δύσκολη κατάσταση, η οποία απαιτεί από εκείνους να ανταποκριθούν σε έναν αρκετά ικανοποιητικό βαθμό, ιδιαίτερα όσον αφορά στην φροντίδα του παιδιού τους σε καθημερινό επίπεδο. Ως προς την ικανότητα των γονέων να αντιμετωπίσουν τους προβληματισμούς τους και να ανταποκριθούν στις δυσκολίες της αναπηρίας επηρεάζεται και εξαρτάται από την ικανότητα αντιμετώπισης που διαθέτουν (Hsiao, 2018). Διαφαίνεται δηλαδή ότι το άγχος των γονέων με αναπηρία εμφανίζει μια θετική σχέση με τη χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης (Craig, Operto, De Giacomo, Margari, Frolli, Conson, & Margari, 2016), κάτι το οποίο θα αναλυθεί περισσότερο στη συνέχεια της παρούσας εργασίας.

## Κεφάλαιο 3: ΑΓΧΟΣ-ΣΤΡΕΣ

### 3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός των όρων

Η λέξη «άγχος» προέρχεται από το ρήμα άγχω που σημαίνει σφίγγω πιεστικά στον λαιμό και αποτελεί την κλινική εκδήλωση της μακροχρόνιας έκθεσής μας σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες. Όσον αφορά τον προσδιορισμό του, διαπιστώνεται ότι αποτελεί μια ευρύτατη και πολυσύνθετη έννοια, η οποία έχει δεχθεί διάφορους ορισμούς από τη πλευρά της βιβλιογραφίας. Σύμφωνα με τον Lazarus & Folkman (1984), ο όρος "άγχος" ή "στρεσογόνος παράγοντας" αναφέρεται σε κάποιο ερέθισμα που επηρεάζει το άτομο ,ή ακόμα προκύπτει μέσα από τα νευρολογικά χαρακτηριστικά του, όπως είναι η πείνα. Οι ίδιοι επισημαίνουν πως τα αγχογόνα ερεθίσματα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες, όπου η πρώτη κατηγορία αφορά μαζικές αλλαγές που επηρεάζουν μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, ενώ θεωρούνται γενικώς αγχωτικές και ότι το άτομο δεν μπορεί να τις ελέγξει πχ. ο σεισμός. Η δεύτερη κατηγορία αγχογόνων παραγόντων άπτεται σε μαζικές αλλαγές που επηρεάζουν πολύ λίγα άτομα (ή ακόμα και ένα μόνο άτομο), πχ μία αναπηρία (Hackett & Weisman, 1964 στο Lazarus & Folkman, 1984) και η τρίτη σε καθημερινές ενοχλήσεις πχ μία διένεξη (Lazarus & Folkman, 1984). Στη θεώρηση του Μάνου (1997), το άγχος ορίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος αποτελεί μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους, έχοντας τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια αγχογόνα γεγονότα. Γενικά, μέχρι ενός σημείου, το άγχος θεωρείται φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας. Με αυτό, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται και ενδυναμώνονται (Barlow, 2000). Σε φυσιολογικό βαθμό αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα, καθώς μπορεί να συμβάλλει στην ενεργοποίηση της δράσης του ατόμου, εφόσον μια κατάσταση απειλεί την ψυχοσωματική του υπόσταση. Σε υπερβολικό βαθμό, όμως, το άγχος αποτελεί νοσηρή εκδήλωση, μια χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου. Όσον αφορά την λέξη «στρες», προέρχεται από το ινδο-ευρωπαϊκό «str», το λατινικό «stringere» που σημαίνει τεντώνω και το ελληνικό «στραγγαλίζω». Κατά τα τέλη του 18<sup>ου</sup> και 19<sup>ου</sup> αιώνα, χρησιμοποιούταν για να εκφράσει ένταση, πίεση και δύναμη. Όσον αφορά τον

προσδιορισμό του όρου, ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος είναι αυτός που έχει διατυπωθεί από τον Richard Lazarus και τους συνεργάτες του. Σε αυτόν αναφέρεται ότι το στρες προκαλείται μέσω των διαδικασιών αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντός τους. Συγκεκριμένα, όταν το άτομο αισθάνεται ότι οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες δεν επαρκούν για να ανταπεξέλθει στις συγκεκριμένες απαιτήσεις το περιβάλλοντός του, αρχίζει να βιώνει έντονο στρες. Σε έναν άλλο ορισμό, το στρες χαρακτηρίζεται ως η διαταραχή της ομοιόστασης του οργανισμού και αποτελείται από ψυχοπαιστικά ερεθίσματα καθώς και από αντιδράσεις του ατόμου, ψυχικές, σωματικές αλλά και κοινωνικές (Χρούσος, 2009). Μια προσέγγιση με βάση τη βιολογική του πλευρά δίνεται από τον Hans Selye (1930), ο οποίος είχε πει ότι το στρες είναι «το σύνδρομο του να είσαι άρρωστος». Στη συνέχεια, όρισε το στρες ως κάθε τι απαιτητικό για τον οργανισμό, το οποίο προκαλεί μια σωματική αντίδραση και έχει ως επακόλουθο διάφορες αλλαγές προσωρινές ή μόνιμες, στις οποίες καλείται να προσαρμοστεί το άτομο (Selye, 1964). Μάλιστα, διέκρινε το στρες στο θετικό στρες (Eustress), το οποίο αναφέρεται στις θετικές επιπτώσεις και στη δυσφορία (Distress), που χρησιμοποιείται συχνά για να σηματοδοτήσει τις αρνητικές επιπτώσεις της εσωτερικής έντασης (Alder, 2005: 39). Με βάση τα παραπάνω, καθίσταται πλέον σαφές ότι το στρες συνιστά έναν όρο «ομπρέλα» στον οποίο υπάγεται μια μεγάλη σειρά εκδηλώσεων/αντιδράσεων, με αποτέλεσμα ο ακριβής κατά περίπτωση εννοιολογικός του προσδιορισμός να αποτελεί διαδικασία δύσκολη και συχνά προβληματική (Μητρούση, 2015: 25). Σε μια προσπάθεια σύγκρισης του στρες με το άγχος, μπορεί να απεικονιστεί μέσω των διαδικασιών που διαδραματίζουν ως εξής: Το στρεσογόνο ερέθισμα κινητοποιεί τον εγκέφαλο-διαδικασία στρες- και έτσι το άτομο βιώνει το συναίσθημα του άγχους (Βάρβογλη, 2006). Όσον αφορά τη προσέγγιση του θέματος του άγχους, έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς διάφορες θεωρήσεις, δίνοντας η κάθε μία και από ένα ξεχωριστό στοιχείο. Ενδεικτικά, οι Levine και Scotch (1970), στο βιβλίο τους «Social Stress» υποστηρίζουν ότι το άγχος είναι αποτέλεσμα κοινωνικών παραγόντων, όπως η κοινωνική απομόνωση, το εργασιακό περιβάλλον, ενδοοικογενειακών παραγόντων, όπως ο κύκλος της ζωής της οικογένειας, ο γάμος και το διαζύγιο. Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2005), το άγχος προσδιορίζεται με βάση τρεις προσεγγίσεις. Στην πρώτη προσέγγιση, το άγχος προσδιορίζεται ως μια εξαρτημένη μεταβλητή, καθώς περιγράφεται ως μια σωματική και ψυχολογική αντίδραση το ατόμου σε ένα εξωτερικό αρνητικό ερέθισμα. Η δεύτερη προσέγγιση ορίζει το άγχος ως ένα

περιβαλλοντικό χαρακτηριστικό, το οποίο επηρεάζει το άτομο, ανάγοντας το άγχος σε μια ανεξάρτητη μεταβλητή. Στην τρίτη προσέγγιση, το άγχος γίνεται αντιληπτό ως μια διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όσο και τις ατομικές αντιδράσεις σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο, τα οποία βρίσκονται σε αλληλεπίδραση μεταξύ του, καθώς το ένα του μέρος επηρεάζει και διαμορφώνει συνεχώς το άλλο (Καραδήμας, 2005). Επίσης, μια πιο σύγχρονη προσέγγιση για το άγχος προέρχεται από το DSM 5 (2013), σύμφωνα με το οποίο το άγχος προσδιορίζεται με την έννοια της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, η οποία περιλαμβάνει το υπερβολικό άγχος ή ανησυχία (φοβισμένη προσδοκία) που εμφανίζεται τις περισσότερες ημέρες μιας περιόδου τουλάχιστον 6 μηνών, για σειρά γεγονότων ή δραστηριοτήτων (όπως για παράδειγμα η εργασία και η σχολική επίδοση). Το άτομο αισθάνεται ότι είναι δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία. Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα έξι συμπτώματα (με τουλάχιστον ορισμένα συμπτώματα να είναι παρόντα για τις περισσότερες μέρες κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών): 1.Νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή υπερένταση, 2. Αισθάνεται ασυνήθιστα ταραγμένος, 3. Δυσκολία συγκέντρωσης ή αίσθημα ότι το μυαλό αδειάζει, 4.Ευερεθιστότητα, 5. Μυϊκή τάση, 6. Διαταραχή του ύπνου( δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου, ή ανήσυχος, μη ικανοποιητικός ύπνος). Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση των κοινωνικών, επαγγελματικών, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας (DSM-5, 2013 :122,123). Μια θεωρία που θα πρέπει οπωσδήποτε να επισημανθεί, είναι η θεωρία του Spielberger (1966b όπ. ανάφ. στην Μητρούση, 2015: 55), η κλίμακα του οποίου χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα. Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, το στρες προκαλεί άγχος ή αλλιώς διέγερση και διακρίνεται στο άγχος για μια κατάσταση, οποίο αναφέρεται ως παροδικό άγχος και στο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, το οποίο προσεγγίζεται ως μόνιμο. Το παροδικό άγχος, κατά τον Spielberger, αναφέρεται στην υποκειμενική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ένταση και νευρικότητα, ενώ το μόνιμο άγχος αναφέρεται στην προδιάθεση του ατόμου να αντιλαμβάνεται συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά με άγχος σε αυτές. Γενικά, το άγχος μιας κατάστασης σχετίζεται με την κατάσταση που βιώνουμε υποκειμενικά τη συγκεκριμένη στιγμή και η οποία προκαλεί αισθήματα ανησυχίας και έντασης, ενεργοποιώντας το αυτόνομο νευρικό σύστημα (Spielberger, 1966b όπ. ανάφ στη Μητρούση, 2015: 55).

Αντίθετα το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας αποτελεί μια αποκτημένη συμπεριφορική προδιάθεση. Το άτομο δηλαδή, αντιλαμβάνεται μια κατάσταση ως απειλητική, η οποία πιθανόν δεν είναι αντικειμενικά απειλητική και έχει έντονες αντιδράσεις άγχους, δυσανάλογων της ίδιας της κατάστασης (Spielberger, 1966b όπ. ανάφ. στη Μητρούση, 2015: 55). Η θεωρία του Spielberger (1972a όπ. ανάφ στη Μητρούση, 2015: 55-56) για το άγχος βασίζεται στις παρακάτω υποθέσεις: 1. Τα εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα για ένα άτομο που γίνονται αντιληπτά ως απειλητικά προκαλούν αντιδράσεις παροδικού άγχους. Μέσω των αισθητηριακών και γνωστικών μηχανισμών ανατροφοδότησης, τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους βιώνονται ως δυσάρεστα. 2. Όσο μεγαλύτερη είναι η ένταση της απειλής που γίνεται αντιληπτή, τόσο πιο έντονη είναι η αντίδραση παροδικού στρες. 3. Όσο μεγαλύτερης διάρκειας είναι η απειλή που το άτομο βιώνει, τόσο πιο μόνιμη είναι η αντίδραση παροδικού στρες. 4. Σε σύγκριση με τα άτομα που συγκεντρώνουν χαμηλό επίπεδο μόνιμου στρες, τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόνιμου στρες, αντιλαμβάνονται περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές, απαντούν με πιο έντονες αντιδράσεις παροδικού στρες ή και τα δύο. Οι καταστάσεις που ενέχουν τον κίνδυνο αποτυχίας ή απειλής της αυτοεκτίμησης είναι περισσότερο πιθανό να αποτελέσουν πηγές απειλής απ' ό,τι είναι οι καταστάσεις που μπορούν να απειλήσουν τη φυσική υγεία. 5. Τα υψηλά επίπεδα παροδικού στρες εμπεριέχουν τέτοια ώθηση ώστε να εκδηλώνονται στη συμπεριφορά ή να κινητοποιούν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που έχουν υπάρξει ικανοί κατά το παρελθόν στη μείωση του παροδικού στρες. 6. Η συχνή εμφάνιση στρεσογόνων καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην ανάπτυξη συγκεκριμένων ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας με στόχο τη μείωση του παροδικού στρες. Με βάση τα παραπάνω, γίνεται ξεκάθαρο ότι η έμφαση θα πρέπει να δίνεται στο ερέθισμα που προκαλεί παροδικό στρες, στις γνωστικές διαδικασίες που ερμηνεύουν το ερέθισμα ως απειλητικό και στις συμπεριφορές που εκδηλώνονται ως απάντηση στην επαναλαμβανόμενη απειλή (Cox, Martens, & Russell, 2003).

### **3.2 Τα συμπτώματα του άγχους**

Όταν το άτομο βρίσκεται σε μια κατάσταση άγχους, είναι πιθανό να εκδηλώσει κάποια συμπτώματα, τα οποία διακρίνονται σε ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Στα ψυχολογικά συμπτώματα περιλαμβάνεται η ανησυχία και η

ανυπομονησία, το αίσθημα αόριστου φόβου και αγωνίας, η νευρική κατάσταση, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας. Στα σωματικά συμπτώματα συγκαταλέγονται η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, το αίσθημα κόμπου στο λαιμό, ο πόνος στο στήθος, η δυσκαταποσία, το αίσθημα παλμών, τα κρύα χέρια, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, τα κοιλιακά άλγη, η μυϊκή τάση, η κινητική ανησυχία, η τρέμουλα, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνουρία και η κεφαλαλγία τάσης (Μαδιανός, 2003).

### **3.3 Θεωρητικά μοντέλα για το άγχος των γονέων ατόμων με αναπηρία**

Η βιβλιογραφία έχει δείξει με τα πορίσματά της πως κάθε οικογένεια, αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στο άγχος που της προκαλεί η αναπηρία του παιδιού της και αναφέρεται στην αλληλεπίδραση παραγόντων, τόσο ενδογενών, όσο και εξωγενών, με μεγάλη έμφαση στην υποστήριξη των οικογενειών (Crnic, Friedrich & Greenberg, 1983), κάτι το οποίο δημιούργησε την αναγκαιότητα για την ανάπτυξη θεωρητικών μοντέλων που θα περιλάμβαναν περισσότερους παράγοντες. Προέκυψαν, λοιπόν, μοντέλα που εστίαζαν στο άγχος, στην αντιμετώπισή του, καθώς και στην προσαρμογή της οικογένειας σε αυτό. Έχοντας ως βάση αυτήν την διατύπωση, παρουσιάζεται ένα μοντέλο που προβάλλεται έντονα στη βιβλιογραφία, όσον αφορά το άγχος και την αντιμετώπισή του, το «Διπλό ABΓΧ» (Double ABCX). Σύμφωνα με το Διπλό ABΓΧ, περιλαμβάνονται αλλαγές που προκύπτουν τόσο στη ζωή της οικογένειας όσο και στην κατάσταση του παιδιού, πριν την κρίση, κατά την κρίση και μετά την κρίση, καθώς και η αντιμετώπιση εκ μέρους της οικογένειας (McCubbin & Patterson, 1983a). Το μοντέλο ABΓΧ αναλύεται ως εξής: το Α προκαλεί την αγχογόνο κατάσταση, το Β προβάλλει τις διαθέσιμες πηγές που χρησιμοποιεί η οικογένεια, το Γ δείχνει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται και νοηματοδοτεί η οικογένεια την αναπηρία, έχοντας ως αποτέλεσμα το Χ, την κρίση της οικογένειας (Minnes, 1988). Στη πορεία, προέκυψε ένα νέο μοντέλο, το οποίο περιλάμβανε στοιχεία από το «Double ABCX» και ονομάστηκε «Family Adjustment and Adaptation Response» (FAAR). Το μοντέλο περιλαμβάνει δύο περιόδους προσαρμογής της οικογένειας, την άμεση αντίδραση στην αγχογόνο κατάσταση, καθώς και εκείνη που ακολουθεί μακροπρόθεσμα. Παράλληλα δίνει έμφαση στο ότι μια σημαντική παράμετρος αποτελεί το νόημα που αποδίδει η οικογένεια στη νέα κατάσταση (McCubbin & Patterson, 1983a). Σημαντικό, επίσης, όσον αφορά το άγχος



των γονέων, αποτελεί και το μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984). Το αγχογόνο γεγονός ορίζεται ως ένα περιστατικό, στο οποίο οι περιβαλλοντικές απαιτήσεις υπερβαίνουν το διαθέσιμο δυναμικό για την αντιμετώπισή του. Οι γνωστικές εκτιμήσεις που γίνονται πάνω στα αγχογόνα γεγονότα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: την πρωτογενή και δευτερογενή γνωστική εκτίμηση, που είναι αλληλένδετες και αλληλοεξαρτώμενες. Η πρωτογενή γνωστική εκτίμηση αναφέρεται στο πως αντιλαμβάνεται το άτομο μια συγκεκριμένη κατάσταση, δηλαδή αν είναι αδιάφορη, θετική ή αγχογόνα. Η δευτερογενής γνωστική εκτίμηση αναφέρεται στην επίλυση των προβλημάτων (χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών) είτε με την αλλαγή μέρους της κατάστασης είτε με επαναπροσδιορισμό του άγχους που προκαλεί η συγκεκριμένη κατάσταση. Το συγκεκριμένο μοντέλο αυτό εστιάζει στο πως το άτομο θα εκτιμήσει ένα γεγονός (ως ασήμαντο, ωφέλιμο ή αγχογόνο) και στη συνέχεια ποιες στρατηγικές θα χρησιμοποιήσει, ώστε να αντιμετωπίσει το άγχος που δημιουργήθηκε από τις εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις, οι οποίες αποδεικνύονται ότι υπερβαίνουν τις δυνατότητές του. Η παρουσίαση των προαναφερθέντων θεωρητικών μοντέλων είναι μεν σημαντική αλλά, για να απαντήσει όμως, κάποιος στο ερώτημα, στο πώς και γιατί οι οικογένειες βιώνουν το άγχος, καθώς και στο πως αντιδρούν στις αγχογόνες καταστάσεις, θα πρέπει να λάβει κανείς υπόψη του το πολιτισμικό και κοινωνικό υπόβαθρό της κάθε οικογένειας (Boss,2001).

## Κεφάλαιο 4: Αντιμετώπιση του Άγχους

### 4.1 Αντιμετώπιση Αγχογόνων Καταστάσεων

Παρόλο που και άλλες επιστήμες (π.χ. κοινωνιολογία, βιολογία) χρησιμοποιούν τον όρο coping (για να περιγράψουν τρόπους με τους οποίους η κοινωνία ή ο οργανισμός αντιμετωπίζει μια κρίση), η έννοια αυτή ανήκει κυρίως στον χώρο της ψυχολογίας (Lazarus, & Folkman, 1984). Γενικά, ο τρόπος αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (coping style) μπορεί να ερμηνευθεί ως ένας διακριτός συμπεριφοριστικός τρόπος ή ως μία καλά συντονισμένη προσαρμογή σε ένα γεγονός το οποίο απαιτεί τόσο συμπεριφορικές όσο και συναισθηματικές αντιδράσεις και προσαρμογές (Glidden, Billings & Jobe, 2006). Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων (coping) είναι «η διαδικασία με την οποία το άτομο προσπαθεί να χειριστεί/ρυθμίσει απαιτήσεις (εξωτερικές ή εσωτερικές) που το ίδιο θεωρεί ότι θέτουν σε δοκιμασία ή υπερβαίνουν τις διαθέσιμες δυνάμεις του». Κατά τους ίδιους, ο ορισμός αυτός εμφανίζει πολλά πλεονεκτήματα. Πρώτον, περιγράφει τον όρο ως διαδικασία και όχι ως σταθερό χαρακτηριστικό ή στυλ συμπεριφοράς: η διαδικασία περιγράφεται με περισσότερο λειτουργικό τρόπο, αλλά μπορεί και να γίνει αντικείμενο παρέμβασης (σε αντίθεση με το χαρακτηριστικό). Δεύτερον, αναφέρεται σε προσπάθειες του ατόμου να χειριστεί (και όχι να ελέγξει) αρνητικά ερεθίσματα. Ο «χειρισμός» αυτός μπορεί να συμπεριλάβει τον επανακαθορισμό, την ανοχή, ακόμη και την αποδοχή ενός αρνητικού γεγονότος, αν αυτό πρόκειται να οδηγήσει σε μια αποτελεσματική προσαρμογή. Τρίτον, η έννοια της γνωστικής αξιολόγησης/εκτίμησης καθιστά τον όρο άκρως ψυχολογικό. Τέταρτον, ο ορισμός αυτός θεωρεί ότι η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων είναι η κινητοποίηση του οργανισμού, η σκόπιμη προσπάθεια του ατόμου να αντιδράσει σε μια εξωτερική ή εσωτερική αντιξοότητα. Αυτό το τελευταίο στοιχείο φέρνει στο προσκήνιο το θέμα της διάκρισης της συγκεκριμένης έννοιας από άλλες συναφείς έννοιες. Η αντιμετώπιση του άγχους, καθώς προϋποθέτει σκόπιμη προσπάθεια, δεν μπορεί να είναι συνώνυμη με αντανεκλαστικές ή αυτοματοποιημένες αντιδράσεις του ατόμου, διότι οι τελευταίες δεν είναι του ελέγχου του (Compas, 1987b). Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθούν και οι λειτουργίες της. Σύμφωνα, λοιπόν με τους Cohen, & Lazarus (1978) η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων: α) «μειώνει τις βλαπτικές περιβαλλοντικές

συνθήκες και βελτιώνει τις προοπτικές του ατόμου για «ανάρρωση», β) θωρακίζει το άτομο ώστε να υπομείνει ή να προσαρμοστεί σε αρνητικά γεγονότα και καταστάσεις, γ) συμβάλλει στη διατήρηση της θετικής αυτοεικόνας και συναισθηματικής ισορροπίας και δ) καθιστά το άτομο ικανό να διατηρήσει ικανοποιητικές σχέσεις με άλλα πρόσωπα».

#### **4.2 Θεωρητική προσέγγιση της αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων**

Ένα από τα πρώτα μοντέλα που δημιουργήθηκαν με σκοπό να περιγράψουν και να εξηγήσουν τη διαδικασία μέσα από την οποία περνά το άτομο στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει αγχογόνες καταστάσεις είναι το αλληλεπιδραστικό (transactional) μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984). Το μοντέλο αυτό τονίζει την ύπαρξη αλληλεπίδρασης ατόμου και αγχογόνου κατάστασης. Οι Lazarus και Folkman (1984) όρισαν το άγχος ως μια ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον, η οποία εκφράζεται με την εκτίμησή του ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει τον επιβαρύνει σημαντικά ή και υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματά του, θέτοντας σε κίνδυνο την ψυχική του ισορροπία. Σύμφωνα με το αλληλεπιδραστικό μοντέλο, το άτομο περνά από δύο διαφορετικές διαδικασίες, καθοριστικής σημασίας για την έκβαση του προβλήματος. Η πρώτη είναι η γνωστική εκτίμηση, που αναφέρεται στο βαθμό και στον τρόπο με τον οποίο η κατάσταση σχετίζεται με το άτομο. Η δεύτερη έχει να κάνει με την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η αντιμετώπιση ορίζεται ως μια προσπάθεια επίλυσης ή/και μείωσης των εξωτερικών και εσωτερικών πιέσεων που ασκεί η κατάσταση στο άτομο. Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), η αντιμετώπιση του άγχους αποτελεί μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία η αναθεώρηση της εκτίμησης οδηγεί σε αλλαγές στην αντιμετώπιση και αντίστροφα. Το προτέρημα της θεωρητικής προσέγγισης των Lazarus και Folkman είναι ότι επιτρέπει την περιγραφή σύνθετων διαδικασιών αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένου στρατηγικών που εστιάζονται στο πρόβλημα και στη ρύθμιση του συναισθήματος (Μητρούση, 2015: 69).

#### **4.3 Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων**

Η αντιμετώπιση του άγχους δεν αποτελεί ενιαία μορφή συμπεριφοράς η οποία υιοθετείται από όλους τους ανθρώπους σε κάθε αρνητική περιβαλλοντική συνθήκη. Αντίθετα, συνίσταται σε επιμέρους, συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς, των

οποίων η χρήση και η εμφάνιση εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Αυτά τα σύνολα γνωστικών διεργασιών, συμπεριφορών και δεξιοτήτων, που το άτομο κινητοποιεί όταν αναμένει (ή υφίσταται ήδη) μια αγχογόνο εμπειρία, ονομάζονται στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Latack, & Havlovic, 1992). Ως προς με τη χρήση του όρου «στρατηγικές αντιμετώπισης», εμφανίζεται μια δυσκολία προσδιορισμού τους, καθώς υπάρχουν διάφοροι παράγοντες, για παράδειγμα, ο σκοπός που μία στρατηγική εξυπηρετεί, ο τρόπος με τον οποίο το άτομο την χρησιμοποιεί και το αποτέλεσμα στο οποίο οδηγεί (Crníc, Friederich & Greenberg, 1983). Γενικά εμφανίζονται στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο συναίσθημα. Η πρώτη κατηγορία στοχεύει στην αναγνώριση της δυσκολίας, στην εξεύρεση εναλλακτικών λύσεων, στον υπολογισμό των συνεπειών μιας αντίδρασης και στην ενεργητική αντιμετώπιση του προβλήματος από το άτομο (Lazarus, & Folkman, 1984). Χρησιμοποιώντας αυτές τις στρατηγικές το άτομο επιχειρεί να αποκαταστήσει τις διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ του ίδιου και του περιβάλλοντός του, οι οποίες προκαλούν και τις αγχογόνες καταστάσεις (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Όσον αφορά τις στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, οι Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal (1964), τις χώρισαν σε δύο κατηγορίες: σε αυτές που κατευθύνονται προς το περιβάλλον και σε αυτές που αφορούν το ίδιο το άτομο. Οι πρώτες αφορούν τροποποιήσεις στο περιβάλλον του ατόμου, στον τρόπο που είχε ρυθμίσει την ζωή του, στα όριά του και στους διαθέσιμους υλικούς πόρους του. Οι δεύτερες αφορούν τις γνωστικές αλλαγές στο άτομο, και περιλαμβάνουν ανάπτυξη νέων συμπεριφορών και αντιλήψεων, εναλλακτικών μέσων εκτόνωσης, εκμάθηση νέων ικανοτήτων και μείωση της ατομικής ευθύνης για την δύσκολη κατάσταση (Lazarus, & Folkman, 1984). Από την άλλη πλευρά, οι στρατηγικές προσανατολισμένες στο συναίσθημα αφορούν στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και περιλαμβάνουν γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές, όπως για παράδειγμα η αποφυγή, η επιλεκτική εστίαση της προσοχής, η αποστασιοποίηση, η απόσπαση θετικής ενέργειας από τα αρνητικά γεγονότα, η σωματική άσκηση, η εκτόνωση του θυμού, η κατανάλωση αλκοόλ και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (Lazarus, & Folkman, 1984). Ως προς την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης, η έρευνα έχει δείξει ότι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ένας σημαντικός παράγοντας: η ελεγχσιμότητα του γεγονότος που προκαλεί άγχος. Υπάρχουν ενδείξεις ότι, όταν το γεγονός θεωρείται

ελέγξιμο, είναι πιθανότερο να χρησιμοποιηθούν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα. Αντίθετα, όταν η κατάσταση αντικειμενικά δεν μπορεί να μεταβληθεί, τότε συνήθως επιλέγεται κάποια στρατηγική προσανατολισμένη στο συναίσθημα (Terry, 1991). Θα πρέπει να επισημανθεί, επίσης, ότι η επιλογή και η χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης από ένα άτομο, εξαρτάται από το υλικό, ψυχικό, γνωστικό, συναισθηματικό και σωματικό δυναμικό και απόθεμα που διαθέτει. Η καλή φυσική κατάσταση και υγεία, διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο, καθώς βοηθά το άτομο να υπομείνει την ψυχολογική πίεση και τα προβλήματα στη ζωή του. Οι θετικές αντιλήψεις και η αισιοδοξία, δημιουργούν ελπίδα, που δίνουν στο άτομο μια δυναμική ώστε να ανταποκριθεί καλύτερα σε μια δυσκολία που αντιμετωπίζει. Σε αυτό βοηθούν και οι ικανότητες του ατόμου να επιλύει προβλήματα (Lazarus & Folkman, 1984). Ταυτόχρονα, οι κοινωνικές δεξιότητες του ατόμου, του δίνουν τη δυνατότητα να επικοινωνεί και να συμπεριφέρεται με τρόπους που είναι κοινωνικά αποδεκτοί και αποτελεσματικοί. Αυτό έχει ως συνέπεια, στην αντιμετώπιση των δυσκολιών του, να συμβάλλει και ο κοινωνικός του κύκλος, διαδραματίζοντας έναν υποστηρικτικό ρόλο, συνεισφέροντας συναισθηματικά, υλικά και σωματικά. Μια παράμετρος που πρέπει να αναφερθεί, είναι οι κοινωνικοί παράγοντες. Σύμφωνα με τους Νικολάου, Παρα, & Gogou (2018), η απουσία των παραγόντων που συμβάλουν στην προστασία της κοινωνίας, μπορεί να έχει ως συνέπεια την φτώχεια, την ανεργία, την απώλεια δικαιωμάτων, τον κοινωνικό αποκλεισμό και διαφόρων ειδών διακρίσεις, σε συνδυασμό με επιπτώσεις στην προσωπικότητα και στην υγεία του σώματος και της ψυχής. Σε αντιδιαστολή με τα παραπάνω, αποτελεί το γεγονός, ότι όσα περισσότερα υλικά αγαθά έχει στη διάθεσή του το άτομο -χρήματα, προϊόντα, υπηρεσίες- τόσο πιο σύντομα θα προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση (Lazarus, & Folkman, 1984). Άλλωστε, η έρευνα έχει δείξει ότι υπάρχει μία μεγάλη σχέση μεταξύ οικονομικής κατάστασης και προσαρμογής (Antonovsky, 1979 · Jones & Passey, 2004).

#### **4.4 Άλλες ταξινομήσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους**

Στην βιβλιογραφία έχουν εμφανιστεί διάφορες διαστάσεις ως προς την ταξινόμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι Lazarus και Folkman (1984), χρησιμοποιώντας ως κριτήριο ταξινόμησης την κατεύθυνση που έχουν οι ενέργειες του ατόμου, πρότειναν τη διάκριση ανάμεσα σε στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα και στρατηγικές

εστιασμένες στο συναίσθημα. Μια παραπλήσια ταξινόμηση διακρίνει στρατηγικές προσέγγισης και στρατηγικές αποφυγής (Herman, &McHale, 1993). Κάτι ανάλογο συναντάται και στους Billings και Moos (1981), οι οποίοι ανέφεραν τις ενεργητικές στρατηγικές και τις στρατηγικές αποφυγής. Οι McCubbin, & Patterson (1983a), κατηγοριοποίησαν τους τρόπους αντιμετώπισης του άγχους σε εξωτερικούς και εσωτερικούς. Οι εξωτερικοί αναφέρονται κυρίως σε αναζήτηση κοινωνικής και πνευματικής υποστήριξης, ενώ οι εσωτερικοί αφορούν στρατηγικές αποφυγής και αναπλαισίωσης (Turnbull, Summers, & Brotherson, 1986). Επίσης, ο Judge (1998), καθώς και οι Bailey, & Smith (2000), διαχώρισαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε προσαρμοστικές και ανακουφιστικές. Οι προσαρμοστικές στρατηγικές στοχεύουν ακριβώς πάνω στην πηγή του άγχους, ενώ οι ανακουφιστικές οδηγούν το άτομο μακριά από την συνειδητοποίηση των αγχογόνων παραγόντων (Judge, 1998). Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους ακούσιους μηχανισμούς άμυνας του ατόμου και αφορά αυτόματες αντιδράσεις, που το άτομο χρησιμοποιεί για να προστατευτεί από το ψυχολογικό στρες και τα δυσάρεστα συναισθήματα. Οι μηχανισμοί άμυνας μπορεί να βοηθήσουν το άτομο, σε περίπτωση μόνο που διαρκέσουν για ένα μικρό χρονικό διάστημα (Atwater, 1983). Ωστόσο, οι προσαρμοστικές στρατηγικές είναι εκείνες με τις οποίες το άτομο θα μπορέσει πιο αποτελεσματικά να μειώσει το στρες (Bailey & Smith, 2000). Μια ακόμη προσέγγιση προκύπτει από το γεγονός ότι κάποιο άτομο μπορεί να υιοθετήσει μια στρατηγική αντιμετώπισης πριν από την εμφάνιση του αγχογόνου γεγονότος, κατά τη διάρκεια του αγχογόνου γεγονότος ή κατόπιν του αγχογόνου γεγονότος. Με βάση, λοιπόν, το κριτήριο του χρονικού προσανατολισμού, οι Beehr και McGrath (1996) περιγράφουν πέντε μορφές/στρατηγικές αντιμετώπισης: α) η προληπτική αντιμετώπιση (preventive coping), η οποία υιοθετείται πριν τη βέβαιη ή πιθανή εκδήλωση ενός αγχογόνου γεγονότος, β) η προβλεπτική αντιμετώπιση (anticipatory coping), η οποία υιοθετείται όταν αναμένεται σύντομα να συμβεί ένα γεγονός, γ) η δυναμική αντιμετώπιση (dynamic coping), η οποία υιοθετείται τη στιγμή που λαμβάνει χώρα το στρεσογόνο γεγονός, δ) η αντιδραστική αντιμετώπιση (reactive coping), η οποία υιοθετείται μετά το στρεσογόνο γεγονός και ε) η υπολειμματική αντιμετώπιση (residual coping), που υιοθετείται για τη διαχείριση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων του αγχογόνου γεγονότος. Επιπρόσθετα, μια ενδιαφέρουσα ταξινόμηση για τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους πρότειναν οι Westman και Shirom (1995). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές διέκριναν δύο διαστάσεις: α) το περιεχόμενο της στρατηγικής και β) τον περίγυρο. Με βάση το

περιεχόμενο, οι Westman και Shirom διέκριναν τις στρατηγικές σε άμεσες και ενεργητικές, σε αντίθεση με τις έμμεσες και παθητικές, καθώς και τις στρατηγικές που είναι επαρκείς, σε σχέση με τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Ως προς τον περίγυρο και τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις, οι ίδιοι οι ερευνητές θεωρούν σημαντική την ποικιλία του ρεπερτορίου των διαθέσιμων στρατηγικών και την ευελιξία, δηλαδή τη δυνατότητα του ατόμου να τροποποιεί τις στρατηγικές του, ανάλογα με το αγχογόνο ερέθισμα. Ανεξάρτητα με τον τρόπο που η κάθε θεωρία τις διακρίνει, τις διαχωρίζει και τις ομαδοποιεί, οι στρατηγικές αντιμετώπισης αφορούν πεποιθήσεις και συμπεριφορές που χρησιμοποιούν τα άτομα, για να αξιολογήσουν τους αγχογόνους παράγοντες και οι οποίες περιλαμβάνουν ενεργητικές στρατηγικές ή στρατηγικές αποφυγής, που στοχεύουν στην μείωση του άγχους (Folkman & Lazarus, 1988). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι ο παράγοντας που θα καθορίσει την προσαρμογή ή όχι του ατόμου στις νέες αλλαγές της ζωής του, οι οποίες του δημιουργούν άγχος (Judge, 1998).

#### **4.5 Στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και γονείς**

Οι γονείς των παιδιών με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, έχουν μεταξύ άλλων καθκόντων, να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας όσον αφορά στην φροντίδα του παιδιού τους. Για να ανταπεξέλθουν στο άγχος που ενδεχομένως δημιουργείται, λόγω ποικίλων γεγονότων και παραγόντων, χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές. Γίνεται αναφορά, δηλαδή, στις γνωστικές-συμπεριφορικές προσπάθειες που κάνει το άτομο ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει, να διαχειριστεί, να ελαχιστοποιήσει και να αντέξει, τις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις της αλληλεπίδρασης του ίδιου και του περιβάλλοντος, οι οποίες δοκιμάζουν τα αποθέματά του ή τα υπερβαίνουν (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι γονείς για να λειτουργήσουν ρυθμιστικά όσον αφορά το άγχος, διακρίνονται σε αυτές που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα, καθώς και σε εκείνες που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα (Folkman & Lazarus, 1988a).

Στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα:

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τους γονείς και εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος θεωρούνται γενικά πιο αποτελεσματικές για τη θετική προσαρμογή τους, καθώς οι γονείς κινητοποιούνται και καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για να

ρυθμίσουν ή να τροποποιήσουν την πηγή που τους προκαλεί το άγχος (Folkman & Lazarus, 1988a). Ενδεικτικά, κάποιες από αυτές τις στρατηγικές είναι οι εξής: η αναζήτηση της κοινωνικής υποστήριξης, η διεκδικητική επίλυση του προβλήματος, η θετική προσέγγιση της κατάστασης (Καραδήμας, 1998). Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί ότι δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, καθώς οι γονείς που κινητοποιούνται και έρχονται σε επαφή με άλλους γονείς που αντιμετωπίζουν αντίστοιχες καταστάσεις, φαίνεται ότι, προσαρμόζονται καλύτερα, όσον αφορά την αναπηρία του παιδιού τους (Judge, 1998).

Στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα:

Οι στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα είναι η αποφυγή-διαφυγή, με τη χρησιμοποίηση της παραίτησης και της άρνησης, καθώς επίσης και η ευχολογία-ονειροπόληση, αποτελούμενη από την ευχολογία και την αναζήτηση θεϊκής παρέμβασης, καθώς και η επαναξιολόγηση (Καραδήμας, 1998). Οι συγκεκριμένες στρατηγικές δεν παρουσιάζονται από τη βιβλιογραφία ως αποτελεσματικές για τους γονείς μακροπρόθεσμα (Judge, 1998), καθώς τα άτομα χρησιμοποιούν αγχογόνα συναισθήματα για να αντέξουν τη νέα κατάσταση και να ρυθμίσουν το άγχος τους (Folkman & Lazarus, 1988a). Μια στρατηγική που εστιάζει στο συναίσθημα και η οποία αποτελεί εξαίρεση, καθώς συντελεί στην προσαρμογή των γονέων, είναι η αναπλαισίωση ή θετική επαναξιολόγηση (Glidden & Natcher, 2009· Hastings, Allen, Mc Dermott, & Still, 2002). Η αναπλαισίωση αποτελείται από δύο παραμέτρους, τη θετική επαναξιολόγηση μιας αγχογόνου κατάστασης και τον επαναπροσδιορισμό του νοήματος που αποδίδεται σε αυτήν την κατάσταση (Cheshire, Barlow, & Powell, 2010). Εστιάζει, δηλαδή, στη διαχείριση του συναισθήματος που δημιουργείται από τον αγχογόνο παράγοντα, και όχι στη διαχείριση του ίδιου του παράγοντα. Η συγκεκριμένη στρατηγική είναι πολύ σημαντική, καθώς εάν χρησιμοποιηθεί για τη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν οι γονείς, μπορεί στη συνέχεια να τους διευκολύνει στην χρήση στρατηγικών που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Σε έρευνα που έγινε σε εξήντα έξι γονείς παιδιών με εγκεφαλική παράλυση βρέθηκε ότι η αναπλαισίωση συσχετίστηκε αρνητικά με το άγχος που βίωναν, καθώς και τα αισθήματα κατάθλιψης που είχαν (Cheshire et al., 2010). Γενικότερα, οι στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα χρησιμοποιούνται συνήθως όταν η κατάσταση που αντιμετωπίζουν δεν πρόκειται να αλλάξει, όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις παιδιών με κινητική αναπηρία



(Heaman,1995). Κάτι που πρέπει ακόμη να επισημανθεί πως οι γονείς μπορούν να χρησιμοποιούν ταυτόχρονα και τα δύο είδη στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως θα διαφανεί σε επόμενο κεφάλαιο. Ενδεικτικά στην έρευνα των Glidden, & Natcher (2009), γονείς χρησιμοποιούν ταυτόχρονα στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα αλλά και στο συναίσθημα.

## **Κεφάλαιο 5: ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ**

### **5.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του συναίσθηματος**

Ο Parrot(2001) υποθέτει ότι όλοι γνωρίζουν τι είναι το συναίσθημα, μέχρι να τους ζητηθεί να δώσουν έναν ορισμό και τότε αυτό γίνεται πολύ πιο δύσκολο. Η ρευστότητα αυτού του πεδίου έγκειται αναμφίβολα στη χρήση της ανακριβούς σχέσης του όρου συναίσθημα (emotion), καθώς και των συγγενών του όρων, όπως είναι η συγκινησιακή κατάσταση/συγκίνηση (affect · Καφέτσιος, 2005), συναισθηματικότητα (emotionality) και αίσθημα (feeling). Συνοπτικά, ο όρος συναίσθημα αποτελείται από: αισθήματα (feelings): αυτά που βιώνουμε, συναισθήματα (emotions): αισθήματα που εκφράζουμε και διαθέσεις (moods): αισθήματα που παραμένουν με το πέρασμα του χρόνου. Το συναίσθημα μπορεί να θεωρηθεί ως μια ομπρέλα που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων που βιώνουν τα άτομα, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής κατάστασης (feeling states) που υπάρχει μια δεδομένη στιγμή, μικρής διάρκειας συναισθηματικές εμπειρίες, καθώς και συναισθηματικά γνωρίσματα (feeling traits), που είναι περισσότερο μόνιμα και ωθούν τα άτομα να ενεργούν με συγκεκριμένους τρόπους (Watson & Clark, 1984). Αυτές οι συναισθηματικές καταστάσεις και ιδιαιτερότητες διαφέρουν από τα αισθήματα ή ακόμη και από τις διαθέσεις (όπως για παράδειγμα η επαγγελματική ικανοποίηση), στο ότι οι τελευταίες απεικονίζουν μια αποτίμηση ενός ειδικότερου αντικειμένου και αν αυτό το αντικείμενο αποτιμάται ως κάτι που είναι αρεστό ή όχι (Kelly & Barsade, 2001· Weiss, 2002). Στις συναισθηματικές καταστάσεις διακρίνουμε δύο κατηγορίες: τα συναισθήματα και τις διαθέσεις. Τα συναισθήματα (emotions) εξάγονται από έναν ειδικότερο στόχο ή αιτία, που συχνά περιλαμβάνουν ψυχολογικές αντιδράσεις και επιπτώσεις και έχουν την ίδια σφοδρότητα και μικρή διάρκεια (Frijda, 1986· Lazarus, 1991). Αντίθετα, οι διαθέσεις

(moods), είναι περισσότερο συγκεχυμένες, μορφοποιούνται από ένα γενικά θετικό (ευχαρίστηση) ή αρνητικό (δυσαρέσκεια) συναίσθημα και δεν συνηθίζουν να εστιάζουν σε μια ειδικότερη αιτία (Frijda, 1986 · Tellegen, 1985). Στην έρευνα τα συναισθήματα εξετάζονται ξεχωριστά από τις διαθέσεις, επειδή εστιάζουν σε έναν ειδικότερο αντικειμενικό σκοπό ή αιτία και σχετίζονται με διαφορετικές αντιδράσεις (Frijda, 1986). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Fredrickson (2001), τα συναισθήματα αποτελούν πολυσύνθετες τάσεις αντίδρασης που εκδηλώνονται σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, μετά την εμφάνιση ενός ερεθίσματος. Η βίωση του συναισθήματος αρχίζει με την απόδοση προσωπικού νοήματος από το άτομο στο ερέθισμα που προηγήθηκε. Η διαδικασία αυτή μπορεί να γίνεται, είτε συνειδητά, είτε ασυνείδητα, και πυροδοτεί μια σειρά αντιδράσεων που εκδηλώνονται με την υποκειμενική εμπειρία, τις εκφράσεις του προσώπου, τις γνωστικές διεργασίες και τις αλλαγές σε σωματικό επίπεδο. Αναλυτικότερα, τα συναισθήματα που μπορούμε εύκολα να διακρίνουμε, τα οποία αναγνωρίζονται ως βασικά ή άμεσα συναισθήματα, περιλαμβάνουν τη χαρά, το θυμό, το φόβο, τη θλίψη, τη αηδία και την έκπληξη, το καθένα με έναν μοναδικό συνδυασμό πρωτότυπων αιτιών και αποτελεσμάτων, μολονότι ο ακριβής αριθμός και η ταυτότητά τους είναι θέματα υπό διαπραγμάτευση (Ekman, 1992 · Niedenthal, Ric, & Krauth-Gruber 2002 · Ortony & Turner, 1990).

## 5.2 Θεωρίες συναισθημάτων

Στη βιβλιογραφία εμφανίζονται διάφορες θεωρίες, όσον αφορά τα συναισθήματα και τη βίωσή τους. Η κάθε θεωρία προσδίδει κάτι διαφορετικό, ως προς τη σύλληψή τους και γι' αυτόν τον λόγο δεν υπάρχει μια μόνο σωστή θεώρηση για τα συναισθήματα. Πιο συγκεκριμένα, ως πρώτη θεωρία εμφανίζεται εκείνη της «κοινής λογικής», η οποία αναφέρει ότι βιώνει κάποιος ένα συναίσθημα ως αντίδραση σε ένα ερέθισμα και στη συνέχεια συμβαίνουν αλλαγές στο σώμα και στη συμπεριφορά του. Για παράδειγμα, νιώθει ευτυχισμένος και γελάμε όταν παρακολουθεί μια κωμωδία· νιώθει θλίψη και μπορεί να δακρύσει όταν ακούσει ότι κάποιος πέθανε· και νιώθει ανήσυχος και μπορεί να ιδρώσει πριν από έναν αγώνα (Alder, 2005:17) . Η δεύτερη θεωρία προέρχεται από τους James-Lange, η οποία προτάθηκε το 1890 από τον Αμερικάνο ψυχολόγο William James ταυτόχρονα και ανεξάρτητα από τον Δανό φυσιολόγο Carl Lange. Η θεωρία υποστηρίζει ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς οδηγεί στη βίωση του συναισθήματος, άποψη που έρχεται σε αντίθεση με την προσέγγιση της κοινής λογικής. Αυτό σημαίνει ότι δεν χτυπάει κάποιος επειδή είναι θυμωμένος,

αλλά εάν χτυπήσει κάποιον ή κάτι, μετά νιώθει θυμωμένος (Alder, 2005:18). Αργότερα, κατά τη δεκαετία το 1920, ο Walter Cannon και ο μαθητής του Philip Bard διαφώνησαν με τη θεωρία των James-Lange. Τόνισαν ότι οι ίδιες σωματικές αντιδράσεις συμβαίνουν σε διαφορετικές καταστάσεις διέγερσης. Η καρδιά χτυπά γρηγορότερα είτε πρόκειται να κολυπήσει κάποιο άτομο είτε να τρέξει για να προλάβει το λεωφορείο είτε για να ξεφύγει από έναν ληστή. Η υποκειμενική εμπειρία είναι αρκετά διαφορετική, άρα θα πρέπει να εμπλέκεται ο εγκεφαλικός φλοιός. Σύμφωνα με την θεωρία τους, όταν βλέπει κάποιος κάτι τρομακτικό, δύο είναι τα αποτελέσματα στον εγκέφαλο, που μεσολαβούνται από τον θάλαμο. Βιώνεται μια συναισθηματική κατάσταση και δραστηριοποιείται ο υποθάλαμος, προκαλώντας αλλαγές στο αυτόνομο σύστημα. Αυτό σημαίνει ότι η εμπειρία δεν επηρεάζεται από τη φυσιολογική δραστηριότητα, γιατί η εμπειρία και οι φυσιολογικές αλλαγές συμβαίνουν το ίδιο χρονικό διάστημα. Επίσης, η θεωρία των Cannon - Bard υποστηρίζει ότι οι ίδιες αντιδράσεις συμβαίνουν κάτω από πολύ διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις. Για παράδειγμα, το να νιώθει κάποιος εκστατικά χαρούμενος είναι βιολογικά παρόμοιο με το να νιώθει πολύ θυμωμένος (Alder,2005). Στη δεκαετία του 1960, ο Schachter και οι συνεργάτες του διατύπωσαν τη θεωρία της «γνωστικής ετικέτας», η οποία μερικές φορές αποκαλείται γνωστική θεωρία των συναισθημάτων. Αυτή η θεωρία έδωσε απαντήσεις σε μερικά από τα προβλήματα που αφορούν το γνωστικό και κοινωνικό περιεχόμενο της διέγερσης των συναισθημάτων. Η θεωρία υποστηρίζει ότι οι φυσιολογικές αλλαγές δεν προκαλούν συναισθήματα, ούτε οι ψυχολογικές αλλαγές είναι ανεξάρτητες από τις φυσιολογικές. Πιο συγκεκριμένα, η θεωρία ισχυρίζεται ότι η φυσιολογική διέγερση είναι απαραίτητη για τη βίωση του συναισθήματος, αλλά αυτό που έχει σημασία είναι το πώς ερμηνεύουμε το νόημά του. Η φυσιολογική διέγερση είναι λοιπόν απαραίτητη για τη βίωση ενός συναισθήματος, αλλά η φυσιολογική αλλαγή πρέπει επίσης να έχει νόημα (Alder, 2005:20). Επίσης μία ακόμη θεώρηση είναι αυτή της «απόδοσης αιτιών», η οποία υποστηρίζει ότι υπάρχουν: εσωτερικές αιτίες συμπεριφοράς (που έχουν να κάνουν με τον εαυτό) και εξωτερικές αιτίες (που έχουν να κάνουν με κάτι ή με κάποιον στο περιβάλλον). Ο Weiner (1986) υποστήριξε ότι αιτίες μπορεί να είναι: α) εσωτερικές ή εξωτερικές (διάσταση τόπου), β) σταθερές ή μη σταθερές (διάσταση σταθερότητας) και γ) ελεγχόμενες ή μη ελεγχόμενες (διάσταση ελεγχιμότητας). Με βάση αυτή τη θεωρία, τα συναισθήματα που νιώθει κάποιος (θυμό, απογοήτευση ή κατάθλιψη) εξαρτώνται από την απόδοση αιτιών που κάνει (Alder, 2005). Μια

περαιτέρω θεώρηση για τα συναισθήματα προέρχεται από τον Lazarus (1982), ο οποίος ανέπτυξε περαιτέρω τη θεωρία της «γνωστικής ετικέτας». Πρότεινε ότι βιώνει κάποιος ένα συναίσθημα λόγω των εκτιμήσεών του για την κατάσταση. Αρχικά αξιολογεί την κατάσταση είτε ως θετική είτε ως στρεσογόνο είτε ως άσχετη με την ευεξία που βιώνει. Αυτό ονομάζεται πρωτογενής αποτίμηση. Στη συνέχεια αξιολογεί τους πόρους που έχει για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Αυτή είναι η δευτερογενής αποτίμηση. Στην τελική φάση, επαναξιολογεί και παρακολουθεί τόσο την κατάσταση όσο και την αντιμετώπισή της από την πλευρά του. Αυτή η αποτίμηση προηγείται οποιασδήποτε βίωσης συναισθημάτων και δεν χρειάζεται να είναι συνειδητή (Alder, 2005:22).

### **5.3 Το θετικό και το αρνητικό συναίσθημα**

Το θετικό και το αρνητικό συναίσθημα θεωρούνται οι συναισθηματικοί παράγοντες της υποκειμενικής ευημερίας (well-being), που ορίζεται ως υποκειμενική - γενική ικανοποίηση και ψυχική υγεία (Lawton,1984) και συντίθεται τόσο από γνωστικά, όσο και από συναισθηματικά συστατικά (Diener & Fujita,1995). Αναλυτικότερα, τα συναισθηματικά συστατικά διακρίνονται σε δύο διαστάσεις, το θετικό συναίσθημα (positive affect) και το αρνητικό συναίσθημα (negative affect) (Tellegen, 1985· Watson & Clark, 1992). Το θετικό συναίσθημα αντανακλά την ύπαρξη θετικών καταστάσεων, όπως η χαρά, το ενδιαφέρον, ο ενθουσιασμός, η εμπιστοσύνη και η εγρήγορση. Αντίθετα, το αρνητικό συναίσθημα περιγράφει την υποκειμενική δυσφορία και δυσαρέσκεια και αποτελείται από αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως ο θυμός, ο φόβος, η θλίψη, η ενοχή, η περιφρόνηση και η αηδία (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Οι δύο διαστάσεις θεωρούνται ότι είναι εξαιρετικά διακριτές (Diener & Emmons, 1985) και έχουν διερευνηθεί συγχρόνως τόσο ως καταστάσεις, όσο και ως χαρακτηριστικά. Δηλαδή, έχει βρεθεί ότι το θετικό και αρνητικό συναίσθημα συνδέονται με τα θετικά και τα αρνητικά συναισθηματικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου (Tellegen, 1985· Watson & Clark, 1984). Το θετικό συναίσθημα συνδέεται με το χαρακτηριστικό της εξωστρέφειας, ενώ το αρνητικό συναίσθημα συνδέεται με τα χαρακτηριστικά του άγχους και του νευρωτισμού (Tellegen, 1985· Watson & Clark, 1984). Όσον αφορά τα επίπεδα που μπορεί να λάβει το θετικό και το αρνητικό συναίσθημα, αντικατοπτρίζονται σε διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις για κάθε άτομο. Πιο συγκεκριμένα, το υψηλό θετικό συναίσθημα αντιπροσωπεύει μια

κατάσταση ενέργειας, αυτοσυγκέντρωσης και ευχάριστης ενασχόλησης, ενώ το χαμηλό θετικό συναίσθημα χαρακτηρίζεται από θλίψη και λήθαργο (Hall, 1977· Tellegen, 1985· Watson & Clark, 1984). Από την άλλη πλευρά, το υψηλό αρνητικό συναίσθημα αντιπροσωπεύει μια κατάσταση ψυχολογικής δυσφορίας, η οποία περιλαμβάνει συναισθηματικές καταστάσεις θυμού, περιφρόνησης, ενοχής, φόβου και νευρικότητας, μη ικανοποίησης, ενώ τα χαμηλά επίπεδα αρνητικού συναίσθηματος χαρακτηρίζονται από μια συναισθηματική κατάσταση ηρεμίας και γαλήνης. Επιπρόσθετα, τα συναίσθημα είτε αυτά είναι θετικά, όπως η αισιοδοξία και η χαρά, είτε αρνητικά, όπως η απογοήτευση και ο θυμός, φαίνεται να επηρεάζουν τις στάσεις, τις αντιλήψεις και κατά συνέπεια τη συμπεριφορά των ανθρώπων (McCull, Kennedy, & Anderson, 2002). Με άλλα λόγια, ο άνθρωπος που βιώνει θετικά συναίσθημα είναι γενικά δραστήριος, ενθουσιώδης και σε εγρήγορση, ενώ αυτός που βιώνει αρνητικά συναίσθημα έχει ένταση και αρνητική φόρτιση (Watson et al., 1988).

Ένα σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός, ότι οι δύο αυτές συναισθηματικές καταστάσεις συνδέονται με πολλές παραμέτρους. Έχει φανεί ότι το αρνητικό συναίσθημα, αλλά όχι το θετικό, συνδέεται με το αυτοαναφερόμενο άγχος και με την ανεπαρκή αντιμετώπισή του (Clark & Watson, 1986· Willis, 1986), με αναφερόμενα προβλήματα υγείας, καθώς και με την υψηλή συχνότητα αναφοράς δυσάρεστων γεγονότων (Clark & Watson, 1986, 1988). Ο Spector (1998 όπ. ανάφ. Fredrickson, & Levenson, 1998) αναγνώρισε και εντόπισε τον ρόλο των συναισθημάτων ως ενδιάμεσες μεταβλητές στην σχέση μεταξύ αγχογόνων ερεθισμάτων και βίωσης του άγχους. Σύμφωνα με την έρευνα του, τα αγχογόνα ερεθίσματα δημιουργούν σε ένα πρώτο επίπεδο αρνητικά συναίσθημα και στην συνέχεια τα συναίσθημα αυτά ευθύνονται για την βίωση της πίεσης που αποκαλείται άγχος. Φαίνεται, με άλλα λόγια, ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα θετικού συναίσθηματος είναι περισσότερο πιθανό να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες, να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή τους και να αντιμετωπίζουν περισσότερο αποτελεσματικά αγχογόνες καταστάσεις (Clark & Watson, 1988· Folkman, 1997· Ryff & Singer, 1998). Επίσης, τα πορίσματα των Lyubomirsky, King, & Diener (2005) έδειξαν, ότι οι άνθρωποι που βιώνουν περισσότερο θετικά συναίσθημα, τείνουν να είναι επιτυχημένοι και να τα καταφέρνουν σε πολλούς τομείς της ζωής. Η έρευνα, επίσης, έχει δείξει ότι η έκφραση θετικών συναισθημάτων αποτελεί πηγή

ανθρώπινης δύναμης (Isen, 2003), καθώς μπορεί να βελτιώσει την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, να διευκολύνει την ανάκληση φυσικών και θετικών πληροφοριών και να βελτιώσει την λήψη αποφάσεων (Estrada et al., 1994· Isen & Shalcker, 1982). Το θετικό συναίσθημα βοηθά τα άτομα να καταπολεμούν τα αρνητικά συναισθήματα, να αυξάνουν την ευεξία, να αποκτούν προσαρμοστικότητα και να προδιαθέτουν τα άτομα σε σκέψεις, αισθήματα και δράσεις που οικοδομούν στέρεες προσωπικές και κοινωνικές πηγές άντλησης δυνάμεων (Fredrickson, 1998 · 2001· Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). Από την άλλη πλευρά τα άτομα με υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης ή να αναφέρουν άλλα προβλήματα υγείας (Watson, Clark, & Carey, 1988). Διαφαίνεται λοιπόν, μέσα από τη βιβλιογραφία, ότι το χαμηλό θετικό συναίσθημα και το υψηλό αρνητικό συναίσθημα αποτελούν ένα από τα πιο διακριτά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κατάθλιψης και του άγχους αντίστοιχα (Hall, 1977· Tellegen, 1985· Watson, Clark & Tellegen, 1988).

## Κεφάλαιο 6: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

**Άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και θετικό και αρνητικό συναίσθημα σε γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ (διεθνείς μελέτες)**

### **6.1 Έρευνες που εξέτασαν το άγχος των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ και παράγοντες**

Γενικά, η ανατροφή ενός παιδιού αποτελεί μια αγχογόνο κατάσταση για κάθε γονέα, όμως για έναν γονέα ενός παιδιού που έχει διαγνωσθεί με Νοητική Αναπηρία ή με ΔΑΦ, η φροντίδα του παιδιού πυροδοτεί περισσότερο άγχος (Peters-Schefferdinnen & Korzilius, 2012 · Woodman, Mawsley, & Hauserfram, 2015) και επιφέρει επιπλέον ευθύνες (Lee, 2013). Σύμφωνα με τα ευρήματα των Blacher & Baker(2017), οι γονείς και πιο συγκεκριμένα εδώ οι μητέρες, εκδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τις μητέρες των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων. Το παραπάνω εύρημα συμφωνεί και με έναν άλλον αριθμό ερευνών, στις οποίες διαπιστώθηκε αντίστοιχα το αυξημένο άγχος που εντοπίζεται σε γονείς ατόμων με ΔΑΦ και Νοητική αναπηρία σε σχέση με γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων ή ατόμων με άλλων είδους αναπηρίες (Allen, Bowles, & Weber, 2013 · Amireh, 2018· Estes, Olson, Sullivan, Greenson, Winter, Dawson & Munson, 2013· Giovagnoli, Postorino, Fetta, Sanges, DePeppo, Vassena, DeDose, Vikari,& Mazzone, 2015· Hayes & Watson, 2013· Padden, & James, 2017· Zablotzky, Bradshaw,& Stuart, 2013). Επίσης, σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί πως μεγαλύτερος αριθμός μελετών έχει να κάνει περισσότερο με την Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος, σε σχέση με τις υπόλοιπες αναπηρίες (Amireh, 2018· Dabrowska, & Disula, 2010· Estes, Olson, Sullivan, Greenson, Winter, Dawson & Munson, 2013· Hayes & Watson, 2013 · Picardi, Gigantesco, Tarolla, Stopioni, Cerbo, Cremona, Alesandri, Cega, & Nardocci, 2018). Παρατηρείται, με άλλα λόγια ένας προσανατολισμός της σύγχρονης βιβλιογραφίας προς τη συγκεκριμένη μορφή Αναπηρίας και το άγχος των γονέων ατόμων που την φέρουν. Αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του άγχους σε γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ ως προς τα

χαρακτηριστικά του παιδιού, η βιβλιογραφία εμφανίζει διάφορα ευρήματα. Αναλυτικότερα, η ηλικία ενός ατόμου με αναπηρία εντοπίστηκε να σχετίζεται με την εμφάνιση, αντίστοιχα, του άγχους σε γονείς, καθώς σύμφωνα με τους Azad, Blacher, & Marcoulides (2012), η εκδήλωση του άγχους σε μητέρες ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ ή Εγκεφαλική Πάρεση φάνηκε να συνδέεται με την ηλικία των παιδιών τους. Διαπιστώνεται ότι, καθώς το άτομο με αναπηρία μεγαλώνει, το άγχος του γονέα αυξάνεται, διότι μεγαλώνουν οι ανάγκες για την φροντίδα του (Allen, Bowles & Weber, 2013). Γενικότερα, η μετάβαση από την εφηβεία στην ενηλικίωση αποτελεί μια πρόκληση για την οικογένεια του ατόμου με Νοητική Αναπηρία ή με ΔΑΦ. Πρέπει να παρθούν αποφάσεις για αλλαγή του τρόπου ζωής, να αναζητηθούν, αν το επιτρέπει η λειτουργικότητα του ατόμου, πλαίσια επαγγελματικής αποκατάστασης, αυτόνομης διαβίωσης ή προστατευμένης εργασίας και διαβίωσης, αλλαγές που είναι ιδιαίτερα αγχογόνες για την οικογένεια (Smith, & Anderson, 2014). Στα παραπάνω συμφωνεί και η έρευνα των McStay, Trembath, & Dissanayake (2016), στην οποία το 58,8% των μητέρων προσχολικής ηλικίας, το 46,2 % της νηπιακής ηλικίας, το 50,0 % της μέσης σχολικής βαθμίδας και το 33,0 % των μεγαλύτερων παιδιών ανέφεραν σημαντικά υψηλό επίπεδο άγχους, αν και καθώς το άτομο μεγαλώνει, το επίπεδο του άγχους τείνει να εμφανίζει μια μείωση. Από την άλλη, υπάρχουν έρευνες στις οποίες η ηλικία δεν συνιστά παράγοντα εμφάνισης άγχους (Macdonald, 2011· Peters-Scheffer, Didden, & Korzilius, 2012· Zheng, Grove, & Eapen, 2017). Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί πως ο παράγοντας ηλικία αποτέλεσε λιγότερο επιδραστικός σε σχέση με άλλους και στην μελέτη των Rivard, Terroux, Parent-Boursier, & Mercier (2014). Όσον αφορά άλλου είδους χαρακτηριστικά του ατόμου με αναπηρία δεν φάνηκε να επιδρούν στην εμφάνιση του άγχους των γονέων. Ενδεικτικά, στην μελέτη των Zheng, et al. (2017), η σοβαρότητα της ΔΑΦ, η ηλικία και το φύλο του παιδιού δεν αποτέλεσαν προγνωστικοί δείκτες του άγχους. Επίσης, στην έρευνα των Rivard, et al. (2014), οι παράγοντες της ηλικίας του παιδιού, το νοητικό πηλίκιο, οι ικανότητες προσαρμογής του στα διάφορα περιβάλλοντα, καθώς και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της αναπηρίας, αποδείχθηκαν με τη μικρότερη επίδραση στην εμφάνιση του άγχους. Όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με τους ίδιους τους γονείς ατόμων με αναπηρία και στην εκδήλωση του άγχους τους, η βιβλιογραφία εμφανίζει διάφορα πορίσματα. Κατ' αρχάς, όσον αφορά το φύλο του γονέα, η βιβλιογραφία εμφανίζει μεγάλο αριθμό ερευνών που επικεντρώνεται κυρίως στις μητέρες (Bonab, Motamedi, & Zare, 2017· McStay, Dissanayake, Scheeren, Koot,



& Begeer, 2014· Phetrasuwan, & Shandor Miles, 2009 · Willingham - Storr, 2014) σε σχέση με τους πατέρες (Dardas, & Ahmad, 2015a · Darling, Senatore, & Strachan, 2011· Glidden, Billings, & Jobe, 2006· Seymour, Giallo, & Wood, 2017). Οι μητέρες, σύμφωνα με τους Picardi, Gigantesco, Tarolla, Stopioni, Cerbo, Cremonete, Alesandri, Cega, & Nardocci (2018), εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερο υποκειμενικό βάρος από την ύπαρξη ενός ατόμου με αναπηρία σε αντίθεση με τους πατέρες. Επίσης, έχει εντοπιστεί πως οι μητέρες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους πατέρες (Allen, Bowles & Weber, 2013 · Dabrowska, & Disula, 2010 · García-López, Sarriá, & Pozo, 2016). Υψηλό άγχος στις μητέρες εμφανίζεται και σε συγκριτικές έρευνες με μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, το άγχος των μητέρων ατόμων με ΔΑΦ εμφανίζεται σημαντικά υψηλότερο από των μητέρων ατόμων με τυπική ανάπτυξη, όταν τα άτομα αυτά είναι ηλικίας 18-30 μηνών (Estes, Olson, Sullivan, Greenson, Winter, Dawson, & Munson, 2013) όπως και το άγχος των μητέρων για άτομα που βρίσκονται στη μέση παιδική ηλικία (Hoffman, Sweeney, Hodge, Lopez-Wagner, & Looney, 2009). Από την άλλη πλευρά, η Macdonald (2011) δεν εντόπισε διαφορές στα επίπεδα άγχους που εκδηλώνουν οι μητέρες και οι πατέρες των ατόμων με ΔΑΦ, καθώς κυμάνθηκαν στα ίδια επίπεδα. Όσον αφορά την σχέση του άγχους και του επιπέδου εκπαίδευσης των γονέων, η βιβλιογραφία εμφανίζει αμφιλεγόμενα πορίσματα, καθώς ο Thakuri (2017) ανακάλυψε πως οι γονείς που ήταν απόφοιτοι ανώτερης βαθμίδας εκπαίδευσης εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους, καθώς θεωρήθηκε ότι ήταν σε θέση να αναζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες. Ωστόσο, οι Azad, Blacher, & Marcoulides (2013) ισχυρίστηκαν ότι η εθνικότητα και το επίπεδο εκπαίδευσης που είχαν λάβει οι γονείς, δεν επηρέαζε το άγχος που βίωναν. Ένας σημαντικός παράγοντας, επίσης, που φαίνεται να εμφανίζει σχέση με την εκδήλωση άγχους, είναι το εισόδημα που διαθέτουν οι γονείς, καθώς η οικονομική ανασφάλεια συμβάλλει σε λιγότερο άγχος (Cameron, Armstrong-Stassen, Orr, & Loukas, 2007). Το χαμηλό εισόδημα των γονέων ατόμων με αναπηρία εμφανίζει, λοιπόν, σχέση με υψηλό άγχος (Phetrasuwan, Shandor Miles, 2009 · Zablotzky, Bradshaw, & Stuart, 2013). Μια έρευνα όμως, των Gupta, Mehrotra, & Mehrotra (2012), έδειξε ότι οι γονείς που ασχολούνταν με πιο προσοδοφόρα και αναγνωρισμένα επαγγέλματα είχαν περισσότερο άγχος από γονείς που ασχολούνταν με λιγότερο προσοδοφόρα, ανεξάρτητα από το εισόδημά τους. Η παραπάνω μελέτη δείχνει, με άλλα λόγια, ότι το εισόδημα της οικογένειας δεν αποτελεί δείκτης εμφάνισης του άγχους (Zheng, Grove, & Eapen, 2017). Ένας, ακόμη, σημαντικός

παράγοντας ως προς την εμφάνιση του άγχους, είναι η ύπαρξη της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς αναδεικνύεται έντονα η ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης μέσα και έξω από την οικογένεια (Heiem, & Berger, 2008). Σύμφωνα με τον Hsiao (2018), ένας σημαντικός παράγοντας που συνδέεται με το άγχος των γονέων είναι η υποστήριξη που λαμβάνουν. Επίσης, σύμφωνα με τους Siman - Ton, & Kaniel (2011), η κοινωνική υποστήριξη εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με το άγχος. Τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης συμβάλλουν σε χαμηλότερα επίπεδα άγχους (Zaidman-Zait, Mirenda, Duku, Vaillancourt, Smith, Statmari, Bryson, Fomborne, Volden, Waddell, Zwailgenbaum, Georgiades, Bannett, Elsabaggh, & Tompson, 2017). Σε αντίστοιχα συμπεράσματα, έφτασαν με την έρευνά τους οι Cantwell, Muldoon, & Gallagher (2014), καθώς η σχέση μεταξύ άγχους και σωματικής υγείας μετριάστηκε από την κοινωνική υποστήριξη. Ως προς το είδος της υποστήριξης που λαμβάνουν, διακρίνεται σε επίσημη και σε ανεπίσημη. Στην βιβλιογραφία, εντοπίζεται μεγαλύτερη έμφαση η επίσημη υποστήριξη που λαμβάνουν οι γονείς ατόμων με αναπηρία. Εμφανίζεται ως σημαντική ανάγκη για τους γονείς, η πληροφόρηση για τις υπηρεσίες που τους αφορούν και η παροχή ευκαιριών για να συναντούνται με άλλους γονείς ατόμων που έχουν την ίδια αναπηρία με το παιδί τους (Ahmadi, Zalani, & Amrai, 2011). Ωστόσο, εμφανίζονται και έρευνες σχετικά με τις μη επίσημες πηγές υποστήριξης και τη σχέση τους με το άγχος των γονέων ατόμων με αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα, η ύπαρξη των παππούδων στην οικογένεια αποτελεί μια πολύ σημαντική πηγή υποστήριξης για τις μητέρες (Crettenden, Lam, & Denson, 2018). Επίσης, στην έρευνα των Zablotsky, Bradshaw, & Stuart (2013), παρουσιάζεται η σκοπιά της υποστήριξης από τους γείτονες, η οποία μπορεί να συμβάλλει σε μειωμένο κίνδυνο για άγχος. Γενικότερα, η ύπαρξη και μόνο της ιδέας της κοινωνικής υποστήριξης σε γονείς φαίνεται να συμβάλλει σε μικρότερα επίπεδα άγχους, κάτι που αποδεικνύεται και από την έρευνα των Mitchell, Szczerera, & Hauser-Cram (2016), σύμφωνα με την οποία οι μητέρες που είχαν την αίσθηση ότι είχαν πρόσβαση σε συστήματα υποστήριξης λειτούργησε περισσότερο αποτελεσματικά στη διαχείριση του άγχους, ανεξάρτητα από την υποστήριξη που λάμβαναν. Παρόλα αυτά, εμφανίζονται και έρευνες, στις οποίες η υποστήριξη που λάμβαναν οι γονείς δεν είχε άμεση επίδραση στο άγχος που εμφάνιζαν και αντίστοιχα στη μείωσή του (Hsiao, 2016 · Samadi, McConkey, & Bunting, 2014). Εκτός από τα παραπάνω, στην βιβλιογραφία, εμφανίζονται, ακόμη, άλλου είδους παράγοντες που φαίνεται να επιδρούν στην εκδήλωση του άγχους των γονέων ατόμων με αναπηρίες.

Σύμφωνα με τους Bonab, Motamedi, & Zare (2017) το άγχος φάνηκε να απορρέει από τις καταστάσεις που συμβαίνουν στη ζωή τους και λόγω της ιδιαίτερης φροντίδας που πρέπει να παρέχουν σε αυτά τα άτομα. Αντίστοιχα πορίσματα βρέθηκαν και σε άλλες έρευνες (Darling, Senatore, & Strachan, 2011· McStay, Dissanayke, Scheeren, Koor, & Begeer, 2017), καθώς διαπιστώθηκε ότι το άγχος συντελείται από τις ταλαιπωρίες που προκύπτουν από τη γονική μέριμνα και τις ευθύνες που πηγάζουν από τον ρόλο τους. Επίσης, στην έρευνα των Rivard, Terroux, Parent-Boursier, & Mercier (2014), το άγχος εντοπίστηκε να συνδέεται με την εκπλήρωση του ρόλου τους ως γονείς, καθώς και με τις σχέσεις που αναπτύσσουν με το παιδί τους. Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί ότι οι γονείς ατόμων με αναπηρίες βρίσκονται αντιμέτωποι με ένα επίσης επώδυνο και αγχογόνο παράλληλα συναίσθημα, το οποίο έχει να κάνει με την αγωνία τους σχετικά την εξέλιξη και την κατάσταση του παιδιού τους στο μέλλον και όταν μάλιστα αυτοί, πλέον, δεν θα βρίσκονται σε θέση να το βοηθήσουν (Boonsuchat, 2015). Σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να αναδειχθεί, είναι και η υγεία των γονέων, καθώς φαίνεται να συμβάλλει στην εμφάνιση χαμηλότερων επιπέδων άγχους, κάτι που αποδεικνύεται στην έρευνα των Cameron, Armstrong-Stassen, Orr, & Loukas (1991). Σε αυτήν την μελέτη προέκυψε πως η αίσθηση της υγείας των μητέρων ήταν αρνητικά συσχετισμένη με το άγχος, δηλαδή μητέρες με καλή φυσική και συναισθηματική υγεία ανέφεραν λιγότερο άγχος. Στον αντίποδα, άλλες έρευνες αναδεικνύουν την εμφάνιση σοβαρών προβλημάτων υγείας από το γεγονός της ύπαρξης ενός ατόμου με αναπηρία. Ενδεικτικά, στους Kuhlthau, Payakachat, Delahaye, Hurson, Pyne, Kovacs, & Tilford (2014), διαπιστώθηκε ότι το 45% του δείγματος ότι βιώνουν μέτρια ή σοβαρά προβλήματα σωματικού πόνου ή και δυσφορία, το 16,4% εμφάνιζαν δυσκολία στην ολοκλήρωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, το 46,3% είχαν σοβαρά έως μέτρια προβλήματα ψυχικής υγείας, το 65,3% μέτρια έως σοβαρά προβλήματα ζωτικότητας και το 55,6% είχαν θέματα με τη σωματική τους υγεία. Ακόμη στην έρευνα των Smith, & Anderson (2014) διαπιστώθηκε ότι ιδιαίτερα οι μητέρες των εφήβων και ενήλικων με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν σοβαρά συμπτώματα ψυχικής εξουθένωσης, όπως για παράδειγμα κούραση, πόνο στις αρθρώσεις, γαστρεντερολογικά προβλήματα και πονοκεφάλους.

## **6.2 Έρευνες που εξέτασαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ και παράγοντες**

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, η ύπαρξη ενός ατόμου με αναπηρία και πιο συγκεκριμένα εδώ με Νοητική Αναπηρία ή ΔΑΦ, αποτελεί μια αγχωτική κατάσταση για κάθε γονέα. Ένας κύριος παράγοντας που επιδρά στο άγχος των γονέων, αποτελεί και η ικανότητα αντιμετώπισης που διαθέτουν (Hsiao, 2018). Σύμφωνα με τους Bagher, Ghobari, Bonab, Farzaneh Motamedi, & Fazlolah Zare (2017) η αντιμετώπιση αποτελεί την προσπάθεια της οικογένειας να διαχειριστεί ή να ασχοληθεί με την αγχωτική κατάσταση. Είναι σημαντικό για τις οικογένειες να μάθουν πώς να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά το άγχος τους, προκειμένου να αποφύγουν τις αρνητικές ψυχολογικές, συναισθηματικές και φυσικές συνέπειες. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Η έρευνα έχει δείξει ότι το άγχος των γονέων ατόμων με αναπηρία εμφανίζει μια θετική σχέση με την χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης (Craig, Operto, De Giacomo, Margari, Frolli, Conson, & Margari, 2016). Ως προς την χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης από γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία ή ΔΑΦ, η βιβλιογραφία εμφανίζει έναν αριθμό ερευνών που αποτυπώνει τον προσανατολισμό που φέρνουν, με λίγα λόγια ποιες χρησιμοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Abbeduto, Seltzer, Shattuck, Krauss, Orsmond, & Murphy (2004), οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ και Νοητικές Αναπηρίες χρησιμοποιούσαν περισσότερο στρατηγικές για την αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων που εστίαζαν στο πρόβλημα, παρά στο συναίσθημα. Το παραπάνω εύρημα έρχεται σε συμφωνία και με τους Glidden, Billings και Jobe (2006), καθώς εκεί οι μητέρες και οι πατέρες των ατόμων με Αναπτυξιακές Αναπηρίες χρησιμοποιούσαν περισσότερο τις στρατηγικές της σχεδιασμένης επίλυσης προβλημάτων και της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης και λιγότερο τις στρατηγικές της αποδοχής ευθυνών και της αποφυγής/διαφυγής, δηλαδή στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα και όχι στη διαχείριση του συναισθήματος. Επίσης, στην έρευνα των Durban, Rodriguez-Pabayos, Alontaga, Dolorfino- Arrezaz, & Salazar (2012), οι μητέρες του δείγματος χρησιμοποίησαν τη στρατηγική της υποστήριξης από τους άλλους, η οποία αποτελεί κατά την βιβλιογραφία, αλλά και για τη κλίμακα της παρούσας έρευνας, μια στρατηγική που εστιάζει στο πρόβλημα. Σε ανάλογη έρευνα, όπου το δείγμα αποτελούνταν από

μητέρες ατόμων Νοητική Αναπηρία βρέθηκε ότι χρησιμοποιούσαν σε μεγάλο βαθμό στρατηγικές διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων, όπως είναι η σχεδιασμένη λύση του προβλήματος και η αναζήτηση κοινωνικής στήριξης, ενώ βρέθηκε ότι χρησιμοποιούν λιγότερο τις στρατηγικές της υιοθέτησης χιουμοριστικής διάθεσης και της χρήσης ουσιών (Thakuri, 2017). Ακόμη, στην μελέτη των Slattery, McMahon & Gallaher (2017) εντοπίστηκε μεγαλύτερη χρήση των στρατηγικών της θετικής επανεκτίμησης και της κοινωνικής υποστήριξης για να αντιμετωπίσουν το γονεϊκό άγχος. Το ίδιο εντοπίζεται και στην έρευνα των Willis, Timmons, Pruitt, Schneider, Alessandri, & Ekas (2016) όπου χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο η στρατηγική της θετικής διαχείρισης της κατάστασης που προκαλεί άγχος και η στρατηγική της αντιμετώπισης μέσω της υποστήριξης σε σχέση με άλλες (στρατηγικές αποφυγής). Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν και με μια παλαιότερη μελέτη (Van der Veek, Kraaij, & Garnefsky, 2009), όπου αφορούσε γονείς ατόμων με Σύνδρομο Down, στην οποία εντοπίστηκε ότι οι μητέρες χρησιμοποιούσαν τη στρατηγική της θετικής επαναξιολόγησης του προβλήματος και μάλιστα κατάφεραν με αυτή να μειώσουν το άγχος που βίωναν. Όσον αφορά την μείωση του άγχους μέσω της χρήσης των παραπάνω αναφερόμενων στρατηγικών, εντοπίζεται αντίστοιχα και μια σύγχρονη μελέτη των Zaidmam Zait, Mirenda, Duuk, Vaillancourt, Smith, Szatmari, Bryson, Fombonne, Volden, Walden, Zwaigenbaum, Georgiades, Bannett, Elsabaggh, & Thompson, (2017) που έγινε για γονείς ατόμων με ΔΑΦ. Γενικότερα, οι στρατηγικές που είναι προσανατολισμένες στο πρόβλημα εμφανίζονται σε αρκετές μελέτες. Σε κάποιες από τις μελέτες αυτές εμφανίζονται συνδυαστικά, δηλαδή γίνεται χρήση περισσότερων από μία, κάτι που διαφάνηκε και στην έρευνα των Wang, Michaels, & Day (2011), στην οποία οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ έκαναν χρήση της αποδοχής, της ενεργητικής αντιμετώπισης, της θετικής επανεξέτασης και της ανάπτυξης και της καταστολής ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων και τον σχεδιασμό. Σε ανάλογα πορίσματα οδηγήθηκαν από την έρευνα των Cless, Nelson Goff & Durtschi (2017) που αφορούσε μητέρες ατόμων με Σύνδρομο Down, καθώς και των Akbar & Zainuri (2017) όπου οι μητέρες ατόμων με Νοητική Αναπηρία χρησιμοποιούν μεθοδευμένες στρατηγικές, προκειμένου να διαχειριστούν το άγχος που προκύπτει από τα προβλήματα και τις καταστάσεις του περιβάλλοντος που ζουν από την αναπηρία του παιδιού τους. Από την άλλη πλευρά, μια συστηματική ανασκόπηση ερευνών για τις στρατηγικές αντιμετώπισης γονέων ατόμων με ΔΑΦ (Vernhet, Dellapiazza, Blanc, Cousson-Gelie, Miot, Roeyers, & Baghdadli, 2018) έδειξε ότι χρησιμοποιούνταν πιο

πολύ στρατηγικές αποφυγής, δηλαδή στρατηγικές προσανατολισμένες στο συναίσθημα. Στην ίδια έρευνα επισημάνθηκε, επίσης, ότι η αυξανόμενη χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο συναίσθημα αυξάνει τα επίπεδα άγχους των γονέων, σε σχέση με τη χρήση στρατηγικών προσανατολισμένες στο πρόβλημα. Παρόμοια ευρήματα εντοπίστηκαν και στην έρευνα των Dabrowska, & Disula(2010) για τη ΔΑΦ και το σύνδρομο Down (ως δείγμα), καθώς και στην έρευνα της MacDonald (2011), στην οποία βρέθηκε ότι η χρήση της αυτό-διάσπασης, η άρνηση, η χρήση ουσιών, η αποδέσμευση, η στρατηγική του ξεσπάσματος και η αυτοκατηγορία συνδέονται με την εμφάνιση υψηλών επιπέδων άγχους και κατάθλιψης. Σχετικά με την κατηγορία των στρατηγικών προσανατολισμένες στο συναίσθημα, εμφανίζει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον, η στροφή προς τη θρησκεία. Η χρήση της στρατηγικής της θρησκείας συναντάται σε μελέτες μεμονωμένα και σε συνδυασμό με άλλες στρατηγικές (Durban, Rodriguez-Pabayos, Alontaga, Dolorfino-Arrezaz, & Salazar, 2012· Moawad, 2012· Padden, & James, 2017). Η θρησκεία εμφανίζεται ως μια σημαντική διέξοδος για τους γονείς ατόμων με αναπηρία. Ενδεικτικά, στην έρευνα των Das, Das, Nath, Dutta, Bora, & Hazarika (2017), φάνηκε ότι στους γονείς των ατόμων με ΔΑΦ, η θρησκεία και η πνευματικότητα αποτελούσαν συχνές λεωφόρους αντιμετώπισης για τις δύσκολες συνθήκες που ζούσαν. Θα πρέπει ακόμη να αναφερθεί, πως η θρησκεία συναντάται ως στρατηγική αντιμετώπισης και σε γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων. Στον Amireh (2018), και οι τρεις ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με ΔΑΦ, γονείς ατόμων με σύνδρομο Down και γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων) έκαναν μεγάλη χρήση της στρατηγικής της θρησκείας για την αντιμετώπιση του άγχους τους. Σε δείγμα, επίσης, που αποτελούνταν από γονείς με Αυτισμό υψηλής και χαμηλής λειτουργικότητας, σύνδρομο Down και T.A ατόμων, βρέθηκε ότι η στροφή στη θρησκεία αποτελεί την πιο συχνά χρησιμοποιούμενη κατηγορία στρατηγικών από όλες τις ομάδες για την αντιμετώπιση του άγχους, εκτός από τους γονείς ατόμων με Αυτισμό χαμηλής λειτουργικότητας. Οι τελευταίοι, σύμφωνα με τα πορίσματα της ίδιας μελέτης, προτιμούν τη στρατηγική της στροφής στη θρησκεία ως δεύτερη επιλογή για την αντιμετώπιση του άγχους τους (Cuzzocrea, Murdaca, Costa, Filippello, & Larcana, 2016). Πέρα, όμως, από τα πορίσματα ερευνών που προσανατολίζονται στη μία ή στην άλλη κατηγορία στρατηγικών αντιμετώπισης (επικεντρωμένες στο πρόβλημα και στο συναίσθημα), εμφανίζονται και έρευνες που ανέδειξαν τη χρήση μεικτών στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους από γονείς ατόμων με Αναπηρία, δηλαδή

στρατηγικών και από τις δύο προαναφερόμενες κατηγορίες. Ενδεικτικά, οι Predescu, & Siroso (2013) εντόπισαν ότι οι μητέρες ατόμων που έχουν διαγνωσθεί στο φάσμα του Αυτισμού χρησιμοποιούσαν περισσότερο τις στρατηγικές της θετικής επανεκτίμησης και της καταστροφολογίας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το άγχος που βιώνουν. Επίσης, στους Dardas, & Ahmad (2015b), οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ χρησιμοποίησαν τη διεκδικητική επίλυση τους προβλήματος, τον αυτοέλεγχο, την αντιμετώπιση των συγκρούσεων, τη θετική επανεκτίμηση, καθώς και την αποστασιοποίηση. Ακόμη, στην έρευνα των Cuzzocrea, Murdaca, Costa, Filippello, & Larcana (2016), οι γονείς ατόμων με αυτισμό υψηλής και χαμηλής λειτουργικότητας, σύνδρομο Down και τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων βρέθηκε να χρησιμοποιούν μια μεγάλη γκάμα στρατηγικών αντιμετώπισης, με διαφορετικό βαθμό για την κάθε ομάδα. Όσον αφορά τους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την χρήση των παραπάνω στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους από τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ, η βιβλιογραφία εμφανίζει διάφορα ευρήματα. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Das, Das, Nath, Dutta, Bora, & Hazarika (2017), η αντιμετώπιση του άγχους των γονέων εξαρτάται από την πίεση που βιώνουν, καθώς και την ύπαρξη των κατάλληλων ικανοτήτων. Για αυτούς τους λόγους, η αντιμετώπιση από την πλευρά των γονέων ατόμων με ΔΑΦ του δείγματός τους ποικίλλει. Επίσης η ύπαρξη ενός οικογενειακού περιβάλλοντος με δυσλειτουργίες φαίνεται να αποτελεί έναν παράγοντα ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους (Zaidman-Zait, Miranda, Duuk, Vaillancourt, Smith, Szatmari, Bryson, Fombonne, Volden, Walden, Zwaigenbaum, Georgiades, Bannett, Elsabaggh, & Thompson, 2017). Εντοπίστηκε στις μητέρες ατόμων με ΔΑΦ της μελέτης αυτής, ότι η χρήση στρατηγικών αποφυγής, σε συνδυασμό με την ύπαρξη δυσλειτουργιών στο οικογενειακό τους περιβάλλον, συνέβαλε σε υψηλότερο επίπεδο άγχους. Ένας ακόμη παράγοντας που φάνηκε να συνδέεται με την χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης είναι το επίπεδο μόρφωσης των γονέων ατόμων με αναπηρία. Στην έρευνα των Durban, Rodriguez - Pabayos, Alontaga, Dolorfino – Arrezaz, & Salazar (2012) που αφορούσε γονείς ατόμων με ΔΑΦ και Νοητική Αναπηρία, διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες που είχαν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης χρησιμοποίησαν περισσότερο την στροφή στη θρησκεία για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους προκαλούν άγχος, λόγω έλλειψης γνώσης ως προς την αναζήτηση βοήθειας. Ένα ανάλογο πόρισμα διαπιστώθηκε και στη μελέτη του Moawad (2012), της οποίας το δείγμα αφορούσε μεταξύ άλλων ομάδων

και γονείς ατόμων με σύνδρομο Down. Βρέθηκε εκεί, ότι οι γονείς που είχαν λάβει υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης ή διάθεταν υψηλό εισόδημα, ήταν σε θέση να αναζητήσουν επαγγελματική βοήθεια, να παρακολουθήσουν σεμινάρια και να διατηρούν επαφές με ειδικούς, δηλαδή με άλλα λόγια χρησιμοποιούσαν ενεργητικές στρατηγικές, εστιασμένες στο πρόβλημά τους. Ένα σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να αναφερθεί, όσον αφορά τους παράγοντες και τις στρατηγικές αντιμετώπισης, είναι το φύλο. Η βιβλιογραφία εμφανίζει σε μεγάλο βαθμό έρευνες, για γονείς ατόμων με αναπηρίες, οι οποίες επικεντρώνονται κυρίως στις μητέρες. Όπως εντοπίστηκε από τους Glidden, Billings και Jobe (2006) που αφορούσε γονείς ατόμων με Αναπτυξιακές Αναπηρίες, οι πατέρες των συγκεκριμένων παιδιών δεν ήταν εύκολο να μελετηθούν όσον αφορά τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση του άγχους τους. Πιο συγκεκριμένα, όσοι από εκείνους είχαν βιώσει αρκετά αγχογόνα γεγονότα, έτειναν να μην χρησιμοποιούν καθόλου στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους ή να μην χρησιμοποιούν τις κατάλληλες. Το ίδιο συμπέρασμα εντοπίστηκε και σε μια πιο σύγχρονη μελέτη (Dardas, & Ahmad, 2015a), στην οποία οι πατέρες που αντιμετώπιζαν πιο αγχωτικά γεγονότα τείνουν να χρησιμοποιούν λιγότερο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Μια αιτία όσον αφορά το παραπάνω πόρισμα, φαίνεται να αποτελούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς των πατεράδων, δηλαδή οι πεποιθήσεις, τα κίνητρα, οι στόχοι και το σύστημα αξιών τους, καθώς επηρεάζουν τη χρήση των τρόπων που χρησιμοποιούν για να διαχειριστούν το άγχος (Glidden, Billings, & Jobe, 2006). Τα παραπάνω ευρήματα φαίνεται να εμφανίζουν, όμως, μια αντίθεση με πιο σύγχρονα ευρήματα. Στην συστηματική ανασκόπηση για τη ΔΑΦ των Vernhet, Dellapiazza, Blanc, Cousson-Gelie, Miot, Roeyers, & Baghdadli (2018), διαπιστώθηκε ότι οι πατέρες χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές προσανατολισμένες στο πρόβλημα, σε σχέση με τις μητέρες που χρησιμοποιούσαν στρατηγικές προσανατολισμένες στο συναίσθημα. Το ίδιο διαπιστώθηκε και στην έρευνα του Bawalsah (2016), που αφορούσε και γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία. Ωστόσο, η μελέτη των Willis, Timmons, Pruitt, Schneider, Alessandri, & Ekas, (2016) για γονείς ατόμων με ΔΑΦ έδειξε ότι τόσο οι μητέρες όσο και οι πατέρες, χρησιμοποίησαν τις ίδιες στρατηγικές αντιμετώπισης (στρατηγική της αποφυγής). Ως προς τους παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης, εντοπίζεται, ακόμη, και η σοβαρότητα των δυσκολιών της αναπηρίας του ίδιου του ατόμου. Ενδεικτικά, οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ στην έρευνα των McConnell, Savage και Breitzkreuz (2014),



χρησιμοποίησαν την κοινωνική υποστήριξη ως στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους, η οποία εντοπίστηκε να επηρεάζεται από την σοβαρότητα των δυσκολιών του παιδιού τους, καθώς και από την εμφάνιση προβληματικών ή απροσάρμοστων συμπεριφορών από αυτό. Μια σημαντική παράμετρος που θα συζητηθεί εκτενέστερα στο ερευνητικό κομμάτι και δεν έχει γίνει ακόμη λόγος, είναι η σύγκριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι γονείς των ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ, με αυτές που χρησιμοποιούν οι γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων. Σε μια παλαιότερη έρευνα των Paster, Brandwein, & Walsh (2009), αναδείχθηκε ότι οι γονείς ατόμων με αναπηρία χρησιμοποιούν πιο ενεργά μεθοδευμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων που τους προκαλούν άγχος, σε αντίθεση με γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη. Ένα ανάλογο εύρημα βρέθηκε και σε μια πιο σύγχρονη μελέτη (Wang, Michaels, & Day, 2010), στην οποία οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ, παρόλο που βρέθηκαν μεγαλύτερο άγχος από την ομάδα ελέγχου (γονείς Τ.Α ατόμων) ανέφεραν την αξιολογία πιο ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένης της αποδοχής, της ενεργητικής αντιμετώπισης, της θετικής επανεξέτασης και της ανάπτυξης, της καταστολής ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων και τον σχεδιασμό. Από την άλλη πλευρά, σε κάποιες έρευνες διαφαίνεται μια εντελώς διαφορετική θέση. Ο Sivberg (2002), εντόπισε ότι οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ χρησιμοποίησαν την αποστασιοποίηση και την αποφυγή σε μεγαλύτερο βαθμό από τους γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη και σε μικρότερο βαθμό τον αυτοέλεγχο, την αναζήτηση της κοινωνικής υποστήριξης και την επίλυση προβλημάτων. Αναδεικνύεται ότι οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ χρησιμοποιούν στρατηγικές προσανατολισμένες στο συναίσθημα συγκριτικά με γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη (Lai, Goh, Oei, & Sung, 2015). Άλλες μελέτες, επίσης, επισήμαναν τη χρήση πολλών διαφορετικών στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους από γονείς ατόμων με αναπηρία ως προς τους γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη. Ενδεικτικά, οι Padden, & James (2017) επισήμαναν ότι οι γονείς των ατόμων με ΔΑΦ ανέφεραν σημαντικά υψηλότερη χρήση πολλών στρατηγικών αντιμετώπισης (αναφορικά την συναισθηματική υποστήριξη, την θετική αναμόρφωση, τον προγραμματισμό, τη χρήση του χιούμορ, την αποδοχή και τη στροφή στην θρησκεία) από τους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων. Κάτι αντίστοιχο εντοπίστηκε και στην έρευνα των Cuzzocrea, Murdaca, Costa, Filippello, & Larcana (2016), όπου το δείγμα αποτελούνταν από γονείς ατόμων με αυτισμό υψηλής ή χαμηλής λειτουργικότητας, με Σύνδρομο Down και ατόμων με τυπική

ανάπτυξη. Η στρατηγική της στροφής στη θρησκεία χρησιμοποιήθηκε από όλες τις ομάδες γονέων της έρευνας για την αντιμετώπιση του άγχους, εκτός από τους γονείς ατόμων με Αυτισμό χαμηλής λειτουργικότητας. Αυτοί, προτίμησαν την στρατηγική της στροφής στη θρησκεία ως δεύτερη επιλογή, ενώ ως πρώτη επιλογή είναι η αποδοχή της κατάστασης και ο θετικός επαναπροσδιορισμός. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε από όλες τις ομάδες και η επίλυση προβλήματος, αν και οι γονείς των ατόμων με αυτισμό χαμηλής λειτουργικότητας την χρησιμοποίησαν συχνότερα, ενώ οι γονείς Τ.Α ατόμων την χρησιμοποίησαν μικρότερο βαθμό. Εντοπίστηκε ακόμη, η χρήση της κοινωνικής υποστήριξης, η οποία είχε διαφορετική επίδραση στην κάθε ομάδα (για τους γονείς των ατόμων με σύνδρομο Down αποδείχθηκε ευεργετική για την μείωση του άγχους τους, ενώ για τους γονείς των ατόμων με ΔΑΦ δεν αποδείχθηκε τόσο λειτουργική). Ωστόσο, μια σύγχρονη μελέτη από τον Amireh (2018), ανέδειξε πως και οι τρεις ομάδες (ΔΑΦ, Νοητική Αναπηρία και Τ.Α άτομα) χρησιμοποίησαν τις ίδιες στρατηγικές αντιμετώπισης και στον ίδιο βαθμό. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς των τριών ομάδων (ΔΑΦ, Σύνδρομο Down, Τ.Α) της έρευνας έκαναν σε μεγάλο βαθμό χρήση της στρατηγικής της στροφής προς τη θρησκεία και σε μικρότερο βαθμό την χρήση ουσιών. Με άλλα λόγια, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές σε σχέση με την κάθε ομάδα του δείγματος και ο παράγοντας της αναπηρίας δεν αποτέλεσε δείκτη για τη στρατηγική που θα χρησιμοποιήσουν οι γονείς για να αντιμετωπίσουν το άγχος τους. Ένα σημαντικό στοιχείο, όσον αφορά τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, αποτελεί η σύνδεσή τους με την συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση των γονέων ατόμων με αναπηρία. Αναλυτικότερα, στην έρευνα των Beighton, & Wills (2017), για γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, οι θετικές πλευρές που εντοπίστηκαν συνδέονταν με στρατηγικές αντιμετώπισης επικεντρωμένες στη σημασία, κάτι που βοήθησε τους γονείς να προσαρμόζονται με επιτυχία στις αγχωτικές εμπειρίες από την ανατροφή του παιδιού τους. Αντίστοιχο εύρημα βρέθηκε και στην μελέτη των Slattery, McMahon & Gallaher (2017), της οποίας το δείγμα αποτελούνταν από μητέρες ατόμων με ΔΑΦ και Σύνδρομο Down. Ειδικότερα, τα υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας των μητέρων συνδέονταν με τη χρήση της θετικής επανεκτίμησης και της κοινωνικής υποστήριξης και αυτές με τη σειρά τους οδήγησαν σε μεγάλα οφέλη για εκείνες. Κάτι που αναδεικνύει την παραπάνω θέση (τη χρήση ενεργητικών στρατηγικών και σύνδεσή τους με λιγότερο αρνητικά συναισθήματα) αποτελεί το γεγονός ότι οι στρατηγικές που προσανατολίζονται στο συναίσθημα συνδέονται με

περισσότερο αρνητικά συναισθήματα και συνθήκες. Το συγκεκριμένο διαφαίνεται και στους Vijay Jaiswal, Anand Subramanyam, Rakesh Shah, & Kamath (2018), καθώς η κατάθλιψη των μητέρων ατόμων με Νοητική Αναπηρία αυξάνονταν όταν έκαναν χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως είναι ο μοιρολατρισμός, η εκφραστική δράση και η διαφυγή-αποφυγή. Με βάση τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι η χρήση στρατηγικών προσανατολισμένων στο πρόβλημα από τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ, συμβάλλει σε χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, ενώ η χρήση στρατηγικών προσανατολισμένων στο συναίσθημα συμβάλλει, αντίστοιχα, σε μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης, κάτι που συμφωνεί και με την έρευνα της MacDonald (2011) για γονείς ατόμων με ΔΑΦ.

### **6.3 Έρευνες που εξέτασαν τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ και παράγοντες που συνδέονται με αυτά**

Στην βιβλιογραφία εντοπίζονται έρευνες που δίνουν έμφαση στα συναισθήματα που εμφανίζουν γονείς ατόμων με αναπηρία, έχοντας αρνητικό ή θετικό αντίστοιχα πρόσημο. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Sheehan, & Guerin (2018), οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν, στην αρχή, κυρίως αρνητικά συναισθήματα. Σε ανάλογη έρευνα, οι μητέρες (15 γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εκ των οποίων οι 10 ήταν μητέρες) εξέφραζαν έντονη ανησυχία για τα παιδιά τους, καθώς ανησυχούσαν για το αβέβαιο μέλλον τους μετά τον θάνατο των ίδιων (Yang, Byrne, & Chiu, 2016). Επίσης, στην ίδια έρευνα, εκφράστηκε από την πλευρά των μητέρων ανησυχία για τον κοινωνικό στιγματισμό των παιδιών τους και το αποτέλεσμα που θα είχε σε αυτά, την οικονομική τους κατάσταση, την συναισθηματική τους επάρκεια, τη καθημερινή τους διαβίωση καθώς και το ενδεχόμενο γάμου. Όσον αφορά τη ΔΑΦ, επίσης, η έρευνα έχει δείξει ένα αρνητικό πρόσημο ως προς τα συναισθήματα των γονέων αυτών των ατόμων. Ενδεικτικά, οι Fernandez-Alcantara, Garcia-Caro, Perez-Marfil, Hueso-Montoro, Caynez-Pubio, & Cruz-Quintana (2016) βρήκαν ότι η βασική κατηγορία συναισθημάτων των γονέων ήταν η απροσδόκητη απώλεια του παιδιού που σχετίζονται με το σοκ, την άρνηση, τον φόβο, την ενοχή, τον θυμό, την θλίψη, την αβοηθησία και την αγωνία. Επίσης, οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ εκφράζουν τη θέση πως οι ειδικοί και συγγενείς δεν συμμερίζονται τις ανησυχίες που έχουν για το παιδί τους, κάτι που τους προκαλεί

αντίστοιχα άγχος και θυμό (Williams & Wright, 2004). Στον αντίποδα, εμφανίζεται και ένας αριθμός ερευνών, ο οποίος εκφράζει αντίθετες απόψεις, όσον αφορά τα συναισθήματα που βιώνουν οι γονείς. Οι Stainton, & Besser (1998) ανάμεσα στα θέματα, τα οποία προέκυψαν μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων σε γονείς, βρήκαν ότι τα άτομα με αναπηρία αποτελούσαν πηγή χαράς και ευτυχίας για εκείνους. Ακόμη, στην έρευνα των Takataya, Yamazaki, & Mizuno (2016) που αφορούσε γονείς ατόμων με σύνδρομο Down (και πιο συγκεκριμένα πατέρες) προέκυψε πως η επαφή με τα παιδιά τους σε καθημερινή βάση, τους έκανε να αποκτήσουν λιγότερο αρνητικές εικόνες για την αναπηρία του παιδιού τους και να αισθανθούν πιο δυνατοί. Ένα στοιχείο το οποίο πρέπει οπωσδήποτε να αναφερθεί, είναι ότι σε αρκετές έρευνες οι γονείς προσπαθούσαν να βρουν κάτι θετικό πάνω στο ίδιο το γεγονός της αναπηρίας του παιδιού τους. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Sandler, & Mistretta (1998), οι γονείς ατόμων με Νοητική αναπηρία εξέφρασαν τις εξής στάσεις: «όταν σκέφτομαι το παιδί μου αισθάνομαι ευτυχής» και «νιώθω αυτοπεποίθηση στο ρόλο μου ως γονέας παιδιού με αναπηρία». Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, επίσης, των Hastings, & Taunt (2002a), προέκυψαν ανάμεσα στα διάφορα θέματα, ότι το παιδί αποτελεί πηγή χαράς/ευτυχίας για εκείνους και νιώθουν ευχαρίστηση/ικανοποίηση από την παροχή φροντίδας στο παιδί. Τα παραπάνω ευρήματα συνάδουν και με την θέση της Fredrickson (2000<sup>a</sup>), η οποία υποστήριξε ότι η εξεύρεση θετικού νοήματος είναι ίσως ο βασικότερος τρόπος έμμεσης πρόκλησης και καλλιέργειας θετικών συναισθημάτων. Κάτι που θα πρέπει να τονιστεί, είναι ότι οι γονείς εμφανίζονται με αρνητικά και θετικά συναισθήματα ταυτόχρονα, δηλαδή νιώθουν ταυτόχρονα χαρά και λύπη στην έρευνα (Trute, Hiebert - Murphy, & Levine, 2007). Κάτι αντίστοιχο συναντάται και στους Poirier, & Vallee - Ouimet (2015), καθώς εντοπίστηκαν θετικά συναισθήματα, όπως είναι η υπερηφάνεια και η χαρά, αλλά ταυτόχρονα και αρνητικά συναισθήματα όπως είναι οι ανησυχίες για το μέλλον του παιδιού τους. Όσον αφορά τα συναισθήματα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία ή με ΔΑΦ ως προς τους γονείς Τ.Α ατόμων, εντοπίστηκε ότι οι μητέρες ατόμων με ΔΑΦ, εμφάνιζαν υψηλότερη συχνότητα κατάθλιψης, σε σχέση με μητέρες ατόμων με τυπική ανάπτυξη (Horany, Hassan, Baba, & Juhari, 1991). Ίδια ευρήματα προέκυψαν και σε μια πιο πρόσφατη έρευνα των Schieve, Blumberg, Rice, Visser, & Boyle (2007), στην οποία το επίπεδο κατάθλιψης των μητέρων ατόμων με ΔΑΦ συγκρίνονταν με αυτό των μητέρων ατόμων με τυπική ανάπτυξη. Σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την ύπαρξη των θετικών και των αρνητικών

συναισθημάτων στους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ, η βιβλιογραφία έχει εντοπίσει, κατ' αρχάς, το επίπεδο της εκπαίδευσης των γονέων και τις ανεπίσημες πηγές υποστήριξης. Σύμφωνα με τους Ogston, Mackintosh, & Myers(2011), οι μητέρες που είχαν λάβει περισσότερη εκπαίδευση, ανέφεραν μικρότερη ανησυχία. Επίσης, οι Samadi, McConkey, & Bunting (2014) βρήκαν ότι η ύπαρξη άλλων εξαρτώμενων ατόμων στο σπίτι και γενικότερα περισσότερων πηγών ανεπίσημης υποστήριξης συμβάλλει στην βελτίωση της συναισθηματικής τους ευεξίας. Ένας σημαντικός παράγοντας αποτελεί και το φύλο του κάθε γονέα ως προς την εκδήλωση συναισθημάτων, καθώς οι μητέρες εμφανίζονται να παρουσιάζουν επίπεδα κατάθλιψης υψηλότερα από τους πατέρες, καθώς η συνεχή ενασχόληση και η αγωνία που βιώνουν για το παιδί, λειτουργεί αρκετές φορές ως σημαντικός παράγοντας κατάθλιψης, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει η κατάλληλη υποστήριξη (Rezendes & Scarpa, 2011). Μια ακόμη αιτία για αυξημένο επίπεδο κατάθλιψης στις μητέρες σε σχέση με τους πατέρες μπορεί να αποτελεί ο καταμερισμός των ευθυνών, καθώς οι μητέρες εμφανίζονται στη βιβλιογραφία να αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες και φέρουν το βάρος της ευθύνης των ατόμων αυτών (Ozturk, Riccadonna & Venuti, 2014). Αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τα θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα, ως σημαντικότερος αναδεικνύεται το άγχος. Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρουσιάζονται διάφορα πορίσματα τα οποία αποδεικνύουν τη συγκεκριμένη σχέση. Πιο συγκεκριμένα, η ύπαρξη της θετικότητας αποδείχθηκε σημαντικός ανεξάρτητος παράγοντας για το άγχος, κάτι που αποδείχθηκε και με την έρευνα των Jess, Totsika, & Hastings (2018), στην οποία τα υψηλά επίπεδα θετικότητας συνέβαλαν σε χαμηλότερα επίπεδα άγχους στις μητέρες ατόμων με Νοητική αναπηρία. Επίσης, η αισιοδοξία των γονέων βρέθηκε να συμβάλλει στην εμφάνιση μειωμένου άγχους, και στην ύπαρξη χαμηλότερων αρνητικών και αντίστοιχα υψηλών θετικών συναισθημάτων (Ekas, Lickenbrock, & Whitman, 2010· Kurtz - Nelson, & McIntyre, 2017). Με βάση τα παραπάνω και σύμφωνα με τον Lazarus (1991), τα θετικά συναισθήματα μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην ψυχολογική ευμάρεια του ατόμου και κατά συνέπεια μπορούν να αξιοποιηθούν στην κατεύθυνση της αντιμετώπισης του άγχους. Η ίδια σχέση, από την αντίστροφη πλευρά, δηλαδή των αρνητικών συναισθημάτων και εμφάνισης άγχους αποδεικνύεται και από άλλες μελέτες της βιβλιογραφίας. Σύμφωνα με τους Findler, Klein, Jacoby, & Gabis (2016), το γενικό άγχος των γονέων σχετίζεται αρνητικά με την ευτυχία. Αντίστοιχα ευρήματα εντοπίζονται και στον Monsson (2010), στα οποία

βρέθηκε πως γονείς με υψηλά επίπεδα άγχους είχαν χαμηλότερα επίπεδα ευτυχίας και εμφάνισαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Όσον αφορά την απαισιοδοξία, επίσης, εντοπίστηκε ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους συσχετίζονται με την απαισιοδοξία (Wang, Michaels, & Day, 2011). Καταληκτικά, το άγχος βρίσκεται να συμβάλλει στην εμφάνιση κατάθλιψης σε γονείς ατόμων με αναπηρία (Wang, Hu, Wang, Qin, Xia, Sun, Wu, & Wang, 2013). Στην έρευνα των Ekas, Whitman, & Shivers(2009), οι μητέρες εμφάνισαν υψηλά επίπεδα άγχους, αρνητικού συναισθήματος, απαισιοδοξίας και κατάθλιψης, ενώ παράλληλα το θετικό τους συναίσθημα κινούταν σε χαμηλά επίπεδα.

#### **6.4 Άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και θετικό και αρνητικό συναίσθημα γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ (ελληνικές μελέτες)**

Ως προς τους παράγοντες, για τους οποίους έγινε λόγος παραπάνω, η ελληνική βιβλιογραφία έχει επίσης να επιδείξει κάποια ενδιαφέροντα στοιχεία, αν και αποδεικνύεται σχετικά μικρός ο αριθμός τους, σε σχέση με τον αριθμό των ερευνών που εντοπίζονται στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Αναλυτικότερα, όσον αφορά τη Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) η Ψάρρη (2014) εντόπισε ότι, οι γονείς ατόμων που είναι στο φάσμα του αυτισμού διαμορφώνουν θετικές αντιλήψεις για το παιδί τους, εστιάζοντας στις θετικές του πλευρές. Σε αυτό συντελεί η υποστήριξη του κοινωνικού πλαισίου. Όσο περισσότερο στηρίζονται οι γονείς από το οικογενειακό επαγγελματικό-κοινωνικό πλαίσιο, τόσο περισσότερο αντιλαμβάνονται την θετική συμβολή που έχει το αυτιστικό παιδί στη ζωή τους. Ανασταλτικός παράγοντας βρέθηκε το άγχος, το οποίο ασυνείδητα προκαλεί αρνητικές σκέψεις και αρνητικά συναισθήματα. Σχετικά με το άγχος των μητέρων και πατέρων, δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά, κάτι που σημαίνει ότι το άγχος των γονέων δε διαφοροποιείται βάσει του φύλου και του γονεϊκού τους ρόλου. Στην συγκεκριμένη μελέτη, ακόμη, δεν εντοπίστηκε συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της θετικής συμβολής, δείχνοντας πως η ομαλή θετική αναπροσαρμογή των γονέων δεν εξαλείφει το άγχος. Ωστόσο, στην έρευνα των Gatzoyia, Kotsis, Koullourou, Goulia, Carvalho, Soulis, & Hyphantis (2014) με δείγμα 111 Έλληνες γονείς ατόμων με ΔΑΦ, βρέθηκε ότι το 34,2 % εμφάνιζαν μέτρια έως σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα και το 55,0 %

μέτρια έως σοβαρή γενική ψυχολογική καταπόνηση. Επίσης, οι μητέρες του συγκεκριμένου δείγματος έδειξαν να εμφανίζουν τα σοβαρότερα συμπτώματα. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, διαπιστώθηκε ακόμη, ότι η κατάστασή τους επιβαρύνονταν από την αντίληψη τους, ότι η διαταραχή είναι χρόνια, καθώς δεν πρόκειται να ελεγχθεί είτε φαρμακευτικά είτε με την προσωπική τους φροντίδα. Στην Νοητική Αναπηρία, αντίστοιχα, εντοπίζονται διάφορα πορίσματα όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν τους γονείς των ατόμων αυτών. Ενδεικτικά, στον Καρασαββίδη (2011), οι γονείς εντοπίστηκε να βιώνουν έντονο άγχος για την γονική τους ιδιότητα. Επίσης, στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι οι γονείς όχι μόνο αμφισβητούν την επίσημη επαγγελματική, επιστημονική και θεραπευτική βοήθεια που προσφέρεται από τους ειδικούς αλλά αντίθετα, στρέφονται όλο και περισσότερο σε ανθρώπους του οικογενειακού, συγγενικού και γειτονικού τους περιβάλλοντος. Με βάση αυτό, αναδείχθηκαν τα ανεπίσημα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης ως κυρίαρχα για την ανακούφιση του άγχους των γονέων. Η μελέτη των Vouyoukas, Tzouriadou, Menexes, Geka, & Michalopoulou (2014), έδειξε ότι το άγχος που αντιμετώπιζαν οι ελληνίδες μητέρες αφορούσε τα χαρακτηριστικά και τις καταστάσεις της ζωής του παιδιού τους. Όσον αφορά τα συναισθήματά τους, βρέθηκε ότι μητέρες των ατόμων που είχαν εκτός από την Νοητική Αναπηρία και άλλες δευτερογενείς συνέπειες, εμφάνιζαν φόβο και άγχος και δεν έκαναν αναφορά στα προσωπικά συναισθήματα που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της φροντίδας ή τη σχέση με τους συζύγους τους, και την οικογένεια γενικότερα. Εξέφρασαν, επίσης, φόβους για τη φυσική και ψυχική υγεία των παιδιών τους καθώς και για το μέλλον που θα έχουν μετά το θάνατο των μητέρων. Επιπρόσθετα, σε μια ανασκόπηση που πραγματοποίησαν έλληνες συγγραφείς (Karasanvidis, Avgerinou, Lianou, Priftis, Lianou, & Siamaga, 2011), για διεθνείς έρευνες όμως, σχετικά με το άγχος των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία, βρέθηκε ότι η Νοητική Αναπηρία των ατόμων αυτών έχει έναν σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των γονέων. Βρέθηκε ότι η ανησυχία, το άγχος και η κατάθλιψη είναι τα πιο κοινά συμπτώματά τους. Ανάμεσα στις μεταβλητές, που βρέθηκαν να συμβάλλουν στην αύξηση των επιπέδων του άγχους των γονέων, είναι η σχέση μεταξύ των συζύγων, η προσέγγιση από τους γονείς της αναπηρίας του παιδιού τους, οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της καθημερινής ζωής της αναπηρίας του παιδιού και τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού τους. Όσον αφορά την μέτρηση των παραγόντων που αναφέρθηκαν παραπάνω (άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, θετικό και

αρνητικό συναίσθημα) σε γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ (δηλαδή κάνοντας χρήση δύο αναπηριών στο ίδιο δείγμα) στην έρευνα, βρέθηκε η μελέτη της Σινανίδου (2010), στην οποία οι μητέρες των ατόμων με ΔΑΦ σχετίζονταν θετικά με την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του άγχους και της κατάθλιψης, ενώ παράλληλα βίωναν περισσότερη συναισθηματική επιβάρυνση σε σχέση με τις μητέρες ατόμων με νοητική υστέρηση. Μια ακόμη μελέτη σχετικά με τις δύο αυτές αναπηρίες (Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ) ήταν εκείνη του Γιαννούλη (2013), στην οποία επιδιώχθηκε να εντοπιστούν οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι γονείς με αναπηρίες ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (στη συγκεκριμένη περίπτωση το 28,5% των περιπτώσεων αφορούσε για παιδιά με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή ή Σύνδρομο Asperger και το 23,5% αποτελούσε γονείς παιδιών με Νοητική αναπηρία). Εντοπίστηκε η στρατηγική της αναπλαισίωσης να αποτελεί τη πιο δημοφιλή μέθοδο αντιμετώπισης του άγχους, ακολουθούμενη από την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Σχετικά με τις στρατηγικές που επιλέχθηκαν λιγότερο, ήταν εκείνες που αφορούσαν στην παθητική αντιμετώπιση. Σημαντικό εύρημα αποτέλεσε, επίσης, ότι οι μητέρες χρησιμοποιούσαν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές από τους πατέρες, με την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης να εμφανίζεται με μεγαλύτερο βαθμό. Μια πιο σύγχρονη μελέτη (Βίλλη, 2018), η οποία είχε στο δείγμα της γονείς ατόμων με ΔΑΦ και γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων, δίνει ενδιαφέροντα ευρήματα ως προς τους παράγοντες που αναφέρθηκαν προηγουμένως και θα αναλυθούν εκτενέστερα στο ερευνητικό κομμάτι. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα στρες, κατάθλιψης, άγχους και αρνητικού θυμικού σε σχέση με γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων. Επίσης, στους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων βρέθηκε, αντίστοιχα, περισσότερη αισιοδοξία, λιγότερο άγχος και περισσότερο θετικό ως προς το αρνητικό τους θυμικό. Ως προς τους παράγοντες της έρευνας, εντοπίστηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας, στρες, κατάθλιψης, άγχους, αρνητικού θυμικού, καθώς και των στρατηγικών της άρνησης. Αντιθέτως, η αισιοδοξία συσχετίστηκε θετικά με το θετικό θυμικό και στρατηγικές της ενεργούς αντιμετώπισης. Σημαντικό εύρημα, καταληκτικά, αποτέλεσε το γεγονός ότι η υψηλή επίδοση στο στρες, το άγχος, την κατάθλιψη και το αρνητικό συναίσθημα συνδέθηκε με τη χρήση λιγότερων ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης και αντίστροφα περισσότερων στρατηγικών προσανατολισμένες στο συναίσθημα.



## **B' Μέρος**

### **7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ**

#### **7.1 Εισαγωγή**

Από τα ευρήματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες ενότητες, καθίσταται φανερό, ότι μέχρι σήμερα, δεν φαίνεται να υπάρχουν πολλές έρευνες, στον ελληνικό χώρο, που να έχουν μελετήσει το άγχος των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ, εξετάζοντας ταυτόχρονα, στους συγκεκριμένους πληθυσμούς, τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν, καθώς και τα θετικά ή/και αρνητικά συναισθήματα, συνδυαστικά, που βιώνουν που επηρεάζουν τους δύο παραπάνω παράγοντες. Οι παραπάνω μελέτες, σε μεγάλο βαθμό, διερεύνησαν κάποιες από τις παραπάνω μεταβλητές κυρίως αποσπασματικά. Επιπλέον, στα ευρήματα των ερευνών που μελέτησαν τις στρατηγικές στις οποίες καταφεύγουν οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αγχογόνες καταστάσεις είναι αντικρουόμενα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει μια ξεκάθαρη εικόνα για τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Ακόμη, οι έρευνες που εξέτασαν την ύπαρξη τυχόν διαφορών, μεταξύ των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία, των γονέων ατόμων με ΔΑΦ και των γονέων τυπικώς αναπτυσσόμενων (Τ.Α) ατόμων, ως προς τη χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, καταλήγουν επίσης, σε αντικρουόμενα αποτελέσματα (Lai, Goh, Oei, & Sung, 2015 · Paster, Brandwein, & Walsh, 2009). Οι παραπάνω ελλείψεις που εντοπίστηκαν από την βιβλιογραφία, αποτέλεσαν τον βασικό λόγο για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας. Παρακάτω, περιγράφονται οι σκοποί βάσει των οποίων διαμορφώθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στο δείγμα και στα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων καθώς και μια περιγραφή των ερωτηματολογίων που αξιοποιήθηκαν στο πλαίσιο της έρευνας. Ακόμη, γίνεται λόγος για τη διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων και τέλος, γίνεται περιγραφή των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

## 7.2 Σκοποί της έρευνας και Ερευνητικά Ερωτήματα

Κεντρικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει, μεταξύ των γονέων ατόμων που έχουν διαγνωστεί με Νοητική Αναπηρία και με ΔΑΦ, το επίπεδο του άγχους, τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν, καθώς επίσης και τα επίπεδα του θετικού και αρνητικού συναισθήματος που βιώνουν. Οι επιμέρους σκοποί της παρούσας έρευνας ήταν, η σύγκριση των παραπάνω παραγόντων ως προς τους γονείς τυπικά αναπτυσσόμενων ατόμων καθώς και η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ άγχους, στρατηγικών αντιμετώπισης και θετικών και αρνητικών συναισθημάτων αντίστοιχα. Με βάση τα παραπάνω, διαμορφώθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα ως εξής:

1<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα: Τι επίπεδα άγχους (άγχος από μια κατάσταση/άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) σημειώθηκαν στις τρεις (3) ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, γονείς ατόμων με ΔΑΦ, γονείς Τ.Α. ατόμων);

2<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποια από τις δύο υποκλίμακες (άγχος από μια κατάσταση/άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) της κλίμακας του άγχους σημειώνεται μεγαλύτερο άγχος στις τρεις (3) ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, γονείς ατόμων με ΔΑΦ, γονείς Τ.Α. ατόμων);

3<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποια από τις τρεις (3) ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ και με γονείς Τ.Α. ατόμων) σημειώθηκε μεγαλύτερο επίπεδο άγχους;

4<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα: Ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό οι τρεις (3) ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, γονείς ατόμων με ΔΑΦ, γονείς Τ.Α. ατόμων) και ποιες σε μικρότερο βαθμό;

5<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποια ομάδα του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, γονείς ατόμων με ΔΑΦ, γονείς Τ.Α. ατόμων) εντοπίζεται να χρησιμοποιεί σε μεγαλύτερο βαθμό κάποιες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους ως προς τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος και ποιες είναι αυτές;

6<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα: Τι επίπεδα θετικού και αρνητικού συναισθήματος σημείωσαν οι τρεις (3) ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, γονείς ατόμων με ΔΑΦ, γονείς Τ.Α. ατόμων) ;

7<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα: Οι τρεις (3) ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, γονείς ατόμων με ΔΑΦ, γονείς Τ.Α. ατόμων) σημειώνουν μεγαλύτερο θετικό ή αρνητικό συναίσθημα στην κλίμακα του Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος;

8<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποια από τις τρεις (3) ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ και με γονείς Τ.Α. ατόμων) σημειώθηκε μεγαλύτερο επίπεδο θετικού ή αρνητικού συναισθήματος;

9<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα: Εμφανίζεται σχέση μεταξύ των κλιμάκων του άγχους (άγχος από μια περίσταση/άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) για όλο το δείγμα (n=251);

10<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα: Εμφανίζεται σχέση μεταξύ του άγχους και των στρατηγικών αντιμετώπισης του για κάθε ομάδα του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ και με γονείς Τ.Α. ατόμων);

11<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα: Εμφανίζεται σχέση μεταξύ του άγχους και θετικού και αρνητικού συναισθήματος σε κάθε ομάδα του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ και με γονείς Τ.Α. ατόμων);

12<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα: Εμφανίζονται σχέσεις μεταξύ του θετικού και αρνητικού συναισθήματος και των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους σε κάθε ομάδα του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ και με γονείς Τ.Α. ατόμων);

13<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα: Πως επηρεάζονται και διαμορφώνονται οι παραπάνω μεταβλητές (άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης και θετικό και αρνητικό συναίσθημα) από τα περιγραφικά στοιχεία όλου συνολικά του δείγματος και για τη κάθε ομάδα ξεχωριστά; Ποια από αυτά εντοπίστηκε να εμφανίζουν μια στατιστικά σημαντική σχέση με τις μεταβλητές;

### 7.3 Δείγμα – Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 251 γονείς, από τους οποίους οι 128 ήταν γονείς ατόμων με αναπηρία και 123 γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων (Τ.Α) ατόμων. Από τους 128 γονείς ατόμων με αναπηρία, οι 64 ήταν γονείς ατόμων με Νοητική αναπηρία και 64 γονείς ατόμων με ΔΑΦ. Η δομή του δείγματος, όσον αφορά τα χαρακτηριστικά τους, όπως παρουσιάζεται αναλυτικά στο Παράρτημα ΙΙ, περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το μηνιαίο εισόδημα, τον αριθμό παιδιών στην οικογένεια, την ηλικία των παιδιών, το φύλο των παιδιών, τον αριθμό ατόμων με αναπηρία, την ηλικία των ατόμων με αναπηρία, τη διάγνωση της αναπηρίας που φέρουν, το φύλο των ατόμων με αναπηρία, τη συμμετοχή των γονέων σε σεμινάρια, τις ώρες φροντίδας που αφιερώνουν στα παιδιά τους, τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν, την ενασχόλησή τους με τον αθλητισμό, την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας, την ύπαρξη θρησκευτικότητας, την υποστήριξη από άλλα μέλη της οικογένειας, από στενούς φίλους, την επαφή με γονείς ατόμων με την ίδια αναπηρία με του παιδιού τους και την υποστήριξη από επίσημους φορείς. Αναφορικά με το φύλο των ερωτηθέντων, οι 19 είναι άνδρες (ποσοστό 7.6%) και 232 γυναίκες (ποσοστό 92.4%). Πιο συγκεκριμένα, από τους 64 γονείς ατόμων με νοητική αναπηρία, οι 7 είναι άνδρες (ποσοστό 10.9%) και οι 57 γυναίκες (ποσοστό 89.1%). Αντίστοιχα, από τους 64 γονείς ατόμων με ΔΑΦ, οι 5 είναι άνδρες (ποσοστό 7.8%) και οι 59 γυναίκες (ποσοστό 92.2%), καθώς από τους 123 γονείς Τ.Α ατόμων, οι 7 είναι άνδρες (ποσοστό 5.7%) και οι 116 γυναίκες (ποσοστό 94.3%). Ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων, στους 251 γονείς, οι 25 είναι ηλικίας 25 – 29 ετών (ποσοστό 10%), οι 57 είναι ηλικίας 30 – 34 ετών (ποσοστό 22.7%), οι 67 είναι ηλικίας 35 – 39 ετών (ποσοστό 26.7%), οι 83 είναι ηλικίας 40 – 50 ετών (ποσοστό 33.1%) και οι 19 είναι 50 ετών και άνω (ποσοστό 7.6%). Ειδικότερα, από τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, οι 3 είναι ηλικίας 25 – 29 ετών (ποσοστό 4.7%), 10 είναι ηλικίας 30 – 34 ετών (ποσοστό 15.6%), 16 είναι ηλικίας 35 – 39 ετών (ποσοστό 25%), 26 είναι ηλικίας 40 – 50 ετών (ποσοστό 40.6%) και 9 είναι 50 ετών και άνω (ποσοστό 14.1%). Από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, οι 3 είναι ηλικίας 25 – 29 ετών (ποσοστό 4.7%), 8 είναι ηλικίας 30 – 34 ετών (ποσοστό 12.5%), 19 είναι ηλικίας 35 – 39 ετών (ποσοστό 29.7%), 29 είναι ηλικίας 40 – 50 ετών (ποσοστό 45.3%) και 5 είναι 50 ετών και άνω (ποσοστό 7.8%). Στους γονείς Τ.Α ατόμων, οι 19 είναι ηλικίας 25-29 ετών (ποσοστό

15,4%), 39 είναι ηλικίας 30-34 ετών (ποσοστό 31,7%), 32 είναι ηλικίας 35-39 ετών (ποσοστό 26,0%), 28 είναι ηλικίας 40-50 ετών (ποσοστό 22,8%) και 5 είναι 50 ετών και άνω (ποσοστό 4,1%). Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, από τους 251 γονείς που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 5 είναι άγαμοι (ποσοστό 2%), οι 213 έγγαμοι (ποσοστό 84,9%), οι 23 διαζευγμένοι (ποσοστό 9,2%) και οι 10 αποτελούν μονογονεϊκή οικογένεια (ποσοστό 4%). Ειδικότερα, από τους γονείς των ατόμων με Νοητική Αναπηρία, οι 50 είναι έγγαμοι (ποσοστό 78,1%), οι 8 διαζευγμένοι (ποσοστό 12,5%) και οι 6 αποτελούν μονογονεϊκή οικογένεια (ποσοστό 9,4%). Στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, οι 2 είναι άγαμοι (ποσοστό 3,1%), οι 55 έγγαμοι (ποσοστό 85,9%), οι 5 διαζευγμένοι (ποσοστό 7,8%) και οι 2 αποτελούν μονογονεϊκή οικογένεια (ποσοστό 3,1%), Τέλος, στους 123 γονείς Τ.Α ατόμων βρέθηκε ότι, οι 3 είναι άγαμοι (ποσοστό 2,4%), οι 108 είναι έγγαμοι (ποσοστό 87,8%), οι 10 διαζευγμένοι (ποσοστό 8,1%) και 2 αποτελούν μονογονεϊκή οικογένεια (ποσοστό 1,6%). Σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο βρέθηκε ότι 2 είναι απόφοιτοι δημοτικού (ποσοστό 0,8%), 12 απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 4,8%), 63 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 25,1%), 148 απόφοιτοι Α.Ε.Ι. / Τ.Ε.Ι. (ποσοστό 59%) και 26 απάντησαν Άλλο (ποσοστό 10,4%). Πιο συγκεκριμένα, από τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, οι 2 είναι απόφοιτοι δημοτικού (ποσοστό 3,1%), 4 απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 6,3%), 19 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 29,7%), 32 απόφοιτοι Α.Ε.Ι. / Τ.Ε.Ι. (ποσοστό 50%) και 7 δήλωσαν Άλλο (ποσοστό 10,9%), Στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, οι 4 είναι απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 6,3%), 15 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 23,4%), 39 απόφοιτοι Α.Ε.Ι. / Τ.Ε.Ι. (ποσοστό 60,9%) και οι υπόλοιποι 6 απάντησαν Άλλο (ποσοστό 9,4%). Αντίστοιχα, στους γονείς Τ.Α ατόμων, οι 4 είναι απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 3,3%), οι 29 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 23,6%), οι 77 απόφοιτοι Α.Ε.Ι. / Τ.Ε.Ι. (ποσοστό 62,6%) και οι υπόλοιποι 13 απάντησαν Άλλο (ποσοστό 10,6%). Όσον αφορά το επάγγελμά τους, συνολικά, οι 2 δήλωσαν αγρότες (ποσοστό 0,8%), 40 δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 15,9%), 93 ιδιωτικοί υπάλληλοι (ποσοστό 37,1%), 38 ελεύθεροι επαγγελματίες (ποσοστό 15,1%), 50 δήλωσαν ενασχόληση με τα οικιακά (ποσοστό 19,9%), 20 δήλωσαν άνεργοι (ποσοστό 8%) και 8 απάντησαν Άλλο (ποσοστό 3,2%). Ειδικότερα, από τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, 1 δήλωσε αγρότης (ποσοστό 1,6%), 12 δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 18,8%), 23 ιδιωτικοί υπάλληλοι (ποσοστό 35,9%), 13 ελεύθεροι επαγγελματίες (ποσοστό 20,3%), 7 ενασχόληση με τα οικιακά (ποσοστό 10,9%), 6 άνεργοι (ποσοστό 9,4%) και 2 δήλωσαν Άλλο (ποσοστό 3,1%), από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, 1

δήλωσε αγρότης (ποσοστό 1.6%), 15 δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 23.4%), 11 ιδιωτικοί υπάλληλοι (ποσοστό 17.2%), 10 ελεύθεροι επαγγελματίες (ποσοστό 15.6%), 18 ενασχόληση με τα οικιακά (ποσοστό 28.1%), 6 άνεργοι (ποσοστό 9.4%) και 3 απάντησαν Άλλο (ποσοστό 4.7%), ενώ από τους γονείς Τ.Α ατόμων, οι 13 δήλωσαν δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 10.6%), 59 ιδιωτικοί υπάλληλοι (ποσοστό 48%), 15 ελεύθεροι επαγγελματίες (ποσοστό 12.2%), 25 ενασχόληση με τα οικιακά (ποσοστό 20.3%), 8 άνεργοι (ποσοστό 6.5%) και 3 απάντησαν Άλλο (ποσοστό 2.4%). Αναφορικά με το εισόδημα, βρέθηκε ότι 48 λαμβάνουν μηνιαίως έως 500€ (ποσοστό 19.1%), 101 λαμβάνουν 500 έως 1000€ (ποσοστό 40.2%), 84 λαμβάνουν 1000 έως 3000€ (ποσοστό 33.5%) και 18 λαμβάνουν άνω των 3000€ (ποσοστό 7.2%). Ειδικότερα, από τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, οι 17 λαμβάνουν μηνιαίως έως 500€ (ποσοστό 26.6%), 29 λαμβάνουν 500 έως 1000€ (ποσοστό 45.3%), 15 λαμβάνουν 1000 έως 3000€ (ποσοστό 23.4%) και 3 λαμβάνουν άνω των 3000€ (ποσοστό 4.7%), από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, οι 10 λαμβάνουν μηνιαίως έως 500€ (ποσοστό 15.6%), 23 λαμβάνουν 500 έως 1000€ (ποσοστό 35.9%), 26 λαμβάνουν 1000 έως 3000€ (ποσοστό 40.6%) και 5 λαμβάνουν άνω των 3000€ (ποσοστό 7.8%), ενώ από τους γονείς Τ.Α ατόμων, οι 21 λαμβάνουν μηνιαίως έως 500€ (ποσοστό 17.1%), 49 λαμβάνουν 500 έως 1000€ (ποσοστό 38.8%), 43 λαμβάνουν 1000 έως 3000€ (ποσοστό 35%) και 10 λαμβάνουν άνω των 3000€ (ποσοστό 8.1%). Όσον αφορά τον αριθμό των παιδιών, εντοπίστηκε ότι οι 89 έχουν 1 παιδί (ποσοστό 35.5%), 128 έχουν 2 παιδιά (ποσοστό 51%), 26 έχουν 3 παιδιά (ποσοστό 10.4%), 6 έχουν 4 παιδιά (ποσοστό 2.4%). Στο παραπάνω εντοπίστηκαν επίσης και 2 ελλιπείς τιμές (ποσοστό 0.8%). Ειδικότερα, από τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, οι 13 έχουν 1 παιδί (ποσοστό 20.3%), 43 έχουν 2 παιδιά (ποσοστό 67.2%), 5 έχουν 3 παιδιά (ποσοστό 7.8%), 2 έχουν 4 παιδιά (ποσοστό 2.4%) και εντοπίζεται και 1 ελλιπής τιμή (ποσοστό 1.6%). Από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, οι 17 έχουν 1 παιδί (ποσοστό 26.6%), 30 έχουν 2 παιδιά (ποσοστό 46.9%), 14 έχουν 3 παιδιά (ποσοστό 21.9%), 3 έχουν 4 παιδιά (ποσοστό 4.7%) και εντοπίζεται και εδώ 1 ελλιπής τιμή (ποσοστό 1.6%). Αντίστοιχα, στους 123 γονείς Τ.Α ατόμων βρέθηκε ότι οι 59 έχουν 1 παιδί (ποσοστό 48%), 55 έχουν 2 παιδιά (ποσοστό 44.7%), 7 έχουν 3 παιδιά (ποσοστό 5.7%) και 1 έχει 4 παιδιά (ποσοστό 0.8%). Σχετικά με τη διάγνωση, το φύλο και την ηλικία των παιδιών, προκύπτουν τα εξής: Από τους 251 γονείς που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 108 έχουν αγόρι (ποσοστό 43%), 64 έχουν κορίτσι (ποσοστό 25.5%) και 79 έχουν και αγόρι και

κορίτσι (ποσοστό 31.5%). Πιο συγκεκριμένα, από τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, οι 33 έχουν αγόρι (ποσοστό 51.6), οι 7 έχουν κορίτσι (ποσοστό 24.7%) και οι 24 έχουν και αγόρι και κορίτσι (ποσοστό 37.5%). Από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, οι 35 έχουν αγόρι (ποσοστό 54.7%), οι 6 έχουν κορίτσι (ποσοστό 9.4%) και οι 23 εμφανίζουν να έχουν αγόρι και κορίτσι (ποσοστό 35.9%), ενώ από τους 123 γονείς Τ.Α ατόμων, οι 40 έχουν αγόρι (ποσοστό 32.5), οι 51 έχουν κορίτσι (ποσοστό 41.5%) και οι 32 αγόρι και κορίτσι (ποσοστό 26%). Όσον αφορά τα άτομα με Νοητική Αναπηρία, 7 είναι έως 5 ετών (ποσοστό 10.9%), 21 είναι 6 – 12 ετών (ποσοστό 32.8), 7 είναι 13 – 18 ετών (ποσοστό 10.9%), 12 είναι άνω των 18 ετών (ποσοστό 18.8%) και εντοπίστηκαν 17 ελλιπείς τιμές (ποσοστό 26.6%), Στα άτομα με ΔΑΦ βρέθηκε ότι, 17 είναι έως 5 ετών (ποσοστό 26.6%), 30 είναι 6 – 12 ετών (ποσοστό 46.9%), 10 είναι 13 – 18 ετών (ποσοστό 15.6%), 5 είναι άνω των 18 ετών (ποσοστό 7.8%) και εντοπίστηκαν και εδώ 2 ελλιπείς τιμές (ποσοστό 3.1%) Στην ομάδα των ατόμων με τυπική ανάπτυξη βρέθηκε ότι, 83 είναι έως 5 ετών (ποσοστό 53,54%), 45 είναι 6 – 12 ετών (ποσοστό 29,03%), 13 είναι 13 – 18 ετών (ποσοστό 8,38%) και 14 είναι άνω των 18 ετών (ποσοστό 9,03%). Σχετικά με το φύλο των ατόμων με Νοητική Αναπηρία, 44 είναι αγόρια (ποσοστό 68.8%), 11 είναι κορίτσια (ποσοστό 14.1%) και βρέθηκαν και 9 ελλιπείς τιμές (ποσοστό 14.1%), ενώ από τα άτομα με ΔΑΦ, τα 54 είναι αγόρια (ποσοστό 84.4%), 9 είναι κορίτσια (ποσοστό 14.1%) και εμφανίζεται και μία ελλιπή τιμή (ποσοστό 1.6%). Στην ομάδα των ατόμων με τυπική ανάπτυξη, αντίστοιχα, 72 είναι αγόρια (ποσοστό 46,45%) και 83 είναι κορίτσια (ποσοστό 3,54%). Αναφορικά με τη συμμετοχή των γονέων σε επιμορφωτικά σεμινάρια, συνολικά βρέθηκε ότι 114 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 45,4%), 57 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 22,7 %) και εντοπίστηκαν 80 ελλιπείς τιμές (ποσοστό 31,9 %). Αναλυτικότερα, στους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία βρέθηκε ότι 50 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 78,1 %), 10 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 15,6 %) και εντοπίστηκαν 4 ελλιπείς τιμές (ποσοστό 6,3 %), στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ βρέθηκε ότι 56 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 87,5%) και 8 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 12,5%). Αντίστοιχα, στους γονείς Τ.Α ατόμων βρέθηκε ότι 8 απάντησαν θετικά (ποσοστό 6,5%), 39 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 31,7%) και εντοπίστηκαν 76 ελλιπείς τιμές (ποσοστό 61,8%). Στην ερώτηση με τις ώρες καθημερινής φροντίδας προέκυψε συνολικά ότι 59 αφιέρωναν 0-3 ώρες (ποσοστό 23,5%), 90 αφιέρωναν 4-6 ώρες (ποσοστό 35,9%), 53 αφιέρωναν 7-10 ώρες (ποσοστό 21,1%) και 49 αφιέρωναν πάνω από 10 ώρες (ποσοστό 19,5%). Από τα παραπάνω, στους

γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία βρέθηκε ότι 12 αφιέρωναν 0-3 ώρες (ποσοστό 18,8%), 20 αφιέρωναν 4-6 ώρες (ποσοστό 31,3%), 16 αφιέρωναν 7-10 ώρες (ποσοστό 25%) και 16 αφιέρωναν πάνω από 10 ώρες (ποσοστό 25%), στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ βρέθηκε ότι 13 αφιέρωναν 0-3 ώρες (ποσοστό 20,3%), 19 αφιέρωναν 4-6 ώρες (ποσοστό 29,7%), 14 αφιέρωναν 7-10 ώρες (ποσοστό 21,9%) και 18 αφιέρωναν πάνω από 10 ώρες (ποσοστό 28,1%) και στους γονείς Τ.Α ατόμων βρέθηκε ότι 34 αφιέρωναν 0-3 ώρες (ποσοστό 27,6%), 51 αφιέρωναν 4-6 ώρες (ποσοστό 41,5%), 23 αφιέρωναν 7-10 ώρες (ποσοστό 18,7%) και 15 αφιέρωναν πάνω από 10 ώρες (ποσοστό 12,2%). Όσον αφορά τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν οι γονείς, εντοπίστηκε συνολικά ότι 110 απάντησαν θετικά (ποσοστό 43,8%) και 141 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 56,2%). Πιο συγκεκριμένα, στους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία βρέθηκε ότι 24 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 37,5 %) και 40 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 62,5 %), στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ βρέθηκε ότι 23 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 35,9 %) και 41 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 64,1 %). Αντίστοιχα, στους γονείς Τ.Α ατόμων βρέθηκε ότι 63 απάντησαν θετικά (ποσοστό 51,2 %) και 60 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 48,8 %). Όσον αφορά την ενασχόληση με τον αθλητισμό, εντοπίστηκε συνολικά ότι 56 απάντησαν θετικά (ποσοστό 22,3%) και 195 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 77,7%). Πιο συγκεκριμένα, στους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία βρέθηκε ότι 16 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 25%) και 48 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 75%), στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ βρέθηκε ότι 10 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 15,6%) και 54 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 84,4%). Αντίστοιχα, στους γονείς Τ.Α ατόμων βρέθηκε ότι 30 απάντησαν θετικά (ποσοστό 24,4%) και 93 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 75,6%). Σχετικά με την ύπαρξη προβλημάτων υγείας βρέθηκε συνολικά ότι 62 απάντησαν θετικά (ποσοστό 24,7%) και 189 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 75,3%). Πιο συγκεκριμένα, στους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία βρέθηκε ότι 20 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 31,3%) και 44 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 68,8%), στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ βρέθηκε ότι 18 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 28,1%) και 46 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 71,9%). Αντίστοιχα, στους γονείς Τ.Α ατόμων βρέθηκε ότι 24 απάντησαν θετικά (ποσοστό 19,5%) και 99 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 80,5%). Στην ερώτηση σχετικά με τη θρησκεία, εντοπίστηκε συνολικά ότι, 181 απάντησαν θετικά (ποσοστό 72,1%) και 70 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 27,9%). Πιο συγκεκριμένα, στους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία βρέθηκε ότι 48 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 75%) και 16



απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 25%), στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ βρέθηκε ότι 45 απάντησαν καταφατικά(ποσοστό 70,3%) και 19 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 29,7%). Αντίστοιχα, στους γονείς Τ.Α ατόμων βρέθηκε ότι 88 απάντησαν θετικά (ποσοστό 71,5%) και 35 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 28,5%). Όσον αφορά την υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειας, εντοπίστηκε συνολικά ότι 185 απάντησαν θετικά (ποσοστό 73,7%) και 66 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 26,3%). Πιο συγκεκριμένα, στους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία βρέθηκε ότι 42 απάντησαν καταφατικά(ποσοστό 65,6%) και 22 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 34,4%), στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ βρέθηκε ότι 42 απάντησαν καταφατικά(ποσοστό 65,6%) και 22 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 34,4%). Αντίστοιχα, στους γονείς Τ.Α ατόμων βρέθηκε ότι 101 απάντησαν θετικά (ποσοστό 82,1 %) και 22 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 17,9%). Αναφορικά με την υποστήριξη από τους στενούς φίλους εντοπίστηκε συνολικά ότι 175 απάντησαν θετικά (ποσοστό 69,7%) και 76 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 30,3%). Πιο συγκεκριμένα, στους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία βρέθηκε ότι 46 απάντησαν καταφατικά(ποσοστό 71,9%) και 18 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 28,1%), στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ βρέθηκε ότι 39 απάντησαν καταφατικά(ποσοστό 60,9%) και 25 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 39,1%). Αντίστοιχα, στους γονείς Τ.Α ατόμων βρέθηκε ότι 90 απάντησαν θετικά (ποσοστό 73,2%) και 33 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 26,8%). Η ερώτηση που αφορούσε μόνο γονείς ατόμων με αναπηρία σχετικά με την επαφή τους με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια αναπηρία, εντοπίστηκαν τα εξής: Για τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, βρέθηκε ότι 53 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 82,2%), 10 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 15,6%) και εντοπίστηκε μια(1) ελλιπής τιμή (ποσοστό 1,6%), και αντίστοιχα για τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ βρέθηκε ότι 46 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 71,9%), 17 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 26,6%) και εντοπίστηκε μια(1) ελλιπής τιμή (ποσοστό 1,6%). Στην τελευταία ερώτηση που αφορούσε επίσης γονείς ατόμων με αναπηρία σχετικά με τη λήψη βοήθειας από επίσημες πηγές υποστήριξης εντοπίστηκαν τα εξής: Για τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, βρέθηκε ότι 18 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 28,1%), 45 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 70,3%) και εντοπίστηκε μια(1) ελλιπής τιμή (ποσοστό 1,6%), και αντίστοιχα για τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ βρέθηκε ότι 26 απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 40,6%) και 38 απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 59,4%).

## 7.4 Ερευνητικά εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας συγκροτήθηκε ερωτηματολόγιο, στην αρχή του οποίου παρουσιάζονται γενικές πληροφορίες και παρέχονται τα στοιχεία επικοινωνίας (Παράρτημα Ι).

### *Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων:*

Αρχικά χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, προκειμένου να προσδιοριστούν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλάμβανε στο σύνολο 23 ερωτήσεις που αφορούσαν πληροφορίες όπως: το φύλο των γονέων, την ηλικία τους, την οικογενειακή τους κατάσταση, το μορφωτικό τους επίπεδο, το επάγγελμά τους, το μηνιαίο εισόδημά τους (6 ερωτήσεις), καθώς και πληροφορίες σε σχέση με τα παιδιά των συμμετεχόντων (αριθμός παιδιών στην οικογένεια, το φύλο, η ηλικία, η διάγνωση που έχουν - 7 ερωτήσεις). Επίσης, περιλαμβάνονταν και κάποιες ερωτήσεις (10 στον αριθμό), οι οποίες συνέβαλαν στην διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης εικόνας για τους ίδιους και της φροντίδας που παρέχουν στα παιδιά τους.

Στη συνέχεια, ακολουθούν τρία ερωτηματολόγια, συνολικά με 98 ερωτήσεις στον αριθμό τους, καθένα από τα οποία μελετά τις μεταβλητές/τους παράγοντες της έρευνας.

### *Η κλίμακα Άγχους του Spielberg:*

Η κλίμακα άγχους του Spielberg είναι μία από τις πλέον γνωστές και ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες για τη μέτρηση του άγχους, που αποτελείται από 40 θέματα. Τα πρώτα 20 θέματα αναφέρονται σε άγχος που προκαλείται από μια συγκεκριμένη κατάσταση (state anxiety), ενώ τα υπόλοιπα 20 αναφέρονται στο άγχος το οποίο αποτελεί πιο μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety) (Λιάκος, & Γιαννίτση, 1984). Η βαθμολόγηση γίνεται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχόμενου των θεμάτων/προτάσεων για τον κάθε εξεταζόμενο του δείγματος, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert 1 - 4 στις κατηγορίες: 1:σχεδόν ποτέ, 2:μερικές φορές, 3:συχνά, 4:σχεδόν πάντοτε. Αντίστροφα βαθμολογούνται οι ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 20, 21, 26, 27, 33, 36 και 39. Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση όλων των ερωτήσεων. Το εύρος των τιμών της κάθε κλίμακας είναι από 20 έως 80. Ο μέσος όρος για την πρώτη

κλίμακα (state anxiety) είναι 43,21, για τη δεύτερη κλίμακα (trait anxiety) είναι 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται, προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας από την Αναγνωστοπούλου (2002). Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει επαρκή εννοιολογική εγκυρότητα με υψηλές συσχετίσεις με την κατάθλιψη, την αλεξιθυμία και αρνητική συσχέτιση με την κλίμακα εσωτερικής συγκρότησης. Όσον αφορά την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, προκύπτει για την πρώτη κλίμακα Cronbach  $\alpha=0.92$ , για τη δεύτερη κλίμακα Cronbach  $\alpha=0.89$  και στο σύνολο Cronbach  $\alpha=0.94$  (Λιάκος, & Γιαννίτση, 1984). Στην παρούσα έρευνα, κατά την ανάλυση των δεδομένων και του υπολογισμού του δείκτη  $\alpha$  του Cronbach, εντοπίστηκε ότι η πρώτη κλίμακα (State Anxiety) έχει  $\alpha=0.953$  και η δεύτερη κλίμακα (Trait Anxiety) έχει  $\alpha=0.912$ . Οι παραπάνω κλίμακες αποδείχθηκαν αξιόπιστες.

**Πίνακας 1: Αποτελέσματα του δείκτη Cronbach για το άγχος που προκαλείται από μια συγκεκριμένη κατάσταση**

State Anxiety		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.953	.953	20

**Πίνακας 2: Αποτελέσματα του δείκτη Cronbach για το άγχος που αποτελεί μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας**

Trait Anxiety		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.912	.912	20

### ***Το ερωτηματολόγιο «Τρόποι Αντιμετώπισης Αγχογόνων καταστάσεων»:***

Για την διερεύνηση των στρατηγικών που χρησιμοποιούν οι γονείς για να αντιμετωπίσουν το άγχος, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ). Η προσαρμογή του σε ελληνικό δείγμα αποτελείται από 38 ερωτήσεις και από πέντε παράγοντες-στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων: 1) την θετική προσέγγιση (με δύο διαστάσεις: την θετική επαναξιολόγηση (στο παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούν οι ερωτήσεις: 64, 74, 77, 79, 82, 86 και 101) και την επίλυση προβλήματος (στο παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούν οι ερωτήσεις: 87, 93, 94 και 95)), 2) την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (στο παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούν οι ερωτήσεις: 68, 69, 81, 83, 88 και 90), 3) την ευχολογία-ονειροπόληση (με δύο διαστάσεις: την ευχολογία (στο παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούν οι ερωτήσεις: 76, 96, 97, 98 και 99) και την αναζήτηση θεϊκής βοήθειας (στο παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούν οι ερωτήσεις: 70, 85 και 100) 4) την αποφυγή-διαφυγή (με δύο διαστάσεις: την παραίτηση (στο παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούν οι ερωτήσεις: 65, 66, 67, 71 και 80) και την άρνηση (στο παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούν οι ερωτήσεις: 72, 73, 78 και 89)) και 5) την διεκδικητική επίλυση προβλήματος (στο παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούν οι ερωτήσεις: 75, 84, 91 και 92). Αναλυτικότερα, στον παράγοντα θετική προσέγγιση περιλαμβάνονται θέματα που αναφέρονται στην προσπάθεια του ατόμου να επαναξιολογήσει κατά ένα θετικό τρόπο τις αγχογόνες καταστάσεις και ταυτόχρονα να σχεδιάσει συγκεκριμένες τεχνικές επίλυσης του προβλήματος (π.χ., «Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου για να πετύχω», «Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων»). Ο παράγοντας αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, περιλαμβάνει θέματα που αναφέρονται στην προσπάθεια του ατόμου να ανεύρει κατάλληλη υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του (π.χ., «Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερο για την κατάσταση», «Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα»). Στον παράγοντα ευχολογία/ονειροπόληση περιλαμβάνονται θέματα που αξιολογούν την τάση του, ατόμου να ξεπεράσει τα πιθανά προβλήματά του, ευχόμενος να συμβεί ένα θαύμα, ή ονειροπολώντας το πώς θα ήταν τα πράγματα αν δεν είχε συμβεί κάτι αρνητικό (π.χ., «Ευχόμεουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή», «Προσευχόμουν»). Ο παράγοντας αποφυγή/διαφυγή αξιολογεί την τάση του

ατόμου να επανεκτιμήσει την κατάσταση μειώνοντας ή αγνοώντας την πραγματική σημασία της (π.χ., «Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά», «Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο») και ο παράγοντας διεκδικητική επίλυση προβλήματος αξιολογεί την προσπάθεια του ατόμου να επιτύχει κάποια λύση αντιμετωπίζοντας άμεσα και διεκδικητικά την κατάσταση ή το πρόσωπο που πιθανώς τη δημιουργεί (π.χ., «Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα», «Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ό,τι ήθελα»). Οι παραπάνω παράγοντες παρουσίασαν υψηλή εσωτερική αξιοπιστία καθώς και υψηλή αξιοπιστία μέσω επαναχορήγησης. Ερμήνευσαν το 32,2% της συνολικής διακύμανσης, μέγεθος ικανοποιητικό αν σκεφτεί κανείς το εύρος των διαδικασιών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, γνωστικών και σε επίπεδο συμπεριφοράς, που η κλίμακα περιλαμβάνει (Καραδήμας, 1998). Η κλίμακα τύπου Likert έχει τέσσερις διαβαθμίσεις: από το 0=Ποτέ έως το 3=Συχνά, ανάλογα με το πόσο συχνά χρησιμοποιείται μια στρατηγική. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας κυμαίνεται από 0,60 έως 0,79 (δείκτης Cronbach  $\alpha$ ). Στην παρούσα έρευνα, κατά την ανάλυση των δεδομένων και του υπολογισμού του δείκτη του Cronbach, εντοπίστηκε ότι η Θετική Προσέγγιση έχει  $\alpha = 0,845$ , με την Θετική Επαναξιολόγηση να έχει  $\alpha = 0,802$  και την Επίλυση Προβλήματος να έχει  $\alpha = 0,688$ , η Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης να έχει  $\alpha = 0,722$ , η Ευχολογία-Ονειροπόληση να έχει  $\alpha = 0,770$ , με την Ευχολογία να έχει  $\alpha = 0,747$  και την Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας να έχει  $\alpha = 0,773$ , η Αποφυγή-Διαφυγή να έχει  $\alpha = 0,723$ , με την Παραίτηση να έχει  $\alpha = 0,647$  και την Άρνηση να έχει  $\alpha = 0,570$  και η Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος να έχει  $\alpha = 0,281$ . Οι περισσότερες κλίμακες αποδείχθηκαν αξιόπιστες, εκτός από την Άρνηση που αποδείχθηκε κλίμακα με μικρή αξιοπιστία ( $\alpha = 0,570$ ) και τη Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος που δεν αποδείχθηκε ως αξιόπιστη κλίμακα ( $\alpha = 0,281$ ).

**Πίνακας 3: Αποτελέσματα του δείκτη Cronbach για τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων**

Στρατηγικές	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
Θετική Προσέγγιση	0,845	0.847	11
Θετική Επαναξιολόγηση	0,802	0799	7
Επίλυση Προβλήματος	0,688	0,696	4
Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης	0,722	0,715	6
Ευχολογία-Ονειροπόληση	0,770	0,765	8
Ευχολογία	0,747	0,731	5
Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας	0,773	0,781	3
Αποφυγή-Διαφυγή	0,723	0,722	9
Παραίτηση	0,647	0,645	5
Άρνηση	0,570	0,568	4
Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος	0,281	0,279	4

***Η Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (Positive and Negative Affect Scales, PANAS) (Watson, D., Clark L. A., & Tellegen, A., 1988):***

Η κλίμακα προσαρμόστηκε με σκοπό τη διερεύνηση του θετικού και αρνητικού συναισθήματος. Η Κλίμακα αποτελείται από 20 λέξεις, τυχαία κατανεμημένες οι οποίες περιγράφουν θετικούς και αρνητικούς συναισθηματικούς αυτοχαρακτηρισμούς. Απαρτίζεται από δύο κλίμακες/παράγοντες, εκ των οποίων η καθεμιά αποτελείται από 10 χαρακτηρισμούς (στο παρόν ερωτηματολόγιο οι ερωτήσεις που αφορούν στον παράγοντα αρνητικό συναίσθημα είναι: 103, 105, 107, 108, 109, 112, 114, 116, 119 και 121, και οι ερωτήσεις που αφορούν στον παράγοντα θετικό συναίσθημα είναι: 102, 104, 106, 110, 111, 113, 115, 117, 118 και 120 ). Όταν οι κλίμακες θετικού και αρνητικού συναισθήματος χρησιμοποιούνται με βραχυπρόθεσμες οδηγίες τείνουν να είναι ευαίσθητες σε διακυμάνσεις διάθεσης, ενώ αντίθετα τείνουν να δείχνουν σταθερότητα χαρακτηριστικών διάθεσης όταν δίνονται με μακροπρόθεσμες οδηγίες. Στην παρούσα έρευνα χορηγήθηκαν με μακροπρόθεσμες οδηγίες. Όσον αφορά την βαθμολόγηση, κάθε ερώτηση απαντάται σε μία κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1: πολύ λίγο, 2: λίγο, 3: μέτρια, 4: αρκετά, 5: πάρα πολύ) και η βαθμολογία στις επιμέρους κλίμακες προκύπτει από το μέσο όρο των ερωτήσεων που αντιστοιχούν στις κλίμακες θετικού και αρνητικού συναισθήματος. Σχετικά με την εσωτερική αξιοπιστία των δύο κλιμάκων, στον ελληνικό πληθυσμό (προσαρμογή και επιμέλεια από τη Δασκάλου, Β. και τη Συγκολλίτου, Ε.), βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο και αρκετά κοντά στις τιμές εσωτερικής αξιοπιστίας των κατασκευαστών της κλίμακας. Για το θετικό συναίσθημα ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας είχε την τιμή .86 έως .90, και για το αρνητικό συναίσθημα .84 έως .87. Στην παρούσα έρευνα, κατά την ανάλυση των δεδομένων και τον υπολογισμό του δείκτη του Cronbach, εντοπίστηκε ότι το θετικό συναίσθημα έχει  $\alpha = 0,828$  και το αρνητικό συναίσθημα έχει  $\alpha = 0,886$ . Οι παραπάνω κλίμακες αποδείχθηκαν αξιόπιστες.

**Πίνακας 4: Αποτελέσματα του δείκτη Cronbach για την κλίμακα του θετικού συναισθήματος**

**Θετικό συναίσθημα**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.828	.829	10

**Πίνακας 5: Αποτελέσματα του δείκτη Cronbach για την κλίμακα του αρνητικού συναισθήματος**

**Αρνητικό συναίσθημα**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.886	.887	10



## 7.5: Διαδικασία Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων

Η επιλογή του δείγματος για την διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με τυχαία δειγματοληψία σε γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε είναι η παρακάτω: Αρχικά, έγινε ενημέρωση των συλλόγων γονέων, κηδεμόνων και φίλων Ατόμων με Αναπηρία, του συλλόγου γονέων, κηδεμόνων και φίλων ατόμων με ΔΑΦ και ενός Κέντρου Λογοθεραπείας μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, με την χρήση μέσων κοινωνικής δικτύωσης (facebook) αλλά και δια ζώσης σχετικά με το περιεχόμενο της έρευνας. Στη συνέχεια, χορηγήθηκαν στους παραπάνω συλλόγους τα ερωτηματολόγια δια ζώσης ή/και μέσω ταχυδρομείου, οι οποίοι τα προώθησαν σε γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία ή με ΔΑΦ. Η διαδικασία συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων διήρκησε από τον Οκτώβριο του 2018 έως τον Φεβρουάριο του 2019. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στις περιοχές των Ιωαννίνων και της Πρέβεζας. Παράλληλα, προωθήθηκε και μια πλατφόρμα που περιείχε το ερωτηματολόγιο από τη google forms, μέσω της χρήσης ενός μέσου κοινωνικής δικτύωσης (facebook) σε όλη την Ελλάδα.

## 7.6: Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS version 21.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά ενώ για τις ποσοτικές η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Η ύπαρξη συνοχής μεταξύ των κλιμάκων, όπως αναφέρθηκε παραπάνω στο 7.4, υπολογίστηκε μέσω του δείκτη εσωτερικής συνάφειας (internal consistency coefficient) ή διαφορετικά δείκτη Cronbach  $\alpha$ , ο οποίος είναι ένας από τους πιο διαδεδομένους δείκτες αξιοπιστίας. Από θεωρητικής άποψης ο δείκτης Cronbach  $\alpha$ , 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 μεταβλητών. Στην περίπτωση ανεξάρτητων δειγμάτων εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με έναν παράγοντα (One-Way Ανοva) εάν τα αριθμητικά δεδομένα ακολουθούν κανονική κατανομή. Στην περίπτωση πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni. Πραγματοποιήθηκε, επίσης, t-test κατά ζεύγη ώστε να διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στους μέσους όρους της κλίμακας του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος. Τέλος, για τη διαπίστωση της ύπαρξης διαφορών μεταξύ των μέσων όρων στις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους στην ομάδα των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη, ως προς το αν είναι πραγματικές ή προέκυψαν τυχαία, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος One – Way Repeated Measures ANOVA.

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.

## **7.7: Αποτελέσματα**

### **7.7.1 Τα επίπεδα του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας στους γονείς ατόμων με αναπηρία και στους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων του δείγματος**

Το άγχος των γονέων της έρευνας υπολογίζεται μέσω των επιμέρους διαστάσεών του, οι οποίες αποτελούν το άγχος που προκαλείται από μια συγκεκριμένη κατάσταση (State Anxiety) και το άγχος που αποτελεί μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους (Trait Anxiety). Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός της κάθε διάστασης/κλίμακας υπολογίστηκε, για την κάθε ομάδα του δείγματος, ο μέσος όρος του αθροίσματος των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αντιστοιχεί για την εκάστοτε διάσταση/κλίμακα (1<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα).

Στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία, στην κλίμακα του άγχους από μια κατάσταση ο μέσος όρος (Μ.Ο) είναι ίσος με 2,78 (τυπική απόκλιση 0,71). Ο παραπάνω μέσος όρος (2,78), με βάση τον αριθμό των ερωτήσεων σε αυτήν την κλίμακα (20 στον αριθμό) και το γεγονός ότι ο Μ.Ο για κάθε κλίμακα κυμαίνεται από 20 μέχρι 80 (στη συγκεκριμένη περίπτωση προκύπτει Μ.Ο: 55,78), εκφράζει ότι το άγχος από μια περίσταση κυμαίνεται από μέτρια προς υψηλά επίπεδα. Αντίστοιχα στην κλίμακα του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας βρέθηκε ότι ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,53 (τυπική απόκλιση 0,59). Σε αυτή την περίπτωση και με βάση τον μέσο όρο (στη συγκεκριμένη περίπτωση προκύπτει Μ.Ο: 50,65), εμφανίζεται, επίσης, το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους να κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Εξετάστηκε, ακόμη, η ύπαρξη διαφορών μεταξύ των μέσων όρων της κλίμακας του άγχους (2<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα). Για την αξιολόγηση της μηδενικής υπόθεσης ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στους μέσους όρους της κάθε κλίμακας άγχους πραγματοποιήθηκε t-test κατά ζεύγη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety), σε σχέση με το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους (Trait Anxiety) (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6: Περιγραφικά στοιχεία του άγχους από μια κατάσταση(State Anxiety) και του άγχους ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας(Trait Anxiety) σε γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία**

Κλίμακα Άγχους	N	M.O	T.A	t	p
State Anxiety	64	2.7891	.71010	6.164	<0.001
Trait Anxiety	64	2.5328	.59670		
Valid N (listwise)	64				

Όσον αφορά τους γονείς των ατόμων με ΔΑΦ εντοπίστηκε στην κλίμακα του άγχους από μια κατάσταση ότι ο μέσος όρος (M.O) είναι ίσος με 2,66 (τυπική απόκλιση 0,72). Ο παραπάνω μέσος όρος (M.O:53,37), εκφράζει ότι το άγχος από μια περίσταση κυμαίνεται από μέτρια προς υψηλά επίπεδα. Αντίστοιχα, στην κλίμακα του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας βρέθηκε ότι ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,42 (τυπική απόκλιση 0,54). Σε αυτή την περίπτωση και με βάση τον μέσο όρο (M.O:48,46), το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους εμφανίζεται να κυμαίνεται σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα. Εξετάστηκε και εδώ, η ύπαρξη διαφορών μεταξύ των μέσων όρων της κλίμακας του άγχους. Για την αξιολόγηση της μηδενικής υπόθεσης ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στους μέσους όρους της κάθε κλίμακας άγχους πραγματοποιήθηκε t-test κατά ζεύγη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety), σε σχέση με το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους (Trait Anxiety) (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7: Περιγραφικά στοιχεία του άγχους από μια κατάσταση(State Anxiety) και του άγχους ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας(Trait Anxiety) σε γονείς ατόμων με ΔΑΦ**

Κλίμακα Άγχους	N	M.O	T.A	T	p
State Anxiety	64	2.6688	.72410	4.130	<0.001
Trait Anxiety	64	2.4234	.54787		

<b>Valid N (listwise)</b>	64			
-------------------------------	----	--	--	--

Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, τους γονείς των Τ.Α ατόμων εντοπίστηκε στην κλίμακα του άγχους από μια κατάσταση ότι ο μέσος όρος (Μ.Ο) είναι ίσος με 2,50 (τυπική απόκλιση 0,64). Ο παραπάνω μέσος όρος (Μ.Ο:50,00), εκφράζει ότι το άγχος από μια περίπτωση κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Αντίστοιχα, στην κλίμακα του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας βρέθηκε ότι ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,30 (τυπική απόκλιση 0,53). Σε αυτή την περίπτωση και με βάση τον μέσο όρο (Μ.Ο: 46,12), το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους εμφανίζεται να κυμαίνεται σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα. Εξετάστηκε και σε αυτή την ομάδα, η ύπαρξη διαφορών μεταξύ των μέσων όρων της κλίμακα του άγχους. Για την αξιολόγηση της μηδενικής υπόθεσης ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στους μέσους όρους της κάθε κλίμακας άγχους πραγματοποιήθηκε t-test κατά ζεύγη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς ατόμων με Τυπική Ανάπτυξη εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety), σε σχέση με το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους (Trait Anxiety) (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8: Περιγραφικά στοιχεία του άγχους από μια κατάσταση(State Anxiety) και του άγχους ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας(Trait Anxiety) σε γονείς Τ.Α ατόμων**

<b>Κλίμακα άγχους</b>	<b>N</b>	<b>M.O</b>	<b>T.A</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
<b>State Anxiety</b>	123	2.5004	.64256	5.524	<b>&lt;0.001</b>
<b>Trait Anxiety</b>	123	2.3061	.53403		
<b>Valid N (listwise)</b>	123				

Στα παραπάνω, θα πρέπει να αναφερθεί ότι πραγματοποιήθηκαν και κάποιοι στατιστικοί έλεγχοι με τη χρήση του post hoc test της One-way Anova και καθώς αφορά περίπτωση πολλαπλών συγκρίσεων, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0.05. Με

βάση τους ελέγχους αυτούς εντοπίστηκαν τα εξής στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα: Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της μεταβλητής (του παράγοντα) State Anxiety (άγχος από μια κατάσταση) ως προς τη διάγνωση του παιδιού (3<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα). Η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τη διάγνωση του παιδιού ( $F_{(2,248)}=4.025$ ,  $p=0.019$ ). Εντοπίστηκε ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) (ο μέσος όρος είναι ίσος με 55,78 και τυπική απόκλιση 14,20) από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ (ο μέσος όρος είναι ίσος με 53,37 και τυπική απόκλιση 14,48) και τους γονείς Τ.Α ατόμων του δείγματος (ο μέσος όρος είναι ίσος με 50,00 και τυπική απόκλιση 12,85) (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9: Άγχος από μια περίπτωση – Διάγνωση του παιδιού**

Διάγνωση παιδιού	N	M.O.	T.A.	$F_{(2,248)}$	p
Νοητική αναπηρία	64	55.7813	14.20202	4.025	<b>0.019</b>
ΔΑΦ	64	53.3750	14.48206		
Τ.Α	123	50.0081	12.85129		
Total	251	52.3386	13.79336		

Ανάλογα αποτελέσματα βρέθηκαν και για την μεταβλητή (τον παράγοντα) «Trait Anxiety» (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η μεταβλητή Trait Anxiety βρέθηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τη διάγνωση του παιδιού ( $F_{(2,248)}= 3.647$ ,  $p=0.027$ ). Εντοπίστηκε ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους (Trait Anxiety) (ο μέσος όρος είναι ίσως με 50,65 και τυπική απόκλιση 11,93) από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ (ο μέσος όρος είναι ίσος με 48,46 και τυπική απόκλιση 10,95) και τους γονείς Τ.Α ατόμων του δείγματος (ο μέσος όρος είναι ίσος με 46,12 και τυπική απόκλιση 10,68) (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10 : Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας- Διάγνωση παιδιού**

Διάγνωση παιδιού	N	M.O.	T.A.	F <sub>(2,248)</sub>	p
Νοητική αναπηρία	64	50.6563	11.93397	3.647	<b>0.027</b>
ΔΑΦ	64	48.4688	10.95730		
T.A	123	46.1220	10.68060		
Total	251	47.8765	11.19807		

### **7.7.2 Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που κάνουν χρήση οι γονείς ατόμων με αναπηρία και οι γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων του δείγματος**

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που φαίνεται να χρησιμοποιούν οι γονείς της έρευνας υπολογίστηκαν μέσω της πρόσθεσης των ερωτήσεων που αντιστοιχούν σε κάθε παράγοντα/στρατηγική. Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός της κάθε στρατηγικής υπολογίστηκε, για την κάθε ομάδα του δείγματος, ο μέσος όρος του αθροίσματος των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου (4<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα). Οι μέσοι όροι της κάθε στρατηγικής αντιμετώπισης του άγχους, όσον αφορά τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα (11). Αναλυτικότερα, ως προς τις στρατηγικές, οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εντοπίστηκε να κάνουν χρήση σε μεγαλύτερο βαθμό της στρατηγικής της Θετικής Επαναξιολόγησης (ο μέσος όρος είναι ίσος με 3,06 και τυπική απόκλιση 0,64), ακολουθούμενη από την Αναζήτηση της Κοινωνικής Υποστήριξης (ο μέσος όρος είναι ίσος με 3,03 και τυπική απόκλιση 0,55) και την Ευχολογία (ο μέσος όρος είναι ίσος με 3,01 και τυπική απόκλιση 0,66). Σε μικρότερο βαθμό εμφανίζεται η χρήση της στρατηγικής της Άρνησης (ο μέσος όρος είναι 2,44 και τυπική απόκλιση 0,64) και της Διεκδικητικής Επίλυσης Προβλήματος (ο μέσος όρος είναι 2,53 και τυπική απόκλιση 0,53). Για τη διαπίστωση της ύπαρξης διαφορών μεταξύ των μέσων όρων στις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ως προς το αν είναι πραγματικές ή προέκυψαν τυχαία, πραγματοποιήθηκε, επίσης, ο έλεγχος One – Way Repeated Measures ANOVA. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

**Πίνακας 11: Περιγραφικά στοιχεία των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους για τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία**

	<b>N</b>	<b>M.O</b>	<b>T.A</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>η<sup>2</sup></b>
<b>Θετική Επαναξιολόγηση</b>	64	3.0670	.64492	9.455	<b>&lt;0.001</b>	0.130
<b>Επίλυση Προβλήματος</b>	64	2.8320	.69587			
<b>Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης</b>	64	3.0313	.55783			
<b>Ευχολογία</b>	64	3.0125	.66845			
<b>Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας</b>	64	2.7500	.91432			
<b>Παραίτηση</b>	64	2.9031	.64340			
<b>Άρνηση</b>	64	2.4492	.64424			
<b>Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος</b>	64	2.5352	.53613			
<b>Θετική Προσέγγιση</b>	64	2.9815	.61661			
<b>Ευχολογία-Ονειροπόληση</b>	64	2.9141	.59340			
<b>Αποφυγή-Διαφυγή</b>	64	2.7014	.55780			
<b>Valid N (listwise)</b>	64					

Για την ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ, εντοπίστηκε να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης (ο μέσος όρος είναι 3,14 και τυπική απόκλιση 0,67), ακολουθούμενη από τη στρατηγική της Θετικής Προσέγγισης (ο μέσος όρος είναι 3,03 και τυπική απόκλιση 0,57) και την Ευχολογία (ο μέσος όρος είναι 2,97 και τυπική απόκλιση 0,72). Σε μικρότερο βαθμό εντοπίστηκε να κάνουν χρήση της Διεκδικητικής Επίλυσης Προβλήματος (ο μέσος όρος είναι 2,37 και τυπική απόκλιση 0,52), της Άρνησης (ο μέσος όρος είναι 2,58 και τυπική απόκλιση 0,74) και της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας (ο μέσος όρος είναι 2,59 και τυπική απόκλιση 0,95). Για τη διαπίστωση της ύπαρξης διαφορών μεταξύ των μέσων όρων στις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους στην ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ, ως προς το αν είναι πραγματικές ή προέκυψαν τυχαία, πραγματοποιήθηκε,



επίσης, ο έλεγχος One – Way Repeated Measures ANOVA. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5% (Πίνακας 12).

**Πίνακας 12: Περιγραφικά στοιχεία των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους για γονείς ατόμων με ΔΑΦ**

	N	M.O	T.A	F	p	$\eta^2$
Θετική Επαναξιολόγηση	64	3.1406	.67223	9.492	<0.001	0.131
Επίλυση Προβλήματος	64	2.8516	.60046			
Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης	64	2.9167	.62361			
Ευχολογία	64	2.9781	.72604			
Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας	64	2.5938	.95668			
Παραίτηση	64	2.7906	.56279			
Άρνηση	64	2.5898	.74184			
Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος	64	2.3789	.52135			
Θετική Προσέγγιση	64	3.0355	.57052			
Ευχολογία-Ονειροπόληση	64	2.8340	.65430			
Αποφυγή-Διαφυγή	64	2.7014	.54572			
Valid N (listwise)	64					

Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, τους γονείς T.A ατόμων, εντοπίστηκε να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης (ο μέσος όρος είναι 2,98 και τυπική απόκλιση 0,58), ακολουθούμενη από την Ευχολογία (ο μέσος όρος είναι 2,93 και τυπική απόκλιση 0,71) και την Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης (ο μέσος όρος είναι 2,90 και τυπική απόκλιση 0,66). Σε μικρότερο βαθμό κάνουν χρήση της στρατηγικής της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας (ο μέσος όρος είναι 2,36 και τυπική απόκλιση 0,99), της Διεκδικητικής Επίλυσης Προβλήματος (ο μέσος όρος είναι 2,41 και τυπική απόκλιση 0,56) και της Άρνησης

(ο μέσος όρος είναι 2,55 και τυπική απόκλιση 0,64). Για τη διαπίστωση της ύπαρξης διαφορών μεταξύ των μέσων όρων στις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους στην ομάδα των γονέων ατόμων με Τυπική Ανάπτυξη, ως προς το αν είναι πραγματικές ή προέκυψαν τυχαία, πραγματοποιήθηκε και εδώ ο έλεγχος One – Way Repeated Measures ANOVA. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5% (Πίνακας 13).

**Πίνακας 13: Περιγραφικά στοιχεία των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους για τους γονείς Τ.Α ατόμων**

	<b>N</b>	<b>M.O</b>	<b>T.A</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>η<sup>2</sup></b>
<b>Θετική Επαναξιολόγηση</b>	123	2.9861	.58998	19.495	<b>&lt;0.001</b>	0.138
<b>Επίλυση Προβλήματος</b>	123	2.6728	.65296			
<b>Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης</b>	123	2.9092	.66641			
<b>Ευχολογία</b>	123	2.9382	.71156			
<b>Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας</b>	123	2.3604	.99506			
<b>Παραίτηση</b>	123	2.6407	.66281			
<b>Άρνηση</b>	123	2.5508	.64334			
<b>Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος</b>	123	2.4187	.56855			
<b>Θετική Προσέγγιση</b>	123	2.8721	.55406			
<b>Ευχολογία-Ονειροπόληση</b>	123	2.7215	.69206			
<b>Αποφυγή-Διαφυγή</b>	123	2.6007	.56742			
<b>Valid N (listwise)</b>	123					

Θα πρέπει να αναφερθεί, ακόμη, ότι πραγματοποιήθηκαν και κάποιοι στατιστικοί έλεγχοι με τη χρήση του post hoc test της One-way Anova και καθώς αφορά την περίπτωση πολλαπλών συγκρίσεων, χρησιμοποιήθηκε και η διόρθωση Bonferroni. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0.05. Με βάση τους ελέγχους αυτούς εντοπίστηκαν τα εξής στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα: Ως προς τη διάγνωση που είχαν τα παιδιά των γονέων που

εξετάστηκαν στην παρούσα έρευνα εντοπίστηκαν δύο (2) στρατηγικές για την αντιμετώπιση του άγχους τους να εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές (5<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα). Αναλυτικότερα, στην στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη διάγνωση του παιδιού ( $F_{(2,248)}= 3.683$ ,  $p=0.027$ ). Οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο την στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας (ο μέσος όρος είναι ίσος με 8,25 και τυπική απόκλιση 2,74), από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ (ο μέσος όρος είναι ίσος με 7,78 και τυπική απόκλιση 2,87) και τους γονείς Τ.Α ατόμων (ο μέσος όρος είναι ίσος με 7,08 και τυπική απόκλιση 2,98) (Πίνακας 14).

**Πίνακας 14: Στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας - Διάγνωση παιδιού**

Διάγνωση παιδιού	N	M.O.	T.A.	$F_{(2,248)}$	p
Νοητική αναπηρία	64	8.2500	2.74296	3.683	<b>0.027</b>
ΔΑΦ	64	7.7813	2.87004		
Τ.Α	123	7.0813	2.98519		
Total	251	7.5578	2.92705		

Κάτι αντίστοιχο συναντάται και στη στρατηγική Παραίτηση, καθώς εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη διάγνωση του παιδιού ( $F_{(2,248)}= 3.824$ ,  $p=0.023$ ). Οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο την στρατηγική της Παραίτησης (ο μέσος όρος είναι ίσος με 14,51 και τυπική απόκλιση 3,21), από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ (ο μέσος όρος είναι ίσος με 13,95 και τυπική απόκλιση 2,81) και τους γονείς Τ.Α ατόμων (ο μέσος όρος είναι ίσος με 13,20 και τυπική απόκλιση 3,31) (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15: Στρατηγική Παραίτηση – Διάγνωση παιδιού**

Διάγνωση παιδιού	N	M.O.	T.A.	F <sub>(2,248)</sub>	p
Νοητική αναπηρία	64	14.5156	3.21698	3.824	<b>0.023</b>
ΔΑΦ	64	13.9531	2.81397		
T.A	123	13.2033	3.31405		
Total	251	13.7291	3.20473		

### **7.7.3 Τα επίπεδα του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος στους γονείς ατόμων με αναπηρία και στους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων του δείγματος**

Το θετικό και αρνητικό συναίσθημα των γονέων της παρούσας έρευνας υπολογίζεται, για την κάθε ομάδα του δείγματος, μέσω του μέσου όρου του αθροίσματος των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αντιστοιχεί για την εκάστοτε κλίμακα (θετικό συναίσθημα/αρνητικό συναίσθημα) (6<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα).

Στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία, στο θετικό συναίσθημα ο μέσος όρος (M.O) είναι ίσος με 3,59 (τυπική απόκλιση 0,69). Ο παραπάνω μέσος όρος (3,59), με βάση τον αριθμό των ερωτήσεων σε αυτήν την κλίμακα (10 στον αριθμό) και το γεγονός ότι ο M.O για κάθε κλίμακα κυμαίνεται από 22 μέχρι 48 (στη συγκεκριμένη περίπτωση προκύπτει M.O 35,9), εκφράζει ότι το θετικό συναίσθημα κυμαίνεται από μέτρια προς υψηλά επίπεδα. Αντίστοιχα στο αρνητικό συναίσθημα βρέθηκε ότι ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,92 (τυπική απόκλιση 0,92). Σε αυτή την περίπτωση και με βάση τον μέσο όρο (2,92), εμφανίζεται το αρνητικό συναίσθημα εμφανίζεται να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Εξετάστηκε, επίσης, η ύπαρξη διαφορών μεταξύ των μέσων όρων της κλίμακας των συναισθημάτων. Για την αξιολόγηση της μηδενικής υπόθεσης ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στους μέσους όρους πραγματοποιήθηκε t-test κατά ζεύγη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν μεγαλύτερο θετικό συναίσθημα (M.O:3,59), σε σχέση με το αρνητικό συναίσθημα (M.O:2,92) (Πίνακας 16).

**Πίνακας 16: Περιγραφικά στοιχεία του θετικού και αρνητικού συναισθήματος για τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία**

	N	Mean	Std. Deviation	t	p
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	64	3.5906	.69596	4.187	<b>&lt;0.001</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	63	2.9238	.92383		
<b>Valid N (listwise)</b>	63				

Για την ομάδα των γονέων των ατόμων με ΔΑΦ στο θετικό συναίσθημα, ο μέσος όρος βρέθηκε να είναι ίσος με 3,48 (τυπική απόκλιση 0,73). Ο παραπάνω μέσος όρος (3,48), εκφράζει ότι το θετικό συναίσθημα κυμαίνεται από μέτρια προς χαμηλά επίπεδα. Αντίστοιχα, στο αρνητικό συναίσθημα βρέθηκε ότι ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,57 (τυπική απόκλιση 0,90). Σε αυτή την περίπτωση και με βάση τον μέσο όρο (2,30), το αρνητικό τους συναίσθημα εμφανίζεται να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Εξετάστηκε, επίσης, η ύπαρξη διαφορών μεταξύ των μέσων όρων της κλίμακας των συναισθημάτων. Για την αξιολόγηση της μηδενικής υπόθεσης ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στους μέσους όρους πραγματοποιήθηκε, επίσης, t-test κατά ζεύγη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ εμφανίζουν μεγαλύτερο θετικό συναίσθημα (Μ.Ο:3,48), σε σχέση με το αρνητικό συναίσθημα (Μ.Ο:2,57) (Πίνακας 17).

**Πίνακας 17: Περιγραφικά στοιχεία του θετικού και αρνητικού συναισθήματος για τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ**

	N	Mean	Std. Deviation	T	p
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	64	3.4828	.73259	6.098	<b>&lt;0.001</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	64	2.5750	.90571		
<b>Valid N (listwise)</b>	64				

Όσον αφορά, την ομάδα ελέγχου, τους γονείς των Τ.Α ατόμων στο θετικό συναίσθημα, ο μέσος όρος βρέθηκε να είναι ίσος με 3,44 (τυπική απόκλιση 0,73). Ο παραπάνω μέσος όρος (3,44), εκφράζει ότι το θετικό συναίσθημα κυμαίνεται από μέτρια προς χαμηλά επίπεδα. Αντίστοιχα, στο αρνητικό συναίσθημα βρέθηκε ότι ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,56 (τυπική απόκλιση 0,84). Σε αυτή την περίπτωση και με βάση τον μέσο όρο (2,56), το αρνητικό τους συναίσθημα εμφανίζεται να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Εξετάστηκε και εδώ η ύπαρξη διαφορών μεταξύ των μέσων όρων της κλίμακας των συναισθημάτων. Για την αξιολόγηση της μηδενικής υπόθεσης ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στους μέσους όρους πραγματοποιήθηκε και εδώ t-test κατά ζεύγη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς ατόμων με Τυπική ανάπτυξη εμφανίζουν μεγαλύτερο θετικό συναίσθημα (Μ.Ο:3,44), σε σχέση με το αρνητικό συναίσθημα (Μ.Ο:2,56). (Πίνακας 18).

**Πίνακας 18: Περιγραφικά στοιχεία του θετικού και αρνητικού συναισθήματος για τους γονείς Τ.Α ατόμων**

	N	Mean	Std. Deviation	t	p
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	123	3.4439	.73531	8.348	<b>&lt;0.001</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	123	2.5667	.84034		
<b>Valid N (listwise)</b>	123				

Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι, πραγματοποιήθηκαν και κάποιοι στατιστικοί έλεγχοι με τη χρήση του post hoc test της One-way Anova και καθώς αφορά περίπτωση πολλαπλών συγκρίσεων, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni, για το Θετικό και Αρνητικό συναίσθημα αντίστοιχα. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0.05. Με βάση τους ελέγχους αυτούς εντοπίστηκε το εξής στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα: Πιο συγκεκριμένα, εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της κλίμακας Αρνητικό συναίσθημα ως προς τη διάγνωση του παιδιού ( $F_{(2,247)} = 3.832$ ,  $p = 0.023$ ) (8<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα). Εντοπίστηκε, λοιπόν, ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν μεγαλύτερο Αρνητικό Συναίσθημα (ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,92 και

τυπική απόκλιση 0,92) από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ (ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,57 και τυπική απόκλιση 0,90) και τους γονείς Τ.Α ατόμων του δείγματος (ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,56 και τυπική απόκλιση 0,84) (Πίνακας 19).

**Πίνακας 19: Αρνητικό συναίσθημα – Διάγνωση του παιδιού**

Διάγνωση παιδιού	N	M.O.	T.A.	F <sub>(2,247)</sub>	p
Νοητική αναπηρία	63	2.9238	.92383	3.832	<b>0.023</b>
ΔΑΦ	64	2.5750	.90571		
Τ.Α	123	2.5667	.84034		
Total	250	2.6588	.88872		

#### **7.7.4.1 Συσχετίσεις του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας, με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος για τους γονείς όλου του δείγματος(n=251)**

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ του άγχους και των επιμέρους διαστάσεων του με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και το θετικό και αρνητικό συναίσθημα για τους γονείς ατόμων με αναπηρία και για γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων πραγματοποιήθηκαν οι κατάλληλοι έλεγχοι συσχέτισης με τον δείκτη αξιοπιστίας Pearson r. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0.05. Από τις συσχετίσεις των διαστάσεων του άγχους με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του και το θετικό και αρνητικό συναίσθημα εντοπίστηκαν θετικές και αρνητικές συσχετίσεις. Επομένως, τα ερευνητικά ερωτήματα σχετικά με το εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνονται. Αναλυτικότερα, παρατηρείται κατ' αρχάς μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «State anxiety» (Το άγχος που προέρχεται από μια κατάσταση) και «Trait anxiety» (Το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), η οποία χαρακτηρίζεται ως εξαιρετικά δυνατή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (<0,001). Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα «State anxiety», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 20) (9<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα). Στην κλίμακα του άγχους ως προς την κλίμακα στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους εντοπίστηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές σχέσεις (10<sup>ο</sup>

Ερευνητικό Ερώτημα): Εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «State anxiety» (άγχος για μια κατάσταση), η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,001). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική επαναξιολόγηση» (η χρήση της), τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State anxiety». Εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση, επίσης, μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «Trait anxiety» (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,001). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική επαναξιολόγηση», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait anxiety». Μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίζεται μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «State Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (<0,001). Η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Επίλυση προβλήματος», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State Anxiety». Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Trait Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (<0,001). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Επίλυση προβλήματος», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait Anxiety». Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ακόμη και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (<0,001). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Αντίστοιχα, εμφανίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (<0,001). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety». Ακόμη, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μηδενική και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,012). Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση υπήρξε και μεταξύ των κλιμάκων «Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,001). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι, όσο αυξάνεται η στρατηγική «Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας», τόσο



αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety». Εντοπίστηκε, τέλος, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Παραίτηση» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μηδενική και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,002). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Παραίτηση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Αντίστοιχα, εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Παραίτηση» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή ( $<0,001$ ). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Παραίτηση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 21). Όσον αφορά την κλίμακα του άγχους ως προς την κλίμακα του θετικού και αρνητικού συναισθήματος εντοπίστηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές σχέσεις (11<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα): Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετικό συναίσθημα» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μηδενική και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,013). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος, τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State anxiety». Αντίστοιχα, εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετικό συναίσθημα» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή ( $<0,001$ ). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος, τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 22). Σχετικά με το άγχος και το αρνητικό συναίσθημα εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Αρνητικό συναίσθημα» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή ( $<0,001$ ). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Επίσης, εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Αρνητικό συναίσθημα» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται επίσης δυνατή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή ( $<0,001$ ). Η τιμή αυτή εκφράζει τη θέση ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, τόσο αντίστοιχα αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 23).

**Πίνακας 20: Κλίμακα άγχους(2 επιμέρους κλίμακες)**

Συσχετίσεις (n=251)		
		<b>State anxiety</b>
<b>Trait anxiety</b>	r	0.815
	p (2-tailed)	<b>&lt;0.001</b>

**Πίνακας 21: Στρατηγικές Αντιμετώπισης άγχους - Άγχος**

Συσχετίσεις (n=251)			
		<b>State anxiety</b>	<b>Trait Anxiety</b>
<b>Θετική επαναξιολόγηση</b>	r	-0.414	-0.505
	p (2-tailed)	0.001	<b>0.001</b>
<b>Επίλυση προβλήματος</b>	r	-0.290	-0.318
	p (2-tailed)	<0.001	<b>&lt;0.001</b>
<b>Ευχολογία</b>	r	0.313	0.440
	p (2-tailed)	<0.001	<b>&lt;0.001</b>
<b>Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας</b>	r	0.159	0.202
	p (2-tailed)	0.012	<b>0.001</b>
<b>Παραίτηση</b>	r	0.196	0.323
	p (2-tailed)	0.002	<b>&lt;0.001</b>

**Πίνακας 22: Θετικό συναίσθημα - Κλίμακα Άγχους**

Συσχετίσεις			
		<b>State anxiety</b>	<b>Trait Anxiety</b>
<b>Θετικό συναίσθημα</b>	r	-0.157	-0.278
	p (2-tailed)	<b>0.013</b>	<b>&lt;0.001</b>
	N	251	251

**Πίνακας 23: Αρνητικό συναίσθημα - Κλίμακα Άγχους**

Συσχετίσεις			
		<b>State Anxiety</b>	<b>Trait Anxiety</b>
<b>Αρνητικό συναίσθημα</b>	r	0.726	0.748
	p (2-tailed)	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
	N	251	251

Όσον αφορά την μεταβλητή Θετικό και Αρνητικό συναίσθημα ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους εντοπίστηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές διαφορές (12<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα): Παρατηρείται κατ' αρχάς, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «Θετικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,001). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική επαναξιολόγηση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος. Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,001). Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική επαναξιολόγηση», τόσο μειώνεται και η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος». Εντοπίζεται, επίσης, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Θετικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (<0,001). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Επίλυση προβλήματος», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος. Αντίστοιχα, εμφανίζεται και μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μηδενική και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,003). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Επίλυση προβλήματος», τόσο μειώνεται και η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος (Πίνακας 24). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίζεται και μεταξύ των κλιμάκων «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» και «Θετικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (<0,001). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος (Πίνακας 25). Εντοπίζεται, ακόμη, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (<0,001). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό συναίσθημα» (Πίνακας 26). Εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (<0,001). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό συναίσθημα»

(Πίνακας 27). Επιπρόσθετα, εντοπίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Παραίτηση» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μηδενική και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,002). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Παραίτηση», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό συναίσθημα» (Πίνακας 28). Εμφανίζεται, τέλος, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» και «Θετικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (<0,001). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος», τόσο αυξάνεται και το «Θετικό συναίσθημα». Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,001). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος (Πίνακας 29).

**Πίνακας 24: Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους - Θετικό και αρνητικό συναίσθημα**

Συσχετίσεις (n=251)			
		<b>Θετικό συναίσθημα</b>	<b>Αρνητικό συναίσθημα</b>
<b>Θετική επαναξιολόγηση</b>	r	0.565	-0.370
	p (2-tailed)	0.001	<b>0.001</b>
<b>Επίλυση προβλήματος</b>	r	0.475	-0.190
	p (2-tailed)	<0.001	<b>0.003</b>

**Πίνακας 25: Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους - Θετικό συναίσθημα**

		<b>Θετικό συναίσθημα</b>
<b>Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης</b>	r	0.262
	p (2-tailed)	<b>&lt;0.001</b>

**Πίνακας 26: Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους - Αρνητικό συναίσθημα**

		<b>Αρνητικό συναίσθημα</b>
<b>Ευχολογία</b>	r	0.419
	p (2-tailed)	<b>&lt;0.001</b>

**Πίνακας 27: Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους - Αρνητικό συναίσθημα**

		<b>Αρνητικό συναίσθημα</b>
<b>Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας</b>	r	0.221
	p (2-tailed)	<b>&lt;0.001</b>

**Πίνακας 28: Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους - Αρνητικό συναίσθημα**

		<b>Αρνητικό συναίσθημα</b>
<b>Παραίτηση</b>	r	0.199
	p (2-tailed)	<b>0.002</b>

**Πίνακας 29: Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους - Αρνητικό συναίσθημα**

		<b>Θετικό συναίσθημα</b>	<b>Αρνητικό συναίσθημα</b>
<b>Διεκδικητική επίλυση προβλήματος</b>	r	0.346	0.214
	p (2-tailed)	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.001</b>

#### **7.7.4.2 Συσχετίσεις του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας, με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και του αρνητικού συναίσθηματος για τους γονείς της κάθε ομάδας του δείγματος (Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ, Τ.Α)**

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ του άγχους και των επιμέρους διαστάσεων του με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και το θετικό και αρνητικό συναίσθημα για κάθε ομάδα του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, γονείς ατόμων με ΔΑΦ και γονείς με άτομα που έχουν τυπική ανάπτυξη) πραγματοποιήθηκαν, επίσης, οι κατάλληλοι έλεγχοι συσχέτισης με τον δείκτη αξιοπιστίας Pearson  $r$ . Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0.05 (Σημείωση: τα αποτελέσματα που έχουν διπλό αστερίσκο, σημαίνει ότι εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα και στο 1%). Από τις συσχέτισεις των διαστάσεων του άγχους με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του και το θετικό και αρνητικό συναίσθημα εντοπίστηκαν θετικές και αρνητικές συσχέτισεις (10<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα). Επομένως, τα ερευνητικά ερωτήματα σχετικά με το εάν υπάρχουν σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνονται. Αναλυτικότερα, για τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, στην κλίμακα του άγχους ως προς την κλίμακα στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους εντοπίστηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές σχέσεις: Εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «State Anxiety» (άγχος από μια κατάσταση), η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική Προσέγγιση» (η χρήση της), τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State Anxiety». Εμφανίζεται, αντίστοιχα, μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «Trait Anxiety» (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική Προσέγγιση» (η χρήση της), τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait Anxiety». Εντοπίστηκε, επίσης, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «State anxiety» (άγχος από μια κατάσταση), η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική επαναξιολόγηση» (η χρήση της), τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State anxiety». Εμφανίζεται, αντίστοιχα, μια

στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «Trait anxiety» (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική επαναξιολόγηση», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait anxiety». Μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίζεται και μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «State Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Επίλυση προβλήματος», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State Anxiety». Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Trait Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,001). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Επίλυση προβλήματος», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait Anxiety» (Πίνακας 30). Μια στατιστικά σημαντική σχέση εντοπίστηκε και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία- Ονειροπόληση» και «Trait Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,027). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία-Ονειροπόληση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait Anxiety» (Πίνακας 31). Εμφανίζεται, τέλος, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 32). Όσον αφορά την κλίμακα του άγχους ως προς την κλίμακα του θετικού και αρνητικού συναισθήματος εντοπίστηκαν οι εξής σχέσεις (11<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα): Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετικό συναίσθημα» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,031). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος, τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State anxiety». Αντίστοιχα, εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετικό συναίσθημα» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,016). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος, τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 33). Σχετικά με το άγχος και το αρνητικό συναίσθημα εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Αρνητικό συναίσθημα» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως

δυνατή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Αντίστοιχα, εμφανίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Αρνητικό συναίσθημα» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή εκφράζει τη θέση ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, τόσο αντίστοιχα αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 34).

**Πίνακας 30: Στρατηγικές Αντιμετώπισης άγχους - Άγχος**

Συσχετίσεις (n=64)			
		State Anxiety	Trait Anxiety
<b>Θετική Προσέγγιση</b>	r	-.512**	-.531**
	p (2-tailed)	.000	.000
<b>Θετική Επαναξιολόγηση</b>	r	-.503**	-.543**
	p (2-tailed)	.000	.000
<b>Επίλυση προβλήματος</b>	r	-.431**	-.414**
	p (2-tailed)	.000	.001

**Πίνακας 31: Στρατηγικές Αντιμετώπισης άγχους - Άγχος**

		Trait Anxiety
<b>Ευχολογία – Ονειροπόληση</b>	r	.276*
	p (2-tailed)	.027

**Πίνακας 32: Στρατηγικές Αντιμετώπισης άγχους - Άγχος**

		Trait Anxiety
<b>Ευχολογία</b>	r	.438**
	p (2-tailed)	.000



**Πίνακας 33: Θετικό συναίσθημα - Κλίμακα Άγχους**

		<b>State Anxiety</b>	<b>Trait Anxiety</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	-.270*	-.299*
	p (2-tailed)	<b>.031</b>	<b>.016</b>
	N	64	64

**Πίνακας 34: Αρνητικό συναίσθημα - Κλίμακα Άγχους**

		<b>State Anxiety</b>	<b>Trait Anxiety</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.820**	.806**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>	<b>.000</b>
	N	63	63

Όσον αφορά την μεταβλητή Θετικό και Αρνητικό συναίσθημα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, εντοπίστηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές διαφορές (12<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα): Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «Θετικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική Προσέγγιση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού Συναισθήματος. Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,001). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική Προσέγγιση», τόσο μειώνεται και η κλίμακα του Αρνητικού Συναισθήματος (Πίνακας 35). Εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «Θετικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική επαναξιολόγηση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος. Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική επαναξιολόγηση», τόσο μειώνεται και η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος» (Πίνακας 36). Εμφανίζεται, επίσης, μια στατιστικά

σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Θετικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Επίλυση προβλήματος», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος. Αντίστοιχα, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,027). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, τόσο μειώνεται η χρήση της στρατηγικής «Επίλυση Προβλήματος» (Πίνακας 37). Μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εμφανίζεται και μεταξύ των κλιμάκων «Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης» και «Θετικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,005). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης», τόσο αυξάνεται και το «Θετικό Συναίσθημα» (Πίνακας 38). Εντοπίστηκε, ακόμη, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία - Ονειροπόληση» και «Αρνητικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,004). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Ευχολογία-Ονειροπόληση», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό Συναίσθημα» (Πίνακας 39). Εμφανίζεται, τέλος, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό Συναίσθημα» (Πίνακας 40).

**Πίνακας 35: Θετικό και αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

Συσχετίσεις (n=64)		
		<b>Θετική Προσέγγιση</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.648**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	-.404**
	p (2-tailed)	<b>.001</b>

**Πίνακας 36: Θετικό και αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Θετική Επαναξιολόγηση</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.632**
	p (2-tailed)	.000
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	-.433**
	p (2-tailed)	.000

**Πίνακας 37: Θετικό και αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Επίλυση προβλήματος</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.552**
	p (2-tailed)	.000
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	-.279*
	p (2-tailed)	.027

**Πίνακας 38: Θετικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.346**
	p (2-tailed)	.005

**Πίνακας 39: Αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Ευχολογία – Ονειροπόληση</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.354**
	p (2-tailed)	.004

**Πίνακας 40: Αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Ευχολογία</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.439**
	p (2-tailed)	.000

Όσον αφορά τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, στην κλίμακα του άγχους ως προς την κλίμακα στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους εντοπίστηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές σχέσεις (10 Ερευνητικό Ερώτημα): Εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «State Anxiety» (άγχος από μια κατάσταση), η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και

αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική Προσέγγιση» (η χρήση της), τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State Anxiety». Εμφανίζεται αντίστοιχα και μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «Trait Anxiety» (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική Προσέγγιση» (η χρήση της), τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait Anxiety». Εμφανίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Επαναξιολόγηση» και «State anxiety» (άγχος από μια κατάσταση), η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική Επαναξιολόγηση» (η χρήση της), τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State anxiety». Εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση, επίσης, μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Επαναξιολόγηση» και «Trait anxiety» (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική επαναξιολόγηση», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait anxiety». Μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίζεται μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «State Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,040). Η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Επίλυση προβλήματος», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State Anxiety». Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Trait Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,049). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Επίλυση προβλήματος», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait Anxiety». Μια στατιστικά σημαντική σχέση εντοπίστηκε και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία- Ονειροπόληση» και «State Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,026). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία - Ονειροπόληση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State Anxiety». Αντίστοιχα, μια στατιστικά σημαντική σχέση εντοπίστηκε και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία - Ονειροπόληση» και «Trait Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,002). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία - Ονειροπόληση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait Anxiety». Εντοπίστηκε, τέλος, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων

«Ευχολογία» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,015). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Αντίστοιχα, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εμφανίστηκε και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,003). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 41). Όσον αφορά την κλίμακα του άγχους ως προς την κλίμακα του θετικού και αρνητικού συναισθήματος εντοπίστηκαν οι εξής σχέσεις (11<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα): Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετικό συναίσθημα» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,019). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος, τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 42). Σχετικά με το άγχος και το αρνητικό συναίσθημα εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Αρνητικό συναίσθημα» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Εντοπίστηκε, αντίστοιχα, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Αρνητικό συναίσθημα» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή εκφράζει τη θέση ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, τόσο αντίστοιχα αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 43).

**Πίνακας 41: Στρατηγικές Αντιμετώπισης άγχους - Άγχος**

Συσχετίσεις (n=64)			
		<b>State Anxiety</b>	<b>Trait Anxiety</b>
<b>Θετική Προσέγγιση</b>	r	-.495**	-.601**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>	<b>.000</b>
<b>Θετική Επαναξιολόγηση</b>	r	-.529**	-.676**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>	<b>.000</b>
<b>Επίλυση Προβλήματος</b>	r	-.258*	-.247*
	p (2-tailed)	<b>.040</b>	<b>.049</b>
<b>Ευχολογία –</b>	r	.278*	.382**
	p (2-tailed)	<b>.026</b>	<b>.002</b>

<b>Ονειροπόληση</b>			
<b>Ευχολογία</b>	r	.302*	.366**
	p (2-tailed)	<b>.015</b>	<b>.003</b>

**Πίνακας 42: Θετικό συναίσθημα - Κλίμακα Άγχους**

Συσχετίσεις		
		<b>Trait Anxiety</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	-.293*
	p (2-tailed)	<b>.019</b>

**Πίνακας 43: Αρνητικό συναίσθημα - Κλίμακα Άγχους**

Συσχετίσεις			
		<b>State Anxiety</b>	<b>Trait Anxiety</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.638**	.653**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>	<b>.000</b>

Όσον αφορά την μεταβλητή Θετικό και Αρνητικό συναίσθημα ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους εντοπίστηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές διαφορές (12<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα): Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «Θετικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική Προσέγγιση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού Συναίσθηματος. Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,001). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική Προσέγγιση», τόσο μειώνεται και η κλίμακα του Αρνητικού Συναίσθηματος (Πίνακας 44). Εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «Θετικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική επαναξιολόγηση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού συναίσθηματος. Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική επαναξιολόγηση», τόσο μειώνεται και η κλίμακα του

Αρνητικού συναισθήματος» (Πίνακας 45). Εμφανίζεται, επίσης, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Θετικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Επίλυση προβλήματος», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος. Αντίστοιχα, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,048). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού Συναισθήματος, τόσο μειώνεται η χρήση της στρατηγικής της «Επίλυσης Προβλήματος» (Πίνακας 46). Επίσης, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης» και Θετικό Συναίσθημα, η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,001). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής της «Αναζήτησης Κοινωνικής Υποστήριξης», τόσο αυξάνεται και το «Θετικό Συναίσθημα» (Πίνακας 47). Εντοπίστηκε, ακόμη, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία - Ονειροπόληση» και «Αρνητικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Ευχολογία - Ονειροπόληση», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό Συναίσθημα» (Πίνακας 48). Εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό Συναίσθημα» (Πίνακας 49). Μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εμφανίζεται και μεταξύ των κλιμάκων «Άρνηση» και «Αρνητικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,040). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του «Αρνητικού Συναισθήματος», τόσο μειώνεται η κλίμακα της «Άρνησης» (Πίνακας 50). Παρατηρήθηκε, τέλος, μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κλιμάκων «Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος» και «Θετικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού Συναισθήματος. Αντίστοιχα, εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος»

και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,004). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Αρνητικού Συναισθήματος (Πίνακας 51).

**Πίνακας 44: Θετικό και αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

Συσχετίσεις (n=64)		
		<b>Θετική Προσέγγιση</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.616**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	-.480**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>

**Πίνακας 45: Θετικό και αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Θετική Επαναξιολόγηση</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.579
	p (2-tailed)	<b>.000</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	-.513**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>

**Πίνακας 46: Θετικό και αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Επίλυση προβλήματος</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.477**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	-.248*
	p (2-tailed)	<b>.048</b>

**Πίνακας 47: Θετικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.392**
	p (2-tailed)	<b>.001</b>



**Πίνακας 48: Αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Ευχολογία – Ονειροπόληση</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.429**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>

**Πίνακας 49: Αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Ευχολογία</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.445**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>

**Πίνακας 50: Αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Άρνηση</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	-.258*
	p (2-tailed)	<b>.040</b>

**Πίνακας 51: Θετικό και αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Διεκδικητική Επίλυση προβλήματος</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.447**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.357**
	p (2-tailed)	<b>.004</b>

Στην ομάδα ελέγχου, των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη, στην κλίμακα του άγχους ως προς την κλίμακα στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους εντοπίστηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές σχέσεις (10ο Ερευνητικό Ερώτημα): Εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «State Anxiety» (άγχος από μια κατάσταση), η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική Προσέγγιση» (η χρήση της), τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State Anxiety». Εμφανίζεται και μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των

κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «Trait Anxiety» (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική Προσέγγιση» (η χρήση της), τόσο μειώνεται και η κλίμακα « Trait Anxiety». Εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Επαναξιολόγηση» και «State anxiety» (άγχος από μια κατάσταση), η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική Επαναξιολόγηση» (η χρήση της), τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State anxiety». Εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση, επίσης, μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «Trait anxiety» (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Θετική επαναξιολόγηση», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait anxiety». Μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίζεται και μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «State Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Επίλυση προβλήματος», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «State Anxiety». Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Trait Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Επίλυση προβλήματος», τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait Anxiety». Μια στατιστικά σημαντική σχέση εντοπίστηκε και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία - Ονειροπόληση» και «State Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία- Ονειροπόληση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State Anxiety». Αντίστοιχα, μια στατιστικά σημαντική σχέση εντοπίστηκε και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία - Ονειροπόληση» και « Trait Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία - Ονειροπόληση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait Anxiety». Εντοπίστηκε, επίσης, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Εμφανίζεται,

αντίστοιχα, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety». Εντοπίστηκε, ακόμα, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,011). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Εμφανίζεται, αντίστοιχα, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,002). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 52). Εμφανίζεται, ακόμη, μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κλιμάκων «Αποφυγή - Διαφυγή» και «Trait Anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Αποφυγή - Διαφυγή», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait Anxiety» (Πίνακας 53). Μια στατιστικά σημαντική σχέση, τέλος, εμφανίζεται και μεταξύ των κλιμάκων «Παραίτηση» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,005). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Παραίτηση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Εμφανίζεται, αντίστοιχα, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Παραίτηση» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η στρατηγική «Παραίτηση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 54). Όσον αφορά την κλίμακα του άγχους και την κλίμακα του θετικού και αρνητικού συναισθήματος εντοπίστηκαν οι εξής σχέσεις (11<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα): Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετικό συναίσθημα» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,001). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος, τόσο μειώνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 55). Όσον αφορά το άγχος και το αρνητικό συναίσθημα εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Αρνητικό συναίσθημα» και «State anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Η

συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, τόσο αυξάνεται και η κλίμακα «State anxiety». Επίσης, εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Αρνητικό συναίσθημα» και «Trait anxiety», η οποία χαρακτηρίζεται ως δυνατή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή εκφράζει τη θέση ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, τόσο αντίστοιχα αυξάνεται και η κλίμακα «Trait anxiety» (Πίνακας 56).

**Πίνακας 52: Στρατηγικές Αντιμετώπισης άγχους - Άγχος**

Συσχετίσεις (n=123)			
		State Anxiety	Trait Anxiety
Θετική Προσέγγιση	r	-.348**	-.440**
	p (2-tailed)	.000	.000
Θετική Επαναξιολόγηση	r	-.332**	-.427**
	p (2-tailed)	.000	.000
Επίλυση προβλήματος	r	-.286**	-.351**
	p (2-tailed)	.001	.000
Ευχολογία – Ονειροπόληση	r	.326**	.459**
	p (2-tailed)	.000	.000
Ευχολογία	r	.315**	.482**
	p (2-tailed)	.000	.000
Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας	r	.229*	.277**
	p (2-tailed)	.011	.002

**Πίνακας 53: Στρατηγικές Αντιμετώπισης άγχους - Άγχος**

		Trait Anxiety
Αποφυγή – Διαφυγή	r	.324**
	p (2-tailed)	.000

**Πίνακας 54: Στρατηγικές Αντιμετώπισης άγχους - Άγχος**

		State Anxiety	Trait Anxiety
Παραίτηση	r	.250**	.462**
	p (2-tailed)	.005	.000

**Πίνακας 55: Θετικό συναίσθημα - Κλίμακα Άγχους**

		<b>Trait Anxiety</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	<b>-.300**</b>
	p (2-tailed)	<b>.001</b>

**Πίνακας 56: Αρνητικό συναίσθημα - Κλίμακα Άγχους**

		<b>State Anxiety</b>	<b>Trait Anxiety</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	<b>.714**</b>	<b>.757**</b>
	p (2-tailed)	<b>.000</b>	<b>.000</b>

Όσον αφορά την μεταβλητή Θετικό και Αρνητικό συναίσθημα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους εντοπίστηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές διαφορές (12<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα): Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «Θετικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική Προσέγγιση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού Συναισθήματος. Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Προσέγγιση» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,008). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού Συναισθήματος, τόσο μειώνεται και η χρήση της στρατηγικής «Θετική Προσέγγιση» (Πίνακας 57). Εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική Επαναξιολόγηση» και «Θετικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη p τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Θετική Επαναξιολόγηση», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού συναισθήματος. Αντίστοιχα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Θετική επαναξιολόγηση» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη p τιμή (0,003). Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, τόσο μειώνεται και η χρήση της στρατηγικής «Θετική επαναξιολόγηση» (Πίνακας 58). Εμφανίζεται, επίσης, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Επίλυση προβλήματος» και «Θετικό

συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Επίλυση προβλήματος», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού συναίσθηματος (Πίνακας 59). Εντοπίστηκε, ακόμη, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία - Ονειροπόληση» και «Αρνητικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Ευχολογία - Ονειροπόληση», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό Συναίσθημα» (Πίνακας 60). Εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση και μεταξύ των κλιμάκων «Ευχολογία» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Ευχολογία», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό Συναίσθημα» (Πίνακας 61). Μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίστηκε και μεταξύ των κλιμάκων «Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,004). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό Συναίσθημα» (Πίνακας 62). Εμφανίζεται, ακόμη, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίστηκε και μεταξύ των κλιμάκων «Αποφυγή - Διαφυγή» και «Αρνητικό συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μηδενική και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,027). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Αποφυγή - Διαφυγή», τόσο αυξάνεται και το «Αρνητικό Συναίσθημα» (Πίνακας 63). Μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση εμφανίζεται και μεταξύ των κλιμάκων «Παραίτηση» και «Αρνητικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Η τιμή αυτή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα του «Αρνητικού Συναίσθηματος», τόσο μειώνεται η κλίμακα της «Παραίτησης» (Πίνακας 64). Παρατηρήθηκε, τέλος, μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κλιμάκων «Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος» και «Θετικό Συναίσθημα», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και θετική με αντίστοιχη  $p$  τιμή (0,000). Αυτή η τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της στρατηγικής «Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος», τόσο αυξάνεται και η κλίμακα του Θετικού Συναίσθηματος (Πίνακας 65).

**Πίνακας 57: Θετικό και αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Θετική Προσέγγιση</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.541**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	-.239**
	p (2-tailed)	<b>.008</b>

**Πίνακας 58: Θετικό και αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Θετική Επαναξιολόγηση</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.526**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	-.265**
	p (2-tailed)	<b>.003</b>

**Πίνακας 59: Θετικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Επίλυση προβλήματος</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.432**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>

**Πίνακας 60: Αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Ευχολογία – Ονειροπόληση</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.393**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>

**Πίνακας 61: Αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Ευχολογία</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.394**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>

**Πίνακας 62: Αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.259**
	p (2-tailed)	<b>.004</b>

**Πίνακας 63: Αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Αποφυγή – Διαφυγή</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.199*
	p (2-tailed)	<b>.027</b>

**Πίνακας 64: Αρνητικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Παραίτηση</b>
<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>	r	.327**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>

**Πίνακας 65: Θετικό συναίσθημα - Στρατηγικές Αντιμετώπισης του άγχους**

		<b>Διεκδικητική Επίλυση προβλήματος</b>
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>	r	.399**
	p (2-tailed)	<b>.000</b>

**7.7.5.1 Σχέσεις που εντοπίστηκαν μεταξύ του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος και ερωτήσεων που έχουν να κάνουν με τα περιγραφικά στοιχεία του συνολικού δείγματος (n=251)**

Πραγματοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι με τη χρήση του One-way Anova και στην περίπτωση πολλαπλών συγκρίσεων, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni. Οι παραπάνω έλεγχοι αφορούν τους παράγοντες (άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, θετικό και αρνητικό συναίσθημα) που εξετάστηκαν στην παρούσα εργασία για όλο το δείγμα (n=251), ως προς τις πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (13<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα). Εδώ παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αναδείχθηκαν ως



στατιστικά σημαντικά. Σε κάθε περίπτωση το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 0.05. Αναλυτικότερα, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στη μεταβλητή (του παράγοντα) Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο του κάθε γονέα, τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτει για την κάλυψη των προσωπικών του αναγκών, την ενασχόλησή του με τον αθλητισμό, την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, την υποστήριξη από τα οικογενειακό περιβάλλον και την υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίστηκε ότι η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση ( $F_{(1,249)} = 4.025$ ,  $p = 0.019$ ). Με άλλα λόγια, βρέθηκε ότι οι γονείς που βρίσκονται σε οποιαδήποτε οικογενειακή κατάσταση, εκτός από την κατάσταση του γάμου (Έγγαμος) εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως έγγαμοι (Πίνακας 66).

**Πίνακας 66: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Οικογενειακή Κατάσταση**

<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(1,249)</sub></b>	<b>p</b>
Έγγαμος	213	51.4366	13.59772	4.025	<b>0.019</b>
Άλλο	38	57.3947	13.97012		
Total	251	52.3386	13.79336		

Η μεταβλητή State Anxiety, επίσης, διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $F_{(1,223)} = 6.213$ ,  $p = 0.013$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 67).

**Πίνακας 67: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Μορφωτικό Επίπεδο**

<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(1,223)</sub></b>	<b>p</b>
--------------------------	----------	-------------	-------------	----------------------------	----------

Έως απόφοιτος Λυκείου	77	55.5584	15.12274	6.213	<b>0.013</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	148	50.7905	12.76275		
Total	225	52.4222	13.77058		

Η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν θεωρεί ότι έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $F_{(1,249)} = 40.946, p < 0.001$ ). Οι γονείς που θεώρησαν ότι δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 68).

**Πίνακας 68: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Ελεύθερος Χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	110	46.4818	13.81777	40.946	<b>&lt;0.001</b>
Όχι	141	56.9078	11.96298		
Total	251	52.3386	13.79336		

Η μεταβλητή State Anxiety, εμφανίζεται ακόμη, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν ασχολείται ή όχι ο γονέας με τον αθλητισμό ( $F_{(1,249)} = 11.398, p = 0.001$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 69).

**Πίνακας 69: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Αθλητισμός	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	56	46.9643	12.88264	11.398	<b>0.001</b>
Όχι	195	53.8821	13.68916		
Total	251	52.3386	13.79336		

Εντοπίστηκε, η μεταβλητή State Anxiety να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας κάποιο πρόβλημα υγείας ( $F_{(1,249)}=14.627, p<0.001$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση, σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν εμφανίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας (Πίνακας 70).

**Πίνακας 70: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα υγείας	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	62	58.0000	13.34166	14.627	<b>&lt;0.001</b>
Όχι	189	50.4815	13.46137		
Total	251	52.3386	13.79336		

Επιπρόσθετα, η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον ( $F_{(1,249)}=4.320, p=0.039$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι δεν λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι λάμβαναν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Πίνακας 71).

**Πίνακας 71: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή υποστήριξη	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	185	51.2649	13.39371	4.320	<b>0.039</b>
Όχι	66	55.3485	14.54171		
Total	251	52.3386	13.79336		

Τέλος, η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς φίλους ( $F_{(1,249)}=8.429, p=0.004$ ). Οι γονείς που θεώρησαν ότι δεν λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους

τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους. (Πίνακας 72).

**Πίνακας 72: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική υποστήριξη	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	175	50.6971	13.85951	8.429	<b>0.004</b>
Όχι	76	56.1184	12.95322		
Total	251	52.3386	13.79336		

Όσον αφορά την μεταβλητή (παράγοντας) Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety), εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία του γονέα ( $F_{(4,246)}=6.141$ ,  $p=0.014$ ). Οι γονείς που έχουν ηλικία άνω των 50 ετών εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με τους γονείς των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων και ιδιαίτερα εκείνων που βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα 35 έως 39 ετών (Πίνακας 73).

**Πίνακας 73: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) - Ηλικία**

Ηλικία	N	M.O.	T.A.	F <sub>(4,246)</sub>	p
25 έως 29 ετών	25	47.7600	9.72231	6.141	<b>0.014</b>
30 έως 34 ετών	57	48.3509	11.80873		
35 έως 39 ετών	67	45.5373	10.80450		
40 έως 50 ετών	83	47.8675	10.95197		
Άνω των 50 ετών	19	54.8947	11.58493		
Total	251	47.8765	11.19807		

Επίσης, η μεταβλητή Trait Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση ( $F_{(1,249)}=7.843$ ,  $p = 0.006$ ). Οι γονείς που βρίσκονται σε οποιαδήποτε οικογενειακή κατάσταση, εκτός από την κατάσταση του γάμου (Έγγαμος) εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως έγγαμοι (Πίνακας 74).

**Πίνακας 74: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Οικογενειακή κατάσταση**

Οικογενειακή κατάσταση	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Έγγαμος	213	47.0516	11.20445	7.843	<b>0.006</b>
Άλλο	38	52.5000	10.10419		
Total	251	47.8765	11.19807		

Η μεταβλητή Trait Anxiety, εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $F_{(1,223)}=11.180$ ,  $p=0.001$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 75).

**Πίνακας 75: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό Επίπεδο	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,223)}$	p
Έως απόφοιτος Λυκείου	77	51.4545	12.03782	11.180	<b>0.001</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	148	46.2432	10.56990		
Total	225	48.0267	11.34126		

Η μεταβλητή Trait Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν διαθέτει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $F_{(1,249)}=26.196, p<0.001$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 76).

**Πίνακας 76: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	110	43.9727	10.66458	26.196	<b>&lt;0.001</b>
Όχι	141	50.9220	10.67980		
Total	251	47.8765	11.19807		

Η μεταβλητή Trait Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν ασχολείται ή όχι ο γονέας με τον αθλητισμό ( $F_{(1,249)}= 10.260, p = 0.002$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 77).

**Πίνακας 77: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Αθλητισμός	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	56	43.8750	10.59170	9.518	<b>0.002</b>
Όχι	195	49.0256	11.12832		
Total	251	47.8765	11.19807		

Η μεταβλητή Trait Anxiety εμφανίζεται, ακόμη, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας κάποιο πρόβλημα υγείας ( $F_{(1,249)}= 10.260, p=0.002$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας,

εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν εμφανίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας (Πίνακας 78).

**Πίνακας 78: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα υγείας	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	62	51.7581	11.80676	10.260	<b>0.002</b>
Όχι	189	46.6032	10.72014		
Total	251	47.8765	11.19807		

Επιπρόσθετα, η μεταβλητή Trait Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον ( $F_{(1,249)} = 4.761, p = 0.03$ ). Οι γονείς που θεώρησαν ότι δεν λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι λάμβαναν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Πίνακας 79).

**Πίνακας 79: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή υποστήριξη	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	185	46.9622	11.08189	4.761	<b>0.03</b>
Όχι	66	50.4394	11.20732		
Total	251	47.8765	11.19807		

Τέλος, εντοπίστηκε ότι η μεταβλητή Trait Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς του φίλους ( $F_{(1,249)} = 17.627, p < 0.001$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι δεν λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό

της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους. (Πίνακας 80).

**Πίνακας 80: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Φιλική Υποστήριξη**

<b>Φιλική υποστήριξη</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(1,249)</sub></b>	<b>p</b>
Ναι	175	45.9829	10.90791	17.627	<b>&lt;0.001</b>
Όχι	76	52.2368	10.69189		
Total	251	47.8765	11.19807		

Όσον αφορά την μεταβλητή «στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους» εντοπίστηκαν ως στατιστικά σημαντικές σχέσεις, ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, τα εξής: Αναλυτικότερα, στη μεταβλητή (στρατηγική) Θετική προσέγγιση εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία του γονέα, την οικογενειακή κατάσταση, τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτει για την κάλυψη των προσωπικών του αναγκών, την ενασχόλησή του με τον αθλητισμό, και ως προς την πίστη στη θρησκεία. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Θετική Προσέγγιση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία του γονέα ( $F_{(4,246)}=3.113$ ,  $p=0.016$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ηλικία μεταξύ των 40 έως 50 ετών εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με τους γονείς των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων και ιδιαίτερα εκείνων που βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα 35 έως 39 ετών (Πίνακας 81).

**Πίνακας 81: Θετική Προσέγγιση - Ηλικία**

<b>Ηλικία</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(4,246)</sub></b>	<b>p</b>
25 έως 29 ετών	25	31.6000	7.09460	3.113	<b>0.016</b>
30 έως 34 ετών	57	31.5614	6.05634		
35 έως 39 ετών	67	31.0000	6.39128		
40 έως 50 ετών	83	34.2892	5.76687		



Άνω των 50 ετών	19	32.1053	7.04663		
Total	251	32.3586	6.34468		

Η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Προσέγγιση, επίσης, διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση ( $F_{(1,249)}=4.348$ ,  $p = 0.038$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως έγγαμοι εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με εκείνους που βρίσκονται σε οποιαδήποτε οικογενειακή κατάσταση, εκτός από την κατάσταση του γάμου (Έγγαμος) (Πίνακας 82).

**Πίνακας 82 : Θετική Προσέγγιση - Οικογενειακή Κατάσταση**

Οικογενειακή κατάσταση	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Έγγαμος	213	32.7089	6.34018	4.348	<b>0.038</b>
Άλλο	38	30.3947	6.08294		
Total	251	32.3586	6.34468		

Η μεταβλητή Θετική Προσέγγιση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $F_{(1,249)}=6.583$ ,  $p=0.011$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 83).

**Πίνακας 83: Θετική Προσέγγιση - Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	110	33.5091	5.97049	6.583	<b>0.011</b>
Όχι	141	31.4610	6.50222		
Total	251	32.3586	6.34468		

Επιπρόσθετα, η μεταβλητή Θετική Προσέγγιση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν ασχολείται ή όχι ο γονέας με τον αθλητισμό ( $F_{(1,249)}= 6.297$ ,

$p = 0.013$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής προσέγγισης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 84).

**Πίνακας 84: Θετική Προσέγγιση - Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

<b>Αθλητισμός</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(1,249)</sub></b>	<b>p</b>
Ναι	56	34.2143	5.74208	6.297	<b>0.013</b>
Όχι	195	31.8256	6.42244		
Total	251	32.3586	6.34468		

Η Θετική Προσέγγιση, τέλος, διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $F_{(1,249)}=6.201, p=0.0013$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 85).

**Πίνακας 85: Θετική Προσέγγιση- Θρησκεία**

<b>Θρησκευόμενος</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(1,249)</sub></b>	<b>p</b>
Ναι	181	32.9724	6.25516	6.201	<b>0.013</b>
Όχι	70	30.7714	6.34325		
Total	251	32.3586	6.34468		

Η Θετική Προσέγγιση διακρίνεται στη στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης και της Επίλυσης Προβλήματος. Αναλυτικότερα, η στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών, την ενασχόληση με τον αθλητισμό, την πίστη στη θρησκεία και την υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $F_{(1,249)}= 7.840, p=0.006$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των

αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 86).

**Πίνακας 86: Θετική Επαναξιολόγηση - Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	56	22.7500	4.08656	7.840	<b>0.006</b>
Όχι	195	20.9128	4.39395		
Total	251	21.3227	4.38673		

Η μεταβλητή Θετική Επαναξιολόγηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν ασχολείται ή όχι ο γονέας με τον αθλητισμό ( $F_{(1,249)}= 6.297$ ,  $p = 0.013$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 87).

**Πίνακας 87: Θετική Επαναξιολόγηση - Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Αθλητισμός	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	56	34.2143	5.74208	6.297	<b>0.013</b>
Όχι	195	31.8256	6.42244		
Total	251	32.3586	6.34468		

Επιπρόσθετα, η μεταβλητή Θετική Επαναξιολόγηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $F_{(1,249)}=5.838$ ,  $p=0.016$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 88).

**Πίνακας 88: Θετική Επαναξιολόγηση - Θρησκεία**

Θρησκευόμενος	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	181	21.7348	4.38512	5.838	<b>0.016</b>
Όχι	70	20.2571	4.23815		
Total	251	21.3227	4.38673		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς του φίλους ( $F_{(1,249)} = 4.535, p = 0.034$ ). Οι γονείς που θεώρησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους. (Πίνακας 89).

**Πίνακας 89: Θετική Επαναξιολόγηση - Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική υποστήριξη	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	175	21.7086	4.42442	4.535	<b>0.034</b>
Όχι	76	20.4342	4.19312		
Total	251	21.3227	4.38673		

Στην στρατηγική Επίλυση Προβλήματος εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και την πίστη στη θρησκεία. Ειδικότερα, έγιναν ανά δύο συγκρίσεις και χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή/στρατηγική Επίλυση Προβλήματος διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία του γονέα ( $F_{(4,246)} = 4.061, p = 0.003$ ) (Πίνακας 90).

**Πίνακας 90: Επίλυση Προβλήματος - Ηλικία**

Ηλικία	N	M.O.	T.A.	F <sub>(4,246)</sub>	p
25 έως 29 ετών	25	10.3600	3.03974		
30 έως 34 ετών	57	10.9298	2.52034		

35 έως 39 ετών	67	10.2687	2.47155	4.061	<b>0.003</b>
40 έως 50 ετών	83	11.7952	2.31516		
Άνω των 50 ετών	19	11.6316	3.21819		
Total	251	11.0359	2.61739		

Η μεταβλητή/στρατηγική Επίλυση Προβλήματος διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση ( $F_{(1,249)}=4.227$ ,  $p = 0.041$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως έγγαμοι εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Επίλυσης Προβλήματος, σε σχέση με εκείνους που βρίσκονται σε οποιαδήποτε οικογενειακή κατάσταση, εκτός από την κατάσταση του γάμου (Έγγαμος) (Πίνακας 91).

**Πίνακας 91: Επίλυση Προβλήματος – Οικογενειακή Κατάσταση**

Οικογενειακή κατάσταση	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Έγγαμος	213	11.1784	2.60734	4.227	<b>0.041</b>
Άλλο	38	10.2368	2.56203		
Total	251	11.0359	2.61739		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Επίλυση Προβλήματος διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $F_{(1,249)}=3.899$ ,  $p=0.049$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Επίλυσης Προβλήματος, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 92).

**Πίνακας 92: Επίλυση Προβλήματος - Θρησκεία**

Θρησκευόμενος	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	181	11.2376	2.59571	3.899	<b>0.049</b>
Όχι	70	10.5143	2.61956		
Total	251	11.0359	2.61739		

Σχετικά με την στρατηγική Αναζήτηση Κοινωνικής υποστήριξης εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο και την υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Ειδικότερα, οι γυναίκες αναζητούν στατιστικά σημαντικά περισσότερο την στρατηγική της κοινωνική υποστήριξη σε σχέση τους άνδρες. Επίσης, οι γονείς που θεώρησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Αναζήτησης της Κοινωνικής Υποστήριξης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους. (Πίνακας 93 και Πίνακας 94).

**Πίνακας 93: Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης - Φύλο**

Φύλο	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Άνδρας	19	15.6316	3.43528	6.014	<b>0.015</b>
Γυναίκα	232	17.8190	3.76035		
Total	251	17.6534	3.77510		

**Πίνακας 94: Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική υποστήριξη	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	175	18.2400	3.73852	14.721	<b>&lt;0.001</b>
Όχι	76	16.3026	3.52522		
Total	251	17.6534	3.77510		

Όσον αφορά την μεταβλητή/στρατηγική Ευχολογία – Ονειροπόληση παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα, τις ώρες που αφιερώνουν ημερησίως για τη φροντίδα του παιδιού, την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και την πίστη στη θρησκεία. Πιο συγκεκριμένα, η στρατηγική Ευχολογία – Ονειροπόληση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $F_{(1,223)}=11.005, p=0.001$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 95).

**Πίνακας 95: Ευχολογία- Ονειροπόληση - Μορφωτικό Επίπεδο**

<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(1,223)</sub></b>	<b>p</b>
Έως απόφοιτος Λυκείου	77	23.9740	5.00782	11.005	<b>0.001</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	148	21.5878	5.17573		
Total	225	22.4044	5.23220		

Η Ευχολογία – Ονειροπόληση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς τις ώρες που αφιερώνει ο γονέας για τη φροντίδα του παιδιού ( $F_{(3,247)}=3.549$ ,  $p=0.015$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι αφιερώνουν 0 έως 3 ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με τους γονείς που αφιερώνουν από 7 έως 10 ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους αντίστοιχα (Πίνακας 96).

**Πίνακας 96: Ευχολογία- Ονειροπόληση - Ώρες φροντίδας παιδιού**

<b>Φροντίδα παιδιού</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(3,247)</sub></b>	<b>p</b>
0 έως 3 ώρες	59	23.1017	5.55752	3.549	<b>0.015</b>
4 έως 6 ώρες	90	22.1889	4.70929		
7 έως 10 ώρες	53	20.6604	5.17369		
Πάνω από 10 ώρες	49	23.7959	5.67516		
Total	251	22.3944	5.28846		

Επίσης, η στρατηγική Ευχολογία – Ονειροπόληση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά, ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας κάποιο πρόβλημα υγείας ( $F_{(1,249)}=11.804$ ,  $p=0.0001$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 97).

**Πίνακας 97: Ευχολογία- Ονειροπόληση - Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα υγείας	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	62	24.3548	4.68026	11.804	<b>0.001</b>
Όχι	189	21.7513	5.32922		
Total	251	22.3944	5.28846		

Τέλος, η στρατηγική Ευχολογία – Ονειροπόληση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $F_{(1,249)}=41.961, p<0.0001$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 98).

**Πίνακας 98: Ευχολογία- Ονειροπόληση - Θρησκεία**

Θρησκευόμενος	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	181	23.6409	5.13574	41.961	<b>&lt;0.001</b>
Όχι	70	19.1714	4.23228		
Total	251	22.3944	5.28846		

Η στρατηγική Ευχολογία-Ονειροπόληση διακρίνεται στη στρατηγική της Ευχολογίας και της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας. Αναλυτικότερα, στην στρατηγική της Ευχολογίας εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο, τις ώρες που αφιερώνουν ημερησίως για τη φροντίδα του παιδιού και την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η Ευχολογία διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $F_{(1,223)}= 5.029, p=0.026$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Ευχολογίας, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 99).



**Πίνακας 99: Ευχολογία - Μορφωτικό Επίπεδο**

<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(1,223)</sub></b>	<b>p</b>
Έως απόφοιτος Λυκείου	77	15.6234	3.42606	5.029	<b>0.026</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	148	14.5203	3.53884		
Total	225	14.8978	3.53215		

Επίσης, η Ευχολογία εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τις ώρες που αφιερώνει ο γονέας για τη φροντίδα του παιδιού ( $F_{(3,247)}= 3.573$ ,  $p=0.015$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι αφιερώνουν 0 έως 3 ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Ευχολογίας, σε σχέση με τους γονείς που αφιερώνουν από 7 έως 10 ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους αντίστοιχα (Πίνακας 100).

**Πίνακας 100: Ευχολογία - Ώρες φροντίδας παιδιού**

<b>Φροντίδα παιδιού</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(3,247)</sub></b>	<b>p</b>
0 έως 3 ώρες	59	15.6780	3.68801	3.573	<b>0.015</b>
4 έως 6 ώρες	90	14.6556	3.28141		
7 έως 10 ώρες	53	13.6981	3.36032		
Πάνω από 10 ώρες	49	15.3878	3.59871		
Total	251	14.8367	3.51244		

Τέλος, η Ευχολογία εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $F_{(1,249)}=6.859$ ,  $p=0.009$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Ευχολογίας, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 101).

**Πίνακας 101: Ευχολογία - Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα υγείας	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	62	15.8387	3.07925	6.859	<b>0.009</b>
Όχι	189	14.5079	3.59020		
Total	251	14.8367	3.51244		

Στην στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο, την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και την πίστη στη θρησκεία. Αναλυτικότερα, η στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $F_{(1,223)}= 10.145, p=0.002$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 102).

**Πίνακας 102: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας - Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό Επίπεδο	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,223)</sub>	p
Έως απόφοιτος Λυκείου	77	8.3506	2.72786	10.145	<b>0.002</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	148	7.0676	2.93620		
Total	225	7.5067	2.92483		

Η Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας εμφανίζεται, επίσης, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $F_{(1,249)}=9.113, p=0.003$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της Αναζήτησης Θεϊκής βοήθειας, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 103).

**Πίνακας 103: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας - Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα υγείας	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	62	8.5161	2.80364	9.113	<b>0.003</b>
Όχι	189	7.2434	2.90524		
Total	251	7.5578	2.92705		

Τέλος, η στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής βοήθειας διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $F_{(1,249)}=133.050$ ,  $p<0.001$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Αναζήτησης Θεϊκής βοήθειας, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 104).

**Πίνακας 104: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας - Θρησκεία**

Θρησκευόμενος	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,249)</sub>	p
Ναι	181	8.6298	2.56493	133.050	<b>&lt;0.001</b>
Όχι	70	4.7857	1.75196		
Total	251	7.5578	2.92705		

Όσον αφορά την μεταβλητή/στρατηγική Αποφυγή - Διαφυγή παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα, την πίστη στη θρησκεία και υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Αναλυτικότερα, η στρατηγική Αποφυγή – Διαφυγή εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $F_{(1,223)}=12.014$ ,  $p=0.001$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Αποφυγής - Διαφυγής, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 105).

**Πίνακας 105: Αποφυγή-Διαφυγή – Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό Επίπεδο	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,223)</sub>	p
-------------------	---	------	------	----------------------	---

Έως απόφοιτος Λυκείου	77	25.3766	5.14791	11.321	<b>0.001</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	148	23.0541	4.78630		
Total	225	23.8489	5.02443		

Επίσης, η στρατηγική Αποφυγή – Διαφυγή εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $F_{(1,249)}=10.119, p=0.002$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Αποφυγής - Διαφυγής, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 106).

**Πίνακας 106: Αποφυγή-Διαφυγή – Θρησκεία**

Θρησκευόμενος	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	181	24.4862	4.84264	10.119	<b>0.002</b>
Όχι	70	22.2714	5.20847		
Total	251	23.8685	5.03613		

Τέλος, η στρατηγική Αποφυγή – Διαφυγή εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν νιώθει ή όχι ο γονέας ότι έχει την υποστήριξη από τους στενούς φίλους ( $F_{(1,249)}=6.150, p = 0.014$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι δεν λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Αποφυγής - Διαφυγής, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους. (Πίνακας 107).

**Πίνακας 107: Αποφυγή-Διαφυγή – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική υποστήριξη	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	175	23.3543	5.21825	6.150	<b>0.014</b>
Όχι	76	25.0526	4.39665		

Total	251	23.8685	5.03613		
-------	-----	---------	---------	--	--

Η στρατηγική Αποφυγή - Διαφυγή διακρίνεται στη στρατηγική της Παραίτησης και της Άρνησης. Αναφορικά με την μεταβλητή/στρατηγική Παραίτηση εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία του γονέα, το μορφωτικό επίπεδο του γονέα, την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και την πίστη στη θρησκεία. Αναλυτικότερα, η μεταβλητή/στρατηγική Παραίτηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία του γονέα ( $F_{(4,246)} = 2.98, p=0.02$ ). Οι γονείς που δήλωσαν άνω των 50 ετών εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Παραίτησης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ως ηλικία από 35 έως 39 ετών (Πίνακας 108).

**Πίνακας 108: Παραίτηση - Ηλικία**

Ηλικία	N	M.O.	T.A.	$F_{(4,246)}$	p
25 έως 29 ετών	25	13.1200	3.50381	2.98	0.02
30 έως 34 ετών	57	13.5088	3.38127		
35 έως 39 ετών	67	13.0597	2.99434		
40 έως 50 ετών	83	14.2048	3.03540		
Άνω των 50 ετών	19	15.4737	3.04354		
Total	251	13.7291	3.20473		

Επίσης, η στρατηγική Παραίτηση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $F_{(1,223)} = 12.366, p=0.001$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Παραίτησης, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 109).

**Πίνακας 109: Παραίτηση – Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό Επίπεδο	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,223)}$	p
Έως απόφοιτος	77	14.6883	3.46509		

Λυκείου				12.366	<b>0.001</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	148	13.1486	2.91924		
Total	225	13.6756	3.19410		

Η στρατηγική Παραίτηση εμφανίζεται ακόμη να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $F_{(1,249)}=4.838, p=0.029$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Παραίτησης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 110).

**Πίνακας 110: Παραίτηση – Πρόβλημα Υγείας**

Πρόβλημα υγείας	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	62	14.5000	2.96841	4.838	<b>0.029</b>
Όχι	189	13.4762	3.24623		
Total	251	13.7291	3.20473		

Τέλος, η στρατηγική Παραίτηση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $F_{(1,249)}=14.349, p<0.001$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Παραίτησης, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 111).

**Πίνακας 111: Παραίτηση - Θρησκεία**

Θρησκευόμενος	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	181	14.1934	3.06796	14.349	<b>&lt;0.001</b>
Όχι	70	12.5286	3.26031		
Total	251	13.7291	3.20473		

Όσον αφορά τη μεταβλητή/στρατηγική Άρνηση εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα και υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Αναλυτικότερα, η στρατηγική της Άρνησης εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $F_{(1,223)}=5.149, p=0.024$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Άρνησης, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 112).

**Πίνακας 112: Άρνηση – Μορφωτικό Επίπεδο**

<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(1,223)</sub></b>	<b>p</b>
Έως απόφοιτος Λυκείου	77	10.6883	2.79690	4.510	<b>0.035</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	148	9.9054	2.52965		
Total	225	10.1733	2.64427		

Η μεταβλητή/στρατηγική Άρνηση εμφανίζεται ακόμη να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς του φίλους ( $F_{(1,249)}=11.004, p=0.001$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι δεν λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Άρνησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους. (Πίνακας 113).

**Πίνακας 113: Άρνηση – Φιλική Υποστήριξη**

<b>Φιλική υποστήριξη</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F<sub>(1,249)</sub></b>	<b>p</b>
Ναι	175	9.8457	2.72371	7.126	<b>0.008</b>
Όχι	76	10.8158	2.45335		
Total	251	10.1394	2.67740		

Ως προς την τελευταία στρατηγική που υπάρχει στην συγκεκριμένη κλίμακα, η οποία είναι η Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος, εμφανίζονται διαφορές μόνο ως προς το φύλο ( $F_{(1,249)}$ ,  $p=0.036$ ). Οι γυναίκες εμφανίζονται να κάνουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο χρήση της στρατηγικής Διεκδικητική Επίλυση του Προβλήματος, σε σχέση με τους άνδρες του δείγματος (Πίνακας 114).

**Πίνακας 114: Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος - Φύλο**

Φύλο	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Άνδρας	19	8.7368	1.59311	4.451	<b>0.036</b>
Γυναίκα	232	9.8362	2.22323		
Total	251	9.7530	2.19880		

Όσον αφορά την μεταβλητή (παράγοντας) Θετικό και Αρνητικό συναίσθημα παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Αναλυτικότερα, παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της μεταβλητής (παράγοντα) Θετικό συναίσθημα ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα και την ενασχόλησή του με τον αθλητισμό. Αναλυτικότερα, το θετικό συναίσθημα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $F_{(1,223)}=4.650, p=0.032$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερο θετικό συναίσθημα σε σχέση με εκείνους που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου (Πίνακας 115).

**Πίνακας 115: Θετικό Συναίσθημα- Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό Επίπεδο	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,223)}$	p
Έως απόφοιτος Λυκείου	77	3.3364	.80081	4.650	<b>0.032</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	148	3.5534	.66827		
Total	225	3.4791	.72201		



Επίσης, το θετικό συναίσθημα εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν ασχολείται ή όχι ο γονέας με τον αθλητισμό ( $F_{(1,249)}=11.525$ ,  $p = 0.001$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό, εμφανίζουν μεγαλύτερο θετικό συναίσθημα σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 116).

**Πίνακας 116: Θετικό Συναίσθημα- Ενασχόληση με τον Αθλητισμό**

Αθλητισμός	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,249)}$	p
Ναι	56	3.7750	.61887	11.525	<b>0.001</b>
Όχι	195	3.4097	.73334		
Total	251	3.4912	.72443		

Σχετικά με την μεταβλητή (παράγοντας) Αρνητικό συναίσθημα παρατηρήθηκαν, επίσης, στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της μεταβλητής (παράγοντα) Αρνητικό συναίσθημα ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο του γονέα, τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτει για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών, την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, και την υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Αναλυτικότερα, το αρνητικό συναίσθημα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση ( $F_{(1,248)}=4.797$ ,  $p = 0.029$ ). Οι γονείς που βρίσκονται σε οποιαδήποτε οικογενειακή κατάσταση, εκτός από την κατάσταση του γάμου (Έγγαμος) εμφανίζουν μεγαλύτερο αρνητικό συναίσθημα σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως έγγαμοι (Πίνακας 117).

**Πίνακας 117: Αρνητικό συναίσθημα- Οικογενειακή κατάσταση**

Οικογενειακή κατάσταση	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,248)}$	p
Έγγαμος	212	2.6071	.87660	4.797	<b>0.029</b>
Άλλο	38	2.9474	.91230		
Total	250	2.6588	.88872		

Επίσης, το αρνητικό συναίσθημα εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $F_{(1,222)}=4.263, p=0.04$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο αρνητικό συναίσθημα σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 118).

**Πίνακας 118: Αρνητικό συναίσθημα- Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό Επίπεδο	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,222)}$	p
Έως απόφοιτος Λυκείου	76	2.8368	.99020	4.263	<b>0.04</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	148	2.5784	.82960		
Total	224	2.6661	.89358		

Το αρνητικό συναίσθημα, επιπρόσθετα, εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $F_{(1,248)}= 13.991, p<0.001$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο αρνητικό συναίσθημα, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 119).

**Πίνακας 119: Αρνητικό συναίσθημα- Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	M.O.	T.A.	$F_{(1,248)}$	p
Ναι	109	2.4257	.81438	13.991	<b>&lt;0.001</b>
Όχι	141	2.8390	.90449		
Total	250	2.6588	.88872		

Το αρνητικό συναίσθημα εμφανίζεται ακόμη να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά, ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας κάποιο πρόβλημα υγείας ( $F_{(1,248)}=$

8.477,  $p=0.004$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζουν μεγαλύτερο αρνητικό συναίσθημα, σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν εμφανίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας (Πίνακας 120).

**Πίνακας 120: Αρνητικό συναίσθημα- Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα υγείας	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,248)</sub>	p
Ναι	61	2.9426	.87072	8.477	<b>0.004</b>
Όχι	189	2.5672	.87724		
Total	250	2.6588	.88872		

Καταληκτικά, το αρνητικό συναίσθημα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $F_{(1,248)}=15.359, p=0.004$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι δεν λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο αρνητικό συναίσθημα, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους. (Πίνακας 121).

**Πίνακας 121: Αρνητικό συναίσθημα- Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική υποστήριξη	N	M.O.	T.A.	F <sub>(1,248)</sub>	p
Ναι	174	2.5172	.88025	15.359	<b>0.004</b>
Όχι	76	2.9829	.82581		
Total	250	2.6588	.88872		

**7.7.5.2 Σχέσεις που εντοπίστηκαν μεταξύ του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος και ερωτήσεων που έχουν να κάνουν με τα περιγραφικά στοιχεία της κάθε ομάδας ξεχωριστά (Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ, Τ.Α)**

Για κάθε ομάδα ξεχωριστά, επίσης, πραγματοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι με τη χρήση του One-way Anova και στην περίπτωση πολλαπλών συγκρίσεων

χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni. Οι παραπάνω έλεγχοι αφορούν τους παράγοντες (άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, θετικό και αρνητικό συναίσθημα) που εξετάστηκαν στην παρούσα εργασία, ως προς τις πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (13<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα). Εδώ παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικά. Σε κάθε περίπτωση το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 0.05. Αναλυτικότερα, στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στη μεταβλητή (του παράγοντα) Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) ως προς τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτει για την κάλυψη των προσωπικών του αναγκών, την πίστη στη θρησκεία και την υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίστηκε ότι η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p = 0.001$ ). Με άλλα λόγια, βρέθηκε ότι οι γονείς που απάντησαν ότι δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με εκείνους που με εκείνους που απάντησαν ότι διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 122).

**Πίνακας 122: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Ελεύθερος Χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	24	48.2083	14.95204	12.998	<b>.001</b>
Όχι	40	60.3250	11.72634		

Επίσης, η μεταβλητή State Anxiety εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $p=0.017$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να εμφανίζουν λιγότερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 123).

**Πίνακας 123: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Θρησκεία**

Είστε θρησκευόμενος;	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	48	53.3542	14.60616	6.058	<b>.017</b>
Όχι	16	63.0625	10.16182		

Τέλος, εντοπίστηκε ότι η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $p=0.024$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν λιγότερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 124).

**Πίνακας 124: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	46	53.3043	15.04640	5.316	<b>.024</b>
Όχι	18	62.1111	9.44264		

Η μεταβλητή (παράγοντας) Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p = <0.001$ ). Με άλλα λόγια, βρέθηκε ότι οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν λιγότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 125).

**Πίνακας 125: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	24	43.7500	10.71874	15.902	<b>&lt;0.001</b>
Όχι	40	54.8000	10.73981		

Η μεταβλητή Trait Anxiety εντοπίστηκε, επίσης, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $p=0.033$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να έχουν περισσότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 126).

**Πίνακας 126: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα υγείας	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	20	55.3500	11.60433	4.769	<b>.033</b>
Όχι	44	48.5227	11.58686		

Η μεταβλητή Trait Anxiety εντοπίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $p=0.013$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να εμφανίζουν λιγότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 127).

**Πίνακας 127: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Θρησκεία**

Είστε θρησκευόμενος;	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	48	48.5417	12.07240	6.560	<b>.013</b>
Όχι	16	57.0000	9.17969		

Η μεταβλητή Trait Anxiety εντοπίστηκε, ακόμη, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον ( $p=0.047$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, εμφανίζουν λιγότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Πίνακας 128).

**Πίνακας 128: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή Υποστήριξη	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	42	48.5238	11.32715	4.093	<b>.047</b>
Όχι	22	54.7273	12.25981		

Τέλος, η μεταβλητή Trait Anxiety εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $p=0.006$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν λιγότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 129).

**Πίνακας 129: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	46	48.1304	12.19400	8.159	<b>.006</b>
Όχι	18	57.1111	8.53290		

Όσον αφορά την μεταβλητή/παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους» εντοπίστηκαν ως στατιστικά σημαντικά, ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, τα εξής: Αναλυτικότερα, στη μεταβλητή (στρατηγική) Θετική Προσέγγιση εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την συμμετοχή ή όχι των γονέων σε επιμορφωτικά σεμινάρια, τις ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα των παιδιών τους, τον ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών και την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Θετική Προσέγγιση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την συμμετοχή των γονέων σε επιμορφωτικά σεμινάρια ( $p=0.044$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν συμμετάσχει σε σεμινάρια σχετικά με την Αναπηρία το παιδιού τους εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με γονείς που δεν συμμετέχουν σε ανάλογα σεμινάρια (Πίνακας 130).

**Πίνακας 130: Θετική Προσέγγιση- Συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια**

Συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	50	33.4000	6.66088	4.223	<b>.044</b>
Όχι	10	28.7000	6.27252		

Η μεταβλητή/στρατηγική Θετική προσέγγιση, επίσης, διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τις ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα του/των παιδιού/ιών



τους ( $p=0.047$ ). Μέσα από ελέγχους και τη χρήση της διόρθωσης Bonferroni δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ωρών φροντίδας του/των παιδιού/ιών αντίστοιχα (Πίνακας 131).

**Πίνακας 131: Θετική Προσέγγιση- Ώρες φροντίδας του παιδιού**

Ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
0-3 ώρες	12	31.0833	5.03548	2.808	<b>.047</b>
4- 6 ώρες	20	30.4500	8.11415		
7-10 ώρες	16	36.3750	5.27731		
Παραπάνω από 10 ώρες	16	33.4375	6.29252		

Η μεταβλητή Θετική προσέγγιση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p=0.015$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 132).

**Πίνακας 132: Θετική Προσέγγιση- Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	24	35.4167	6.23396	6.202	<b>.015</b>
Όχι	40	31.2250	6.68135		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Προσέγγιση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.032$ ). Οι γονείς που δηλώνουν ότι έχουν έρθει σε επαφή με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί

τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 133).

**Πίνακας 133: Θετική Προσέγγιση- Επαφή με γονείς**

Επαφή με γονείς	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	53	33.4528	6.40783	4.798	<b>.032</b>
Όχι	10	28.5000	7.36735		

Η Θετική Προσέγγιση διακρίνεται στην στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης και της Επίλυσης Προβλήματος. Αναλυτικότερα, η στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών και την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p=0.024$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 134).

**Πίνακας 134: Θετική Επαναξιολόγηση- Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	Θετική Επαναξιολόγηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	24	23.0833	4.07449	5.356	<b>.024</b>
Όχι	40	20.5000	4.53477		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από την οικογένειά τους ( $p=0.045$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι

λαμβάνουν υποστήριξη από την οικογένειά τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 135).

**Πίνακας 135: Θετική Επαναξιολόγηση – Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή Υποστήριξη	N	Θετική Επαναξιολόγηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	42	22.2857	4.05021	4.205	<b>.045</b>
Όχι	22	19.9091	5.02289		

Στην στρατηγική Επίλυση προβλήματος εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα των παιδιών τους, τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών και την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους . Ειδικότερα, έγιναν ανά δύο συγκρίσεις και χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή/στρατηγική Επίλυση προβλήματος διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τις ώρες που αφιερώνουν οι γονείς καθημερινά για την φροντίδα του παιδιού τους ( $p=0.035$ ) (Πίνακας 136).

**Πίνακας 136: Επίλυση Προβλήματος – Ώρες φροντίδας του παιδιού**

Ώρες για τη φροντίδα του παιδιού	N	Επίλυση Προβλήματος			
		M.O.	T.A.	F	p
0-3 ώρες	12	10.4167	2.19331	3.048	<b>.035</b>
4-6 ώρες	20	10.4500	2.99956		
7-10 ώρες	16	12.8750	2.30579		
Παραπάνω από 10 ώρες	16	11.5625	2.82769		

Επίσης, η μεταβλητή/στρατηγική Επίλυση Προβλήματος διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p=0.025$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Επίλυσης Προβλήματος, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 137).

**Πίνακας 137: Επίλυση Προβλήματος- Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	Επίλυση Προβλήματος			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	24	12.3333	2.64849	5.243	<b>.025</b>
Όχι	40	10.7250	2.71735		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Επίλυση Προβλήματος εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.013$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν έρθει σε επαφή με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Επίλυσης Προβλήματος, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 138).

**Πίνακας 138: Επίλυση Προβλήματος- Επαφή με γονείς**

Επαφή με γονείς	N	Επίλυση Προβλήματος			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	53	11.6604	2.61610	6.588	<b>.013</b>
Όχι	10	9.3000	2.94581		

Όσον αφορά τη μεταβλητή/στρατηγική Ευχολογία – Ονειροπόληση παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την συμμετοχή ή όχι των γονέων σε επιμορφωτικά σεμινάρια, την πίστη στη θρησκεία και την επαφή με γονείς που τα

παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Ευχολογία - Ονειροπόληση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τη συμμετοχή των γονέων σε επιμορφωτικά σεμινάρια ( $p=0.029$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν συμμετάσχει σε σεμινάρια σχετικά με την Αναπηρία του παιδιού τους εμφανίζονται να κάνουν λιγότερο χρήση της στρατηγικής της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με γονείς που δεν συμμετέχουν σε ανάλογα σεμινάρια (Πίνακας 139).

**Πίνακας 139: Ευχολογία – Ονειροπόληση - Συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια**

Συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια	N	Ευχολογία – Ονειροπόληση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	50	22.7600	4.78757	5.013	<b>.029</b>
Όχι	10	26.4000	4.14193		

Επίσης, η μεταβλητή Ευχολογία - Ονειροπόληση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $p=0.003$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να χρησιμοποιούν τη στρατηγική της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 140).

**Πίνακας 140: Ευχολογία – Ονειροπόληση - Θρησκεία**

Είστε θρησκευόμενος;	N	Ευχολογία – Ονειροπόληση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	48	24.3125	4.57168	9.696	<b>.003</b>
Όχι	16	20.3125	4.04506		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Ευχολογία-Ονειροπόληση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.004$ ). Οι γονείς που

δηλώνουν ότι έχουν έρθει σε επαφή με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί τους, εμφανίζουν μικρότερη χρήση της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 141).

**Πίνακας 141: Ευχολογία – Ονειροπόληση - Επαφή με γονείς**

Επαφή με γονείς	N	Ευχολογία – Ονειροπόληση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	53	22.5283	4.39669	8.719	<b>.004</b>
Όχι	10	27.1000	4.99889		

Η στρατηγική Ευχολογία-Ονειροπόληση διακρίνεται στην στρατηγική της Ευχολογίας και της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας. Αναλυτικότερα, στην στρατηγική της Ευχολογίας εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Πιο συγκεκριμένα, η Ευχολογία διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας κάποιο πρόβλημα υγείας ( $p=0.012$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Ευχολογίας, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 142).

**Πίνακας 142: Ευχολογία - Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα Υγείας	N	Ευχολογία			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	20	16.6000	2.23371	6.715	<b>.012</b>
Όχι	44	14.3636	3.54434		

Επίσης, η μεταβλητή/στρατηγική Ευχολογία εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.016$ ). Οι γονείς που δηλώνουν ότι έχουν

έρθει σε επαφή με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί τους, εμφανίζουν μικρότερη χρήση της Ευχολογίας, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 143).

**Πίνακας 143: Ευχολογία - Επαφή με γονείς**

Επαφή με γονείς	N	Ευχολογία			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	53	14.6226	3.24171	6.196	<b>.016</b>
Όχι	10	17.4000	3.20416		

Όσον αφορά την στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την συμμετοχή ή όχι των γονέων σε επιμορφωτικά σεμινάρια και την πίστη τους στη θρησκεία. Αναλυτικότερα, η στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τη συμμετοχή των γονέων σε επιμορφωτικά σεμινάρια ( $p=0.009$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν συμμετάσχει σε σεμινάρια σχετικά με την Αναπηρία του παιδιού τους εμφανίζονται να κάνουν λιγότερο χρήση της στρατηγικής της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας, σε σχέση με γονείς που δεν συμμετέχουν σε ανάλογα σεμινάρια (Πίνακας 144).

**Πίνακας 144: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας - Συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια**

Συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια	N	Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	50	7.7400	2.70909	7.218	<b>.009</b>
Όχι	10	10.2000	2.25093		

Τέλος, στη στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $p=0.000$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να χρησιμοποιούν την

στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 145).

**Πίνακας 145: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας - Θρησκεία**

Είστε θρησκευόμενος;	N	Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	48	9.3333	2.15696	56.182	<b>.000</b>
Όχι	16	5.0000	1.41421		

Όσον αφορά την μεταβλητή/στρατηγική Αποφυγή - Διαφυγή παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα. Αναλυτικότερα, η στρατηγική Αποφυγή – Διαφυγή εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $p=0.010$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Αποφυγής - Διαφυγής, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 146).

**Πίνακας 146: Αποφυγή – Διαφυγή - Μορφωτικό επίπεδο**

Μορφωτικό επίπεδο	N	Αποφυγή – Διαφυγή			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	25	26.2800	5.19230	7.162	<b>.010</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	32	22.7500	4.73831		

Η στρατηγική Αποφυγή- Διαφυγή διακρίνεται στη στρατηγική της Παραίτησης και της Άρνησης. Αναφορικά με τη μεταβλητή/στρατηγική Παραίτηση εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα και την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους . Αναλυτικότερα, η μεταβλητή/στρατηγική Παραίτηση διαφοροποιείται στατιστικά



σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $p=0.022$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Παραίτησης, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 147).

**Πίνακας 147: Παραίτηση - Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό επίπεδο	N	Παραίτηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	25	15.5200	3.31813	5.569	<b>.022</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	32	13.5313	3.02660		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Παραίτηση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.020$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν έρθει σε επαφή με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί τους, εμφανίζουν μικρότερη χρήση της Παραίτησης, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 148).

**Πίνακας 148: Παραίτηση - Επαφή με γονείς**

Επαφή με γονείς	N	Παραίτηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	53	14.1321	3.05109	5.695	<b>.020</b>
Όχι	10	16.7000	3.49762		

Ως προς τη στρατηγική της Άρνησης εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $p=0.027$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Άρνησης, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 149).

**Πίνακας 149: Άρνηση - Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό επίπεδο	N	Άρνηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	25	10.7600	2.94788	5.179	<b>.027</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	32	9.2188	2.16623		

Τέλος, στη μεταβλητή/στρατηγική Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ως προς το φύλο του γονέα με Νοητική Αναπηρία ( $p=0.024$ ). Εντοπίστηκε ότι οι άνδρες εμφανίζονται να κάνουν λιγότερο χρήση της στρατηγικής Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος, σε σχέση με τις γυναίκες (Πίνακας 150).

**Πίνακας 150: Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος - Φύλο**

Φύλο	N	Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος			
		M.O.	T.A.	F	p
Άνδρας	7	2.1071	.47559	5.356	<b>.024</b>
Γυναίκα	57	2.5877	.52289		

Όσον αφορά την μεταβλητή (παράγοντας) Θετικό και Αρνητικό συναίσθημα παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Αναλυτικότερα, παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της μεταβλητής (παράγοντα) Θετικό συναίσθημα ως προς την συμμετοχή ή όχι των γονέων σε επιμορφωτικά σεμινάρια, τις ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα των παιδιών τους και την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους . Πιο συγκεκριμένα, το Θετικό Συναίσθημα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τη συμμετοχή των γονέων σε επιμορφωτικά σεμινάρια ( $p=0.018$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν συμμετάσχει σε σεμινάρια σχετικά με την Αναπηρία του παιδιού

τους εμφανίζονται με μεγαλύτερο Θετικό συναίσθημα, σε σχέση με γονείς που δεν συμμετέχουν σε ανάλογα σεμινάρια (Πίνακας 151).

**Πίνακας 151: Θετικό Συναίσθημα – Συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια**

Συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια	N	Θετικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	50	3.6880	.62650	5.917	<b>.018</b>
Όχι	10	3.1300	.83006		

Επίσης, η μεταβλητή Θετικό Συναίσθημα εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα του/των παιδιού/ιών τους ( $p=0.018$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται να αφιερώνουν από 0 έως 3 ώρες εμφανίζονται να έχουν λιγότερο Θετικό συναίσθημα, σε σχέση με τους γονείς που δηλώνουν να αφιερώνουν 7 έως 10 ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους αντίστοιχα (Πίνακας 152).

**Πίνακας 152: Θετικό συναίσθημα - Ώρες φροντίδας του παιδιού**

Ώρες για τη φροντίδα του παιδιού	N	Θετικό συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
0-3 ώρες	12	3.2583	.58846	3.599	<b>.018</b>
4-6 ώρες	20	3.4500	.65974		
7-10 ώρες	16	4.0188	.43393		
Παραπάνω από 10 ώρες	16	3.5875	.85469		

Τέλος, στην μεταβλητή Θετικό Συναίσθημα εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.003$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν έρθει σε επαφή με

άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο Θετικό Συναίσθημα, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 153).

**Πίνακας 153: Θετικό συναίσθημα - Επαφή με γονείς**

Επαφή με γονείς	N	Θετικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	53	3.6906	.63162	9.367	<b>.003</b>
Όχι	10	3.0000	.77316		

Καταληκτικά, ως προς τη μεταβλητή (παράγοντα) Αρνητικό Συναίσθημα εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p=0.018$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν λιγότερο Αρνητικό Συναίσθημα, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 154).

**Πίνακας 154: Αρνητικό Συναίσθημα - Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	Αρνητικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	23	2.5652	.89879	5.888	<b>.018</b>
Όχι	40	3.1300	.88410		

Όσον αφορά την ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στη μεταβλητή (του παράγοντα) Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) ως προς τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών και την ενασχόλησή με τον αθλητισμό. Αναλυτικότερα, εντοπίστηκε ότι η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p = 0.000$ ). Με άλλα λόγια, βρέθηκε ότι οι γονείς που

απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν λιγότερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση, σε σχέση με εκείνους που με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 155).

**Πίνακας 155: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety)- Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	23	43.3043	13.50231	23.585	<b>.000</b>
Όχι	41	59.0244	11.79086		

Επίσης, η μεταβλητή State Anxiety εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό ( $p=0.012$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό εμφανίζονται να έχουν λιγότερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 156).

**Πίνακας 156: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety)- Ενασχόληση με τον Αθλητισμό**

Ενασχόληση με τον αθλητισμό	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	10	43.0000	8.94427	6.626	<b>.012</b>
Όχι	54	55.2963	14.54807		

Η μεταβλητή (παράγοντας) Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών, την ενασχόλησή τους με τον αθλητισμό και την υποστήριξη από το φιλικό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή (παράγοντας) Άγχος ως

χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία του γονέα ( $p=0.048$ ). Κάνοντας ανά δύο συγκρίσεις και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων (Πίνακας 157).

**Πίνακας 157: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Ηλικία**

Ηλικία	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
25-29 ετών	3	45.6667	17.09776	2.562	<b>.048</b>
30-34 ετών	8	55.3750	9.05440		
35-39 ετών	19	49.3158	10.06122		
40-50 ετών	29	44.8966	9.93675		
50+ ετών	5	56.6000	13.22120		

Επίσης, η μεταβλητή Trait Anxiety εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $p=0.045$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 158).

**Πίνακας 158: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό επίπεδο	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	19	52.3684	10.81260	4.211	<b>.045</b>

Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	39	46.1795	10.76513		

Η μεταβλητή Trait Anxiety εμφανίζεται, ακόμη, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p = 0.000$ ). Με άλλα λόγια, βρέθηκε ότι οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν λιγότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με εκείνους που με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 159).

**Πίνακας 159: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	23	42.0000	9.27362	15.366	<b>.000</b>
Όχι	41	52.0976	10.20981		

Η μεταβλητή Trait Anxiety εντοπίστηκε ακόμη, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό ( $p=0.011$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό εμφανίζονται να έχουν λιγότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 160).

**Πίνακας 160: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Ενασχόληση με τον αθλητισμό	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p

Ναι	10	40.5000	7.12195	6.851	<b>.011</b>
Όχι	54	49.9444	10.95000		

Τέλος, η μεταβλητή Trait Anxiety εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $p=0.000$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν λιγότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 161).

**Πίνακας 161: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	39	44.7179	10.09155	14.139	<b>.000</b>
Όχι	25	54.3200	9.76695		

Όσον αφορά την μεταβλητή/παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους» εντοπίστηκαν ως στατιστικά σημαντικά, ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, τα εξής: Αναλυτικότερα, στη μεταβλητή (στρατηγική) Θετική προσέγγιση εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, το μηνιαίο εισόδημα, τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών, την ενασχόληση με τον αθλητισμό, την υποστήριξη που λαμβάνουν από το φιλικό περιβάλλον και την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Θετική προσέγγιση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τη ηλικία του γονέα ( $p=0.034$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ηλικίες από 30 έως 34 ετών εμφανίζονται να χρησιμοποιούν λιγότερο τη στρατηγική της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με τους γονείς που



δήλωσαν ότι βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ των 40 έως 50 ετών (Πίνακας 162).

**Πίνακας 162: Θετική Προσέγγιση - Ηλικία**

Ηλικία	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
25-29 ετών	3	32.3333	9.07377	2.799	<b>.034</b>
30-34 ετών	8	29.0000	4.78091		
35-39 ετών	19	31.6842	7.21921		
40-50 ετών	29	35.8966	4.93055		
50+ ετών	5	33.0000	5.95819		

Επίσης, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Προσέγγιση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μηνιαίο εισόδημα των γονέων ( $p=0.031$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι διαθέτουν μηνιαίο εισόδημα από 0 έως 500€ εμφανίζονται να χρησιμοποιούν λιγότερο τη στρατηγική της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι διαθέτουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 1000€ (Πίνακας 163).

**Πίνακας 163: Θετική Προσέγγιση - Μηνιαίο Εισόδημα**

Μηνιαίο Εισόδημα	N	Θετική προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
0 έως 500€	10	29.0000	6.53197	3.665	<b>.031</b>
500€ έως 1000€	23	35.1739	4.93275		
1000€ και άνω	31	33.4839	6.57202		

Η στρατηγική Θετική Προσέγγιση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p=0.005$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 164).

**Πίνακας 164: Θετική Προσέγγιση - Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	23	36.3043	5.21741	8.683	<b>.005</b>
Όχι	41	31.7561	6.28005		

Η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Προσέγγιση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό ( $p=0.010$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 165).

**Πίνακας 165: Θετική Προσέγγιση – Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Ενασχόληση με τον αθλητισμό	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	10	38.0000	2.53859	7.003	<b>.010</b>
Όχι	54	32.5370	6.40080		

Η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Προσέγγιση εμφανίζεται ακόμα να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους

στενούς τους φίλους ( $p=0.011$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 166).

**Πίνακας 166: Θετική Προσέγγιση – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	39	34.9744	5.65447	6.960	<b>.011</b>
Όχι	25	30.9200	6.50589		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Προσέγγιση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.009$ ). Οι γονείς που δηλώνουν ότι έχουν έρθει σε επαφή με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 167).

**Πίνακας 167: Θετική Προσέγγιση - Επαφή με γονείς**

Επαφή με γονείς	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	46	34.6739	6.03344	7.294	<b>.009</b>
Όχι	17	30.0588	5.98405		

Η Θετική Προσέγγιση διακρίνεται στη στρατηγική της Θετικής επαναξιολόγησης και της Επίλυσης προβλήματος. Αναλυτικότερα, η στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών, την ενασχόληση με τον αθλητισμό, την υποστήριξη από το φιλικό περιβάλλον και την

επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τη ηλικία του γονέα ( $p=0.026$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ηλικίες από 30 έως 34 ετών εμφανίζονται να χρησιμοποιούν λιγότερο τη στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ των 40 έως 50 ετών (Πίνακας 168).

**Πίνακας 168: Θετική Επαναξιολόγηση - Ηλικία**

Ηλικία	N	Θετική Επαναξιολόγηση			
		M.O.	T.A.	F	p
25-29 ετών	3	22.3333	5.68624	2.992	<b>.026</b>
30-34 ετών	8	18.1250	4.45413		
35-39 ετών	19	21.3158	5.55830		
40-50 ετών	29	23.7586	3.45021		
50+ ετών	5	20.2000	4.08656		

Η στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p=0.004$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 169).

**Πίνακας 169: Θετική Επαναξιολόγηση – Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	Θετική Επαναξιολόγηση			
		M.O.	T.A.	F	p

Ναι	23	24.2174	3.57970	9.128	<b>.004</b>
Όχι	41	20.7317	4.83231		

Επίσης, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό ( $p=0.011$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 170).

**Πίνακας 170: Θετική Επαναξιολόγηση – Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Ενασχόληση με τον αθλητισμό	N	Θετική Επαναξιολόγηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	10	25.4000	1.71270	6.822	<b>.011</b>
Όχι	54	21.3519	4.81804		

Η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση εμφανίζεται ακόμη, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $p=0.002$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 171).

**Πίνακας 171: Θετική Επαναξιολόγηση – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	Θετική Επαναξιολόγηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	39	23.4359	4.01835	11.009	<b>.002</b>
Όχι	25	19.7200	4.87784		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.032$ ). Οι γονείς που δηλώνουν ότι έχουν έρθει σε επαφή με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 172).

**Πίνακας 172: Θετική Επαναξιολόγηση – Επαφή με γονείς**

Επαφή με γονείς	N	Θετική Επαναξιολόγηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	46	22.8043	4.25634	4.834	<b>.032</b>
Όχι	17	19.9412	5.41376		

Στην στρατηγική Επίλυση προβλήματος εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία των γονέων, το μηνιαίο εισόδημα και την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Ειδικότερα, έγιναν ανά δύο συγκρίσεις και χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή/στρατηγική Επίλυση προβλήματος διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία των γονέων ( $p=0.047$ ) (Πίνακας 173).

**Πίνακας 173: Επίλυση προβλήματος - Ηλικία**

Ηλικία	N	Επίλυση προβλήματος			
		M.O.	T.A.	F	p
25-29 ετών	3	10.0000	3.46410	2.568	<b>.047</b>
30-34 ετών	8	10.8750	1.64208		
35-39 ετών	19	10.3684	2.45426		

40-50 ετών	29	12.1379	2.26344		
50+ ετών	5	12.8000	1.92354		

Επίσης, η μεταβλητή/στρατηγική Επίλυση Προβλήματος εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μηνιαίο εισόδημα των γονέων ( $p=0.005$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι διαθέτουν μηνιαίο εισόδημα από 0 έως 500€ εμφανίζονται να χρησιμοποιούν λιγότερο την στρατηγική της Επίλυσης Προβλήματος, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι διαθέτουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 1000€ και τους γονείς που δήλωσαν ότι διαθέτουν μηνιαίο εισόδημα από 1000€ και άνω (Πίνακας 174).

**Πίνακας 174: Επίλυση προβλήματος – Μηνιαίο Εισόδημα**

Μηνιαίο Εισόδημα	N	Επίλυση Προβλήματος			
		M.O.	T.A.	F	p
0 έως 500€	10	9.2000	2.48551	5.850	<b>.005</b>
500€ έως 1000€	23	11.9565	2.07755		
1000€ και άνω	31	11.7097	2.26853		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Επίλυση Προβλήματος εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.010$ ). Οι γονείς που δηλώνουν ότι έχουν έρθει σε επαφή με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της Επίλυσης Προβλήματος, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 175).

**Πίνακας 175: Επίλυση προβλήματος – Επαφή με γονείς**

		Επίλυση Προβλήματος			

<b>Επαφή με γονείς</b>	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Ναι	46	11.8696	2.40932	7.151	<b>.010</b>
Όχι	17	10.1176	1.99632		

Σχετικά με την στρατηγική Αναζήτηση Κοινωνικής υποστήριξης εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ως προς την υποστήριξη από τους στενούς φίλους ( $p=0.042$ ). Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Αναζήτησης της Κοινωνικής Υποστήριξης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 176).

**Πίνακας 176: Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης – Φιλική Υποστήριξη**

<b>Φιλική Υποστήριξη</b>	<b>N</b>	<b>Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης</b>			
		<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Ναι	39	18.7179	3.14516	4.330	<b>.042</b>
Όχι	25	15.6000	3.86221		

Όσον αφορά τη μεταβλητή/στρατηγική Ευχολογία – Ονειροπόληση παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την πίστη στη θρησκεία, την υποστήριξη από το φιλικό τους περιβάλλον και την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Ευχολογία - Ονειροπόληση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $p=0.001$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να χρησιμοποιούν τη στρατηγική της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 177).



**Πίνακας 177: Ευχολογία – Ονειροπόληση - Θρησκεία**

Είστε θρησκευόμενος;	N	Ευχολογία – Ονειροπόληση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	45	24.0889	5.04895	13.273	<b>.001</b>
Όχι	19	19.3158	4.08320		

Επίσης, η στρατηγική Ευχολογία - Ονειροπόληση εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $p=0.020$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μικρότερη χρήση της στρατηγικής της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 178).

**Πίνακας 178: Ευχολογία – Ονειροπόληση – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	Ευχολογία – Ονειροπόληση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	39	21.4615	5.52909	5.740	<b>.020</b>
Όχι	25	24.5600	4.17413		

Τέλος, η στρατηγική Ευχολογία-Ονειροπόληση εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.008$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι έχουν έρθει σε επαφή με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί τους, εμφανίζουν μικρότερη χρήση της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 179).

**Πίνακας 179: Ευχολογία – Ονειροπόληση – Επαφή με γονείς**

Επαφή με γονείς	N	Ευχολογία – Ονειροπόληση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	46	21.7609	5.19480	7.472	<b>.008</b>
Όχι	17	25.5882	4.10881		

Η στρατηγική Ευχολογία-Ονειροπόληση διακρίνεται στη στρατηγική της Ευχολογίας και της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας. Αναλυτικότερα, στην στρατηγική της Ευχολογίας εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, την υποστήριξη από το φιλικό περιβάλλον και την επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Ευχολογία διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία των γονέων ( $p=0.030$ ). Οι γονείς που δήλωσαν την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 30 έως 34 ετών εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Ευχολογίας, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν την ηλικιακή ομάδα μεταξύ των 40 έως 50 ετών (Πίνακας 180).

**Πίνακας 180: Ευχολογία – Ηλικία**

Ηλικία	N	Ευχολογία			
		M.O.	T.A.	F	P
25-29 ετών	3	13.6667	4.04145	2.886	<b>.030</b>
30-34 ετών	8	18.6250	1.06066		
35-39 ετών	19	14.7895	2.97357		
40-50 ετών	29	14.0690	3.75053		
50+ ετών	5	14.8000	5.01996		

Επίσης, η στρατηγική Ευχολογία εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $p=0.001$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μικρότερη χρήση της στρατηγικής της Ευχολογίας, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 181).

**Πίνακας 181: Ευχολογία – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	Ευχολογία			
		M.O.	T.A.	F	P
Ναι	39	14.1538	3.93057	12.512	<b>.001</b>
Όχι	25	16.0400	2.80595		

Τέλος, η στρατηγική Ευχολογία εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους ( $p=0.012$ ). Οι γονείς που δηλώνουν ότι έχουν έρθει σε επαφή με άλλους γονείς ατόμων με την ίδια Αναπηρία που φέρει και το παιδί τους, εμφανίζουν μικρότερη χρήση της Ευχολογίας, σε σχέση με εκείνους που δεν δήλωσαν την ίδια θέση (Πίνακας 182).

**Πίνακας 182: Ευχολογία – Επαφή με γονείς**

Επαφή με γονείς	N	Ευχολογία			
		M.O.	T.A.	F	P
Ναι	46	14.3478	3.63451	6.717	<b>.012</b>
Όχι	17	16.8235	2.45549		

Στην στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και την πίστη στη θρησκεία. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας

διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $p=0.032$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 183).

**Πίνακας 183: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας - Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα Υγείας	N	Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	18	9.0000	2.91043	4.787	<b>.032</b>
Όχι	46	7.3043	2.73958		

Τέλος, η στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας εντοπίστηκε ακόμη να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $p=0.000$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 184).

**Πίνακας 184: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας - Θρησκεία**

Είστε θρησκευόμενος;	N	Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	45	8.9556	2.44908	41.817	<b>.000</b>
Όχι	19	5.0000	1.59861		

Όσον αφορά την μεταβλητή/στρατηγική Αποφυγή - Διαφυγή παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ως προς το μορφωτικό επίπεδο, την υποστήριξη από το φιλικό περιβάλλον και την βοήθεια που μπορεί να λαμβάνουν από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα. Αναλυτικότερα, η στρατηγική Αποφυγή – Διαφυγή εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το

μορφωτικό επίπεδο ( $p=0.016$ ) Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Αποφυγής - Διαφυγής, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 185).

**Πίνακας 185: Αποφυγή – Διαφυγή – Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό επίπεδο	N	Αποφυγή – Διαφυγή			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	19	26.6316	4.28447	6.134	<b>.016</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	39	23.3077	5.02181		

Η στρατηγική Αποφυγή-Διαφυγή εντοπίστηκε, επίσης, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $p=0.027$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μικρότερη χρήση της στρατηγικής της Αποφυγής - Διαφυγής, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 186).

**Πίνακας 186: Αποφυγή – Διαφυγή – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	Αποφυγή – Διαφυγή			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	39	23.2308	4.92289	5.163	<b>.027</b>
Όχι	25	26.0000	4.48144		

Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Αποφυγή-Διαφυγή εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την λήψη βοήθειας από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα ( $p=0.013$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι λαμβάνουν βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για οικογένειες με

ανάπηρα μέλη εμφανίζονται να κάνουν λιγότερο χρήση της στρατηγικής Αποφυγή - Διαφυγή, σε σχέση με γονείς που δεν λαμβάνουν αντίστοιχη βοήθεια (Πίνακας 187).

**Πίνακας 187: Αποφυγή – Διαφυγή – Βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες**

Βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες	N	Αποφυγή – Διαφυγή			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	26	22.5000	5.17107	6.482	<b>.013</b>
Όχι	38	25.5526	4.37250		

Η στρατηγική Αποφυγή-Διαφυγή διακρίνεται στη στρατηγική της Παραίτησης και της Άρνησης. Αναφορικά με τη μεταβλητή/στρατηγική Παραίτηση εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, μόνο ως προς την ηλικία των γονέων ( $p=0.008$ ). Οι γονείς που δήλωσαν την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 25 έως 29 ετών εμφανίζονται να κάνουν λιγότερη χρήση της στρατηγικής της Παραίτησης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 30 έως 34 ετών και την ηλικιακή ομάδα 50 ετών και άνω (Πίνακας 188).

**Πίνακας 188: Παραίτηση – Ηλικία**

Ηλικία	N	Παραίτηση			
		M.O.	T.A.	F	p
25-29 ετών	3	9.6667	3.21455	3.800	<b>.008</b>
30-34 ετών	8	15.0000	1.77281		
35-39 ετών	19	13.3158	2.47325		
40-50 ετών	29	14.1034	2.70376		
50+ ετών	5	16.4000	3.13050		

Ως προς τη μεταβλητή/στρατηγική της Άρνησης, εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο, την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, την υποστήριξη από το φιλικό περιβάλλον και την βοήθεια που μπορεί να λαμβάνουν από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα. Πιο συγκεκριμένα, η στρατηγική Άρνηση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο ( $p=0.023$ ) Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Άρνησης, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 189).

**Πίνακας 189: Άρνηση – Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό επίπεδο	N	Άρνηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	19	11.6842	2.86846	5.451	<b>.023</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι	39	9.8205	2.84579		

Η μεταβλητή/στρατηγική Άρνηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $p=0.027$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν λιγότερο τη στρατηγική της Άρνησης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 190).

**Πίνακας 190: Άρνηση – Πρόβλημα Υγείας**

Πρόβλημα Υγείας	N	Άρνηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	18	9.0556	2.94003	5.154	<b>.027</b>

Όχι	46	10.8696	2.84885		
-----	----	---------	---------	--	--

Η στρατηγική Άρνηση εντοπίστηκε, επίσης, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον ( $p=0.040$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, εμφανίζουν μικρότερη χρήση της στρατηγικής της Άρνησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Πίνακας 191).

**Πίνακας 191: Άρνηση – Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή Υποστήριξη	N	Άρνηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	42	9.8095	3.14090	4.423	<b>.040</b>
Όχι	22	11.4091	2.32295		

Η στρατηγική Άρνηση εντοπίστηκε ακόμη, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $p=0.014$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μικρότερη χρήση της στρατηγικής της Άρνησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 192).

**Πίνακας 192: Άρνηση – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	Άρνηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	39	9.6410	2.92437	6.348	<b>.014</b>
Όχι	25	11.4800	2.72519		



Τέλος, η μεταβλητή/στρατηγική Άρνηση εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την λήψη βοήθειας από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα ( $p=0.006$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι λαμβάνουν βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για οικογένειες με ανάπηρα μέλη εμφανίζονται να κάνουν λιγότερο χρήση της στρατηγικής της Άρνηση, σε σχέση με γονείς που δεν λαμβάνουν αντίστοιχη βοήθεια (Πίνακας 193).

**Πίνακας 193: Άρνηση - Βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες**

Βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες	N	Άρνηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	26	9.1538	3.19615	8.034	<b>.006</b>
Όχι	38	11.1842	2.52400		

Στην τελευταία μεταβλητή/στρατηγική Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, μόνο ως προς την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας ( $p=0.011$ ). Οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Διεκδικητικής Επίλυσης Προβλήματος, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 194).

**Πίνακας 194: Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος - Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα Υγείας	N	Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	18	10.5556	2.14811	6.801	<b>.011</b>
Όχι	46	9.1087	1.93481		

Όσον αφορά την μεταβλητή (παράγοντας) Θετικό και Αρνητικό συναίσθημα παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της μεταβλητής (παράγοντα)

Θετικό συναίσθημα ως προς την ηλικία και το μηνιαίο εισόδημα. Αναλυτικότερα, το Θετικό Συναίσθημα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία του γονέα ( $p=0.042$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ηλικίες από 30 μέχρι 34 ετών εμφανίζονται να έχουν λιγότερο Θετικό Συναίσθημα, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ηλικίες από 40 έως 50 ετών (Πίνακας 195).

**Πίνακας 195: Θετικό Συναίσθημα - Ηλικία**

Ηλικία	N	Θετικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
25-29 ετών	3	3.5667	1.05987	2.643	<b>.042</b>
30-34 ετών	8	2.8875	.40510		
35-39 ετών	19	3.3211	.79553		
40-50 ετών	29	3.7276	.63746		
50+ ετών	5	3.5800	.79183		

Το Θετικό Συναίσθημα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το μηνιαίο εισόδημα των γονέων ( $p=0.015$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι διαθέτουν μηνιαίο εισόδημα από 0 έως 500€ εμφανίζονται να έχουν λιγότερο Θετικό Συναίσθημα, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι διαθέτουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 1000€. Επίσης, οι γονείς που διαθέτουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 1000€ εμφανίζονται να έχουν περισσότερο Θετικό Συναίσθημα, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι διαθέτουν μηνιαίο εισόδημα από 1000€ και άνω (Πίνακας 196).

**Πίνακας 196: Θετικό Συναίσθημα – Μηνιαίο Εισόδημα**

Μηνιαίο Εισόδημα	N	Θετικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p

0 έως 500€	10	2.9000	.81786	4.520	<b>.015</b>
500€ έως 1000€	23	3.6826	.67194		
1000€ και άνω	31	3.5226	.67068		

Όσον αφορά τη μεταβλητή (παράγοντα) Αρνητικό Συναίσθημα εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν για την κάλυψη των προσωπικών τους αναγκών και την υποστήριξη από τους στενούς του φίλους. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Αρνητικό Συναίσθημα εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p = 0.006$ ). Με άλλα λόγια, βρέθηκε ότι οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν λιγότερο Αρνητικό Συναίσθημα, σε σχέση με εκείνους που με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διάθεταν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 197).

**Πίνακας 197: Αρνητικό Συναίσθημα – Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	Αρνητικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	23	2.1652	.53224	8.188	<b>.006</b>
Όχι	41	2.8049	.99271		

Καταληκτικά, ως προς την μεταβλητή (παράγοντα) Αρνητικό Συναίσθημα εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $p=0.001$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν λιγότερο Αρνητικό Συναίσθημα, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 198).

**Πίνακας 198: Αρνητικό Συναίσθημα – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	Αρνητικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	39	2.2872	.85353	11.813	<b>.001</b>
Όχι	25	3.0240	.80946		

Στην ομάδα ελέγχου, των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στη μεταβλητή (του παράγοντα) Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τις ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα των παιδιών τους, τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών, την ενασχόλησή του με τον αθλητισμό και την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίστηκε ότι η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0.046$ ). Με άλλα λόγια, βρέθηκε ότι οι Έγγαμοι εμφανίζουν λιγότερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με εκείνους που βρίσκονται σε οποιαδήποτε οικογενειακή κατάσταση, εκτός από την κατάσταση του γάμου (Πίνακας 199).

**Πίνακας 199: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή Κατάσταση	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Έγγαμος	108	49.1481	12.33475	4.065	<b>.046</b>
Άλλο	15	56.2000	15.15256		

Επίσης, η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $p=0.037$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος από μια

συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 200).

**Πίνακας 200: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό Επίπεδο	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	33	53.4545	15.19887	4.446	<b>.037</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	77	48.0390	10.92250		

Η μεταβλητή State Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς τις ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα του/των παιδιού/ιών τους ( $p=0.011$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να αφιερώνουν από 0 έως 3 ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους εμφανίζονται να έχουν περισσότερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση σε σχέση με τους γονείς που δηλώνουν ότι αφιερώνουν παραπάνω από 10 ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους αντίστοιχα (Πίνακας 201).

**Πίνακας 201: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Ώρες φροντίδας του παιδιού**

Φροντίδα του παιδιού	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
0-3 ώρες	34	55.7353	12.80461	3.898	<b>.011</b>
4-6 ώρες	51	48.8824	12.84935		
7-10 ώρες	23	47.8696	11.76785		
Παραπάνω από 10 ώρες	15	44.1333	10.80256		

Η μεταβλητή State Anxiety εμφανίζεται ακόμη, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών του ( $p = 0.007$ ). Με άλλα λόγια, βρέθηκε ότι οι γονείς που απάντησαν ότι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των αναγκών τους, εμφανίζουν λιγότερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση, σε σχέση με εκείνους που με εκείνους που απάντησαν ότι δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο για τους ίδιους (Πίνακας 202).

**Πίνακας 202: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Ελεύθερος χρόνος**

Ελεύθερος χρόνος	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	63	46.9841	13.52357	7.534	<b>.007</b>
Όχι	60	53.1833	11.37123		

Η μεταβλητή State Anxiety εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό ( $p=0.006$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό εμφανίζονται να έχουν λιγότερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 203).

**Πίνακας 203: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Ενασχόληση με τον αθλητισμό	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	30	44.4333	10.37132	7.888	<b>.006</b>
Όχι	93	51.8065	13.10348		

Τέλος, η μεταβλητή State Anxiety εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $p=0.002$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να έχουν

περισσότερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 204).

**Πίνακας 204: Άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) - Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα Υγείας	N	State Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	24	57.0417	13.64608	9.558	<b>.002</b>
Όχι	99	48.3030	12.11800		

Η μεταβλητή (παράγοντας) Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0.036$ ). Με άλλα λόγια, βρέθηκε ότι οι Έγγαμοι εμφανίζουν λιγότερο άγχος από μια συγκεκριμένη κατάσταση, σε σχέση με εκείνους που βρίσκονται σε οποιαδήποτε οικογενειακή κατάσταση, εκτός από την κατάσταση του γάμου (Πίνακας 205).

**Πίνακας 205: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Οικογενειακή Κατάσταση**

Οικογενειακή Κατάσταση	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Έγγαμος	108	45.3704	10.68460	4.512	<b>.036</b>
Άλλο	15	51.5333	9.26489		

Επίσης, η μεταβλητή Trait Anxiety εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $p=0.037$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 206).

**Πίνακας 206: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό Επίπεδο	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	33	49.4545	12.31638	4.458	<b>.037</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	77	44.8442	9.62462		

Η μεταβλητή Trait Anxiety διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς τις ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα του/των παιδιού/ιών τους ( $p=0.018$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να αφιερώνουν από 0 έως 3 ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους εμφανίζονται να έχουν περισσότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, σε σχέση με τους γονείς που δηλώνουν ότι αφιερώνουν παραπάνω από 10 ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους αντίστοιχα (Πίνακας 207).

**Πίνακας 207: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Ώρες φροντίδας του παιδιού**

Φροντίδα του παιδιού	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
0-3 ώρες	34	50.2941	11.80531	3.496	<b>.018</b>
4-6 ώρες	51	46.0196	9.61975		
7-10 ώρες	23	43.3913	9.47120		
Παραπάνω από 10 ώρες	15	41.2000	10.65833		



Η μεταβλητή Trait Anxiety εντοπίστηκε, ακόμη, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό ( $p=0.024$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό, εμφανίζονται να έχουν λιγότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 208).

**Πίνακας 208: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Ενασχόληση με τον αθλητισμό	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	30	42.3000	9.44731	5.258	<b>.024</b>
Όχι	93	47.3548	10.80926		

Τέλος, η μεταβλητή Trait Anxiety εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $p=0.026$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να έχουν περισσότερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 209).

**Πίνακας 209: Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) – Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα Υγείας	N	Trait Anxiety			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	24	50.4583	11.59077	5.080	<b>.026</b>
Όχι	99	45.0707	10.23525		

Όσον αφορά την μεταβλητή/παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους» εντοπίστηκαν ως στατιστικά σημαντικά, ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, τα εξής:

Αναλυτικότερα, στη μεταβλητή (στρατηγική) Θετική προσέγγιση εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό και την υποστήριξη που θεωρούν ότι λαμβάνουν οι γονείς από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Θετική προσέγγιση εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό ( $p=0.024$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 210).

**Πίνακας 210: Θετική Προσέγγιση - Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Ενασχόληση με τον Αθλητισμό	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	30	33.7667	4.88970	5.219	<b>.024</b>
Όχι	93	30.8925	6.29952		

Η μεταβλητή/ στρατηγική Θετική Προσέγγιση εμφανίζεται ακόμη να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον ( $p=0.020$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Θετικής Προσέγγισης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Πίνακας 211).

**Πίνακας 211: Θετική Προσέγγιση - Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή Υποστήριξη	N	Θετική Προσέγγιση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	101	32.1881	5.67752	5.577	<b>.020</b>
Όχι	22	28.8636	7.26568		

Η Θετική Προσέγγιση διακρίνεται στη στρατηγική της Θετικής επαναξιολόγησης και της Επίλυσης προβλήματος. Αναλυτικότερα, στη στρατηγική της Θετικής επαναξιολόγησης εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό και την υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή/στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό ( $p=0.025$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 212).

**Πίνακας 212: Θετική Επαναξιολόγηση – Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Ενασχόληση με τον αθλητισμό	N	Θετική Επαναξιολόγηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	30	22.3667	3.63397	5.157	<b>.025</b>
Όχι	93	20.4301	4.18693		

Η μεταβλητή/ στρατηγική Θετική Επαναξιολόγηση εμφανίζεται ακόμη να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον ( $p=0.030$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Θετικής Επαναξιολόγησης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Πίνακας 213).

**Πίνακας 213: Θετική Επαναξιολόγηση – Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή Υποστήριξη	N	Θετική Επαναξιολόγηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	101	21.2772	3.97019	4.795	<b>.030</b>

Όχι	22	19.1818	4.50012		
-----	----	---------	---------	--	--

Στην στρατηγική Επίλυση Προβλήματος εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή/ στρατηγική Επίλυση Προβλήματος εμφανίζεται ακόμη να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον ( $p=0.045$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Επίλυσης Προβλήματος, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Πίνακας 214).

**Πίνακας 214: Επίλυση Προβλήματος - Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή Υποστήριξη	N	Επίλυση Προβλήματος			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	101	10.9109	2.47426	4.102	<b>.045</b>
Όχι	22	9.6818	3.02979		

Σχετικά με την στρατηγική Αναζήτηση Κοινωνικής υποστήριξης εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο, την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και την υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Ειδικότερα, οι άνδρες εντοπίστηκαν να χρησιμοποιούν λιγότερο την στρατηγική της Αναζήτησης Κοινωνικής υποστήριξης ( $p=0.023$ ), σε σχέση τις γυναίκες (Πίνακας 215).

**Πίνακας 215: Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης - Φύλο**

Φύλο	N	Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης			
		M.O.	T.A.	F	p
Άνδρες	7	14.1429	3.07834	5.272	<b>.023</b>

Γυναίκες	116	17.6552	3.96968		
----------	-----	---------	---------	--	--

Η στρατηγική Αναζήτηση Κοινωνικής υποστήριξης εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον ( $p=0.009$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Αναζήτησης Κοινωνικής Υποστήριξης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Πίνακας 216).

**Πίνακας 216: Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης – Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή Υποστήριξη	N	Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	101	17.8911	3.91893	7.040	<b>.009</b>
Όχι	22	15.4545	3.82632		

Τέλος, η στρατηγική Αναζήτηση Κοινωνικής υποστήριξης εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς τους φίλους ( $p=0.047$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Αναζήτησης της Κοινωνικής Υποστήριξης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 217).

**Πίνακας 217: Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης – Φιλική Υποστήριξη**

Φιλική Υποστήριξη	N	Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	90	17.8889	4.03480	4.043	<b>.047</b>
Όχι	33	16.2727	3.70197		

Όσον αφορά τη μεταβλητή/στρατηγική Ευχολογία – Ονειροπόληση παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο, την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και την πίστη στη θρησκεία. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Ευχολογία - Ονειροπόληση διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο ( $p=0.008$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 218).

**Πίνακας 218: Ευχολογία – Ονειροπόληση – Μορφωτικό επίπεδο**

Μορφωτικό επίπεδο	N	Ευχολογία – Ονειροπόληση			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	33	23.8485	5.22686	7.302	<b>.008</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	77	20.8831	5.29392		

Η μεταβλητή/ στρατηγική Ευχολογία - Ονειροπόληση εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $p=0.012$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο την στρατηγική της Ευχολογίας -Ονειροπόλησης, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 219).

**Πίνακας 219: Ευχολογία – Ονειροπόληση – Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα Υγείας	N	Ευχολογία – Ονειροπόληση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	24	24.2917	5.34447	6.450	<b>.012</b>
Όχι	99	21.1616	5.43366		

Τέλος, η μεταβλητή/ στρατηγική Ευχολογία - Ονειροπόληση εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $p=0.000$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο την στρατηγική της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 220).

**Πίνακας 220: Ευχολογία – Ονειροπόληση - Θρησκεία**

Είστε θρησκευόμενος;	N	Ευχολογία – Ονειροπόληση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	88	23.0455	5.44757	18.728	<b>.000</b>
Όχι	35	18.5714	4.39442		

Η στρατηγική Ευχολογία-Ονειροπόληση διακρίνεται στη στρατηγική της Ευχολογίας και της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας. Αναλυτικότερα, στην στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο, την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, την πίστη στη θρησκεία και την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο ( $p=0.012$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 221).

**Πίνακας 221: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας – Μορφωτικό επίπεδο**

Μορφωτικό Επίπεδο	N	Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	33	8.0909	2.97241	6.607	<b>.012</b>

Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	77	6.5455	2.85411		
-------------------------	----	--------	---------	--	--

Επίσης, η στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $p=0.009$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 222).

**Πίνακας 222: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας – Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα Υγείας	N	Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	24	8.5000	3.02166	7.070	<b>.009</b>
Όχι	99	6.7374	2.88764		

Η στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας εντοπίστηκε ακόμη, να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $p=0.000$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 223).

**Πίνακας 223: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας - Θρησκεία**

Είστε θρησκευόμενος;	N	Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	88	8.0795	2.72587	47.867	<b>.000</b>
Όχι	35	4.5714	1.97463		



Τέλος, η στρατηγική Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον ( $p=0.042$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής της Αναζήτησης Κοινωνικής Υποστήριξης, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Πίνακας 224).

**Πίνακας 224: Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας – Οικογενειακή Υποστήριξη**

Οικογενειακή Υποστήριξη	N	Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	101	7.3366	2.93011	4.241	<b>.042</b>
Όχι	22	5.9091	3.02228		

Όσον αφορά την μεταβλητή/στρατηγική Αποφυγή - Διαφυγή παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ως προς την πίστη τους στη θρησκεία. Αναλυτικότερα, η στρατηγική Αποφυγή – Διαφυγή εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $p=0.011$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι, φαίνεται να χρησιμοποιούν τη στρατηγική της Αποφυγής-Διαφυγής, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 225).

**Πίνακας 225: Αποφυγή – Διαφυγή - Θρησκεία**

Είστε θρησκευόμενος;	N	Αποφυγή – Διαφυγή			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	88	24.1364	5.12416	6.607	<b>.011</b>
Όχι	35	21.5714	4.64179		

Η στρατηγική Αποφυγή- Διαφυγή διακρίνεται στη στρατηγική της Παραίτησης και της Άρνησης. Αναφορικά με τη μεταβλητή/στρατηγική Παραίτηση εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την πίστη στη θρησκεία. Αναλυτικότερα, η στρατηγική Παραίτηση εμφανίζεται να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν είναι ή όχι ο γονέας θρησκευόμενος ( $p=0.002$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι φαίνεται να χρησιμοποιούν την στρατηγική της Παραίτησης, σε σχέση με τους γονείς που δεν εμφανίζονται ως θρησκευόμενοι (Πίνακας 226).

**Πίνακας 226: Παραίτηση - Θρησκεία**

Είστε θρησκευόμενος;	N	Παραίτηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	88	13.7727	3.28958	9.790	<b>.002</b>
Όχι	35	11.7714	2.96138		

Ως προς τη στρατηγική της Άρνησης εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ως προς την οικογενειακή κατάσταση του γονέα ( $p=0.024$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι είναι Έγγαμοι εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Άρνησης, σε σχέση με εκείνους που βρίσκονται σε οποιαδήποτε οικογενειακή κατάσταση, εκτός από την κατάσταση του γάμου (Πίνακας 227).

**Πίνακας 227: Άρνηση – Οικογενειακή κατάσταση**

Οικογενειακή κατάσταση	N	Άρνηση			
		M.O.	T.A.	F	p
Έγγαμος	108	10.3981	2.56482	5.257	<b>.024</b>
Άλλο	15	8.8000	2.24245		

Όσον αφορά την μεταβλητή (παράγοντας) Θετικό και Αρνητικό συναίσθημα παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της μεταβλητής (παράγοντα) Θετικό συναίσθημα ως προς το μορφωτικό επίπεδο, την ενασχόληση με τον αθλητισμό και την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας. Αναλυτικότερα, το Θετικό Συναίσθημα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα ( $p=0.049$ ). Οι γονείς που είναι μέχρι απόφοιτοι λυκείου, στη βαθμίδα εκπαίδευσής τους, νοιώθουν λιγότερο Θετικό Συναίσθημα, σε σχέση με εκείνους που εμφανίζονται ως απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 228).

**Πίνακας 228: Θετικό Συναίσθημα - Μορφωτικό Επίπεδο**

Μορφωτικό επίπεδο	N	Θετικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
Απόφοιτος Δημοτικού έως Λυκείου	33	3.2091	.81715	3.968	<b>.049</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	77	3.5026	.65694		

Επίσης, το Θετικό Συναίσθημα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς την ενασχόληση με τον αθλητισμό ( $p=0.003$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό εμφανίζονται να έχουν περισσότερο Θετικό Συναίσθημα, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό (Πίνακας 229).

**Πίνακας 229: Θετικό Συναίσθημα – Ενασχόληση με τον αθλητισμό**

Ενασχόληση με τον Αθλητισμό	N	Θετικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	30	3.7900	.61327	9.395	<b>.003</b>
Όχι	93	3.3323	.73944		

Τέλος, μεταβλητή Θετικό Συναίσθημα εντοπίστηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το αν αντιμετωπίζει ή όχι ο γονέας πρόβλημα υγείας ( $p=0.026$ ). Οι γονείς που δήλωσαν να έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εμφανίζονται να έχουν λιγότερο Θετικό Συναίσθημα, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντίστοιχα (Πίνακας 230).

**Πίνακας 230: Θετικό Συναίσθημα – Πρόβλημα υγείας**

Πρόβλημα Υγείας	N	Θετικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
Ναι	24	3.1458	.81132	5.063	<b>.026</b>
Όχι	99	3.5162	.70112		

Όσον αφορά τη μεταβλητή (παράγοντα) Αρνητικό Συναίσθημα εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, τις ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα των παιδιών τους και την υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίστηκε ότι η μεταβλητή Αρνητικό Συναίσθημα εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία του γονέα ( $p=0.003$ ). Οι γονείς που δήλωσαν ηλικίες από 25 μέχρι 39 ετών εμφανίζονται να έχουν λιγότερο Αρνητικό Συναίσθημα, σε σχέση με τους γονείς που δήλωσαν ηλικίες άνω των 50+ ετών (Πίνακας 231).

**Πίνακας 231: Αρνητικό Συναίσθημα – Ηλικία**

Ηλικία	N	Αρνητικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
25-29 ετών	19	2.4421	.61039	4.167	<b>.003</b>
30-34 ετών	39	2.5026	.83776		
35-39 ετών	32	2.3594	.78734		

40-50 ετών	28	2.7536	.88338		
50+ ετών	5	3.8200	.67602		

Επίσης, η μεταβλητή Αρνητικό Συναίσθημα εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα του/των παιδιού/ιών τους ( $p=0.000$ ). Οι γονείς που εμφανίζονται να αφιερώνουν από 0 έως 3 ώρες εμφανίζονται να έχουν περισσότερο Αρνητικό Συναίσθημα, σε σχέση με τους γονείς που δηλώνουν να αφιερώνουν 7 έως 10 ώρες και παραπάνω από 10 ώρες για τη φροντίδα του παιδιού τους αντίστοιχα (Πίνακας 232).

**Πίνακας 232: Αρνητικό Συναίσθημα – Ώρες φροντίδας του παιδιού**

Φροντίδα του παιδιού	N	Αρνητικό Συναίσθημα			
		M.O.	T.A.	F	p
0-3 ώρες	34	2.9853	.97581	6.571	<b>.000</b>
4-6 ώρες	51	2.5745	.73860		
7-10 ώρες	23	2.2870	.70085		
Παραπάνω από 10 ώρες	15	2.0200	.56087		

Καταληκτικά, ως προς την μεταβλητή (παράγοντα) Αρνητικό Συναίσθημα εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το αν έχει ή όχι ο γονέας την υποστήριξη από τους στενούς φίλους ( $p=0.037$ ). Οι γονείς που απάντησαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τους φίλους τους, εμφανίζουν λιγότερο Αρνητικό Συναίσθημα, σε σχέση με εκείνους που απάντησαν ότι δεν λάμβαναν υποστήριξη από τους φίλους τους (Πίνακας 233).

**Πίνακας 233: Αρνητικό Συναίσθημα – Φιλική Υποστήριξη**

<b>Φιλική Υποστήριξη</b>	<b>N</b>	<b>Αρνητικό Συναίσθημα</b>			
		<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Ναι	90	2.4711	.83656	4.460	<b>.037</b>
Όχι	33	2.8273	.80633		

## Κεφάλαιο 8: Συζήτηση

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 γονέων ατόμων με αναπηρία (Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ) και των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη ως προς το άγχος, τις στρατηγικές αντιμετώπισής του και το θετικό και αρνητικό τους συναίσθημα. Διερευνήθηκε, ακόμη, η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των τριών μεταβλητών της έρευνας: του άγχους, των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος για το σύνολο του δείγματος, αλλά και για κάθε ομάδα ξεχωριστά. Τέλος, εξετάστηκε κατά πόσο οι παραπάνω μεταβλητές διαφοροποιούνται ως προς διάφορα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος, για όλο το δείγμα συνολικά, αλλά και για τη κάθε ομάδα ξεχωριστά. Αναφορικά με τα διάφορα περιγραφικά στοιχεία όπως: (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κ.λπ.) συμπεριλήφθησαν και στοιχεία τα οποία σχετίζονται με τους ίδιους του γονείς (ενασχόληση με τον αθλητισμό, πίστη τους στη θρησκεία κ.λπ.) και την φροντίδα που παρέχουν στα παιδιά τους (ώρες φροντίδας του/των παιδιού/ παιδιών τους, συμμετοχή σε σεμινάρια κ.λπ.).

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

### **8.1 Τα επίπεδα των διαστάσεων του άγχους των γονέων ατόμων με και χωρίς αναπηρία**

Το άγχος των γονέων της έρευνας υπολογίστηκε μέσω των επιμέρους διαστάσεών του, οι οποίες αποτελούν το άγχος που προκαλείται από μια συγκεκριμένη κατάσταση (State Anxiety) και το άγχος που αποτελεί μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους (Trait Anxiety). Στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία, εντοπίστηκε ότι το άγχος από μια κατάσταση να κυμαίνεται από μέτρια προς υψηλά επίπεδα και αντίστοιχα, το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, βρέθηκε να κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα.

Το έντονο άγχος που εντοπίστηκε στην συγκεκριμένη ομάδα συμφωνεί τόσο με ξενόγλωσσες (Karasavvidis, Avgerinou, Lianou, Priftis, Lianou, & Siamaga, 2011 · Peters-Scheffer, Didden, & Korzilius, 2012) όσο και με ελληνικές έρευνες (Καρασαββίδης, 2011), οι οποίες κατέληξαν σε ανάλογα ευρήματα. Στη δεύτερη ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ εντοπίστηκε, επίσης, το άγχος από μια κατάσταση να κυμαίνεται από μέτρια προς υψηλά επίπεδα κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Woodman, Mawsley, & Hauserfram, (2015). Αντίστοιχα, το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους εντοπίστηκε να κυμαίνεται σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα. Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, δηλαδή τους γονείς των ατόμων με τυπική ανάπτυξη εντοπίστηκε το άγχος από μια κατάσταση ότι κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα και το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους να κυμαίνεται σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα. Θα πρέπει να επισημανθεί, επίσης, ότι σε όλες τις ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ, Τυπική Ανάπτυξη (T.A)) βρέθηκε το άγχος από μια κατάσταση (State Anxiety) να είναι μεγαλύτερο, σε σχέση με το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους (Trait Anxiety). Από τη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων του δείγματος διαπιστώθηκε ότι, οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος και στις δύο διαστάσεις του (άγχος από μια κατάσταση, άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), ακολουθούμενοι από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ και τελευταίους τους γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη. Το γεγονός ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν περισσότερο άγχος από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, θα μπορούσε να αποδοθεί στα οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης που παρέχονται για τα άτομα με ΔΑΦ. Παρόλο που είναι διαθέσιμα, πλέον, Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών για την εκπαίδευση κάθε κατηγορίας μαθητών με αναπηρίες ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, εξακολουθεί να επικρατεί μια ανασφάλεια από την πλευρά των γονέων. Η ανασφάλεια αυτή, οδηγεί συχνά τους γονείς στην παραπομπή τους σε άτυπες δομές εκπαίδευσης και όπως είναι γνωστό, για την ΔΑΦ επικρατούν σήμερα αρκετά οργανωμένα προγράμματα παρέμβασης (όπως για παράδειγμα η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (πρόγραμμα ΑΒΑ)). Τα προγράμματα αυτά δημιουργούν στους γονείς μια σιγουριά, όσον αφορά την εκπαίδευση των παιδιών τους και κατά συνέπεια, συμβάλλουν στη σταδιακή μείωση του άγχους τους. Ένας ακόμη πιθανός λόγος του παραπάνω ευρήματος, θα μπορούσε να είναι η επαφή, μέσω συλλόγων, των γονέων ατόμων με ΔΑΦ με γονείς των οποίων τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με τα δικά τους, κάτι που δεν



εντοπίζεται ιδιαίτερα όσον αφορά τη Νοητική Αναπηρία. Η συμμετοχή σε τέτοιου είδους συλλόγους μειώνει τη μοναξιά που πιθανόν να νιώθουν και το άγχος που βιώνουν, καθώς αντιλαμβάνονται ότι το πρόβλημα της αναπηρίας του παιδιού τους δεν είναι κάτι που καλούνται να αντιμετωπίσουν μόνο οι ίδιοι, αλλά και μια σειρά άλλων ατόμων. Ο κάθε γονέας μπορεί εκεί να εκφραστεί ελεύθερα και να συζητήσει τα συναισθήματά του και τις ανασφάλειές του που προκύπτουν από το μέγεθος του παιδιού του. Μέσα από την συζήτηση και την ανταλλαγή απόψεων αμβλύνεται το άγχος τους και γενικότερα ενισχύονται ψυχολογικά. Με βάση την βιβλιογραφία, η ύπαρξη του παραπάνω ευρήματος έρχεται σε αντίθεση με πορίσματα άλλων ερευνών (Amireh, 2018 · Hayes & Watson, 2013 · Σινανίδου, 2010), στα οποία οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ εμφάνιζαν περισσότερο άγχος από τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία. Καταληκτικά, ως προς το εύρημα του μειωμένου άγχους που εμφανίζουν οι γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη ως προς τους γονείς ατόμων με αναπηρία (Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ), συμφωνεί με αρκετά ευρήματα από την βιβλιογραφία (Allen, Bowles, & Weber, 2013 · Amireh, 2018 · Βίλλη, 2018 · Blacher & Baker, 2017 · Estes, Olson, Sullivan, Greenson, Winter, Dawson & Munson, 2013 · Giovagnoli, Postorino, Fetta, Sanges, DePeppo, Vassena, DeDose, Vikari, & Mazzone, 2015 · Hayes & Watson, 2013 · Padden, & James, 2017 · Zablotzky, Bradshaw, & Stuart, 2013), καθώς στις μελέτες αυτές οι γονείς ατόμων με αναπηρίες εμφανίζονται με αυξημένα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων.

## **8.2 Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που κάνουν χρήση οι γονείς ατόμων με και χωρίς αναπηρία**

Οι στρατηγικές που εντοπίστηκαν να κάνουν χρήση για την αντιμετώπιση του άγχους σε μεγαλύτερο βαθμό όσον αφορά τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, είναι της Θετικής Επαναξιολόγησης, ακολουθούμενη από την Αναζήτηση της Κοινωνικής Υποστήριξης και την Ευχολογία. Σε μικρότερο βαθμό εντοπίστηκε η χρήση της στρατηγικής της Άρνησης, καθώς και της Διεκδικητικής Επίλυσης Προβλήματος. Όσον αφορά τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, εντοπίστηκε να χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης, ακολουθούμενη από τη στρατηγική της Θετικής Προσέγγισης και την Ευχολογία. Σε μικρότερο βαθμό εμφανίζεται η χρήση της Διεκδικητικής Επίλυσης Προβλήματος,

της Άρνησης και της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας. Τις ίδιες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους με την ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία εντοπίστηκαν σε διαφορετικό όμως βαθμό και στην ομάδα ελέγχου, δηλαδή τους γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη, καθώς ως πρώτη αναδείχθηκε η στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης, ακολουθούμενη από την Ευχολογία και την Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης. Αντίστοιχα, όσον αφορά τις στρατηγικές με τον μικρότερο βαθμό χρήση τους, εντοπίστηκαν ομοιότητες με τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ, καθώς βρέθηκε η στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας, της Διεκδικητικής Επίλυσης Προβλήματος και της Άρνησης. Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα της παρούσας έρευνας, διαπιστώνεται ότι οι γονείς και των τριών (3) ομάδων του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ και τυπικής ανάπτυξης) χρησιμοποιούν αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες είναι κατά βάση ενεργητικές και προσανατολισμένες στο πρόβλημα, όπως έχει γίνει λόγος από τον Καραδήμα (1998) και σε μικρότερο βαθμό παθητικές, κάτι που εντοπίζεται και στην έρευνα των Cuzzocrea, Murdaca, Costa, Filippello, & Larcana (2016), της οποίας το δείγμα αποτελούνταν από γονείς ατόμων με αυτισμό υψηλής και χαμηλής λειτουργικότητας, γονείς με σύνδρομο Down και γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων. Στην μελέτη αυτή εντοπίστηκε ότι η κατηγορία των στρατηγικών αποφυγής αποτελούσε την λιγότερο προτιμώμενη κατηγορία στρατηγικών, ενώ αντίθετα προτιμήθηκε περισσότερο ο θετικός επαναπροσδιορισμός. Ωστόσο, μια παλαιότερη έρευνα (Wang, Michaels, & Day, 2010) εντόπισε διαφορετικά πράγματα, καθώς σε αυτήν οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ, ανέφεραν την αξιοποίηση πιο ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης από τους γονείς παιδιών με τυπική ανάπτυξη, παρόλο που εμφανίστηκαν με περισσότερο άγχος. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι η ομάδα των γονέων ατόμων με αναπηρία (Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ) κάνει σε μεγάλο βαθμό χρήση ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης, προσανατολισμένες στο πρόβλημα, κάτι που εντοπίζεται σε αρκετές μελέτες στη βιβλιογραφία (Abbeduto, Seltzer, Shattuck, Krauss, Orsmond, & Murphy, 2004 · Γιαννούλης, 2013 · Glidden, Billings, & Jobe, 2006 · Thakuri, 2017 · Willis, Timmons, Pruitt, Schneider, Alessandri, & Ekas, 2016). Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και κάποιες έρευνες που διαφωνούν με το παραπάνω εύρημα. Ενδεικτικά, ο Sivberg (2002), εντόπισε ότι οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ κάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό χρήση της αποστασιοποίησης και η αποφυγής, καθώς και σε μικρότερο βαθμό τον αυτοέλεγχο, την αναζήτηση της κοινωνικής υποστήριξης και την επίλυση προβλημάτων, δηλαδή στρατηγικές προσανατολισμένες

στο πρόβλημα. Το παραπάνω, συμφωνεί και με πιο σύγχρονες μελέτες, στις οποίες αναδεικνύεται ότι οι γονείς ατόμων με αναπηρία χρησιμοποιούν στρατηγικές που κατά τη βιβλιογραφία εκφράζονται ως στρατηγικές προσανατολισμένες στο συναίσθημα (Dabrowska, & Disula, 2010 · MacDonald, 2011 · Vernhet, Dellapiazza, Blanc, Cousson-Gelie, Miot, Roeyers, & Baghdadli, 2018). Ένα εύρημα, επίσης, που προέκυψε από τη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων του δείγματος και αναδείχτηκε ως στατιστικά σημαντικό, είναι ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία χρησιμοποιούν περισσότερο τις στρατηγικές της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας και της Παραίτησης, ακολουθούμενοι από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ και τελευταίους τους γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη. Σχετικά με την στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας, στην βιβλιογραφία εντοπίζεται ότι οι γονείς με αναπηρία στρέφονται στη θρησκεία για την ψυχική τους ανακούφιση, όπως αναδεικνύεται και στην έρευνα των Das, Das, Nath, Dutta, Bora, & Hazarika (2017). Ωστόσο, η έρευνα του Amireh (2018) έδειξε ότι και οι τρεις ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με ΔΑΦ, γονείς ατόμων με σύνδρομο Down και γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων) χρησιμοποιούσαν εξίσου σε μεγάλο βαθμό την στρατηγική της θρησκείας, με σκοπό την αντιμετώπιση του άγχους τους. Θα πρέπει, ακόμη, να επισημανθεί πως το εύρημα σχετικά με την στρατηγική της Παραίτησης εμφανίζει συμφωνία με τον Sivberg (2002), καθώς εντόπισε ότι οι γονείς ατόμων με ΔΑΦ χρησιμοποίησαν την ανάλογη στρατηγική σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με τους γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη. Θα πρέπει να γίνει οπωσδήποτε αναφορά για την στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης, η οποία εντοπίζεται και στις τρεις (3) ομάδες του παρόντος δείγματος και που σύμφωνα με τον Καραδήμα (1998) αποτελεί μια στρατηγική προσανατολισμένη στο συναίσθημα. Το γεγονός της συνύπαρξης της «Θετικής Επαναξιολόγησης» ως στρατηγική προσανατολισμένη στο συναίσθημα, καθώς και της στρατηγικής «Επίλυση Προβλήματος» ως στρατηγική προσανατολισμένη στο πρόβλημα μέσα στον ίδιο παράγοντα/στρατηγική («Θετική Προσέγγιση») φανερώνει τη σχετικότητα του διαχωρισμού των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων σε κατηγορίες, όπως και τη μεγάλη συνάφεια που υπάρχει μεταξύ τους. Εξάλλου, η ανάλυση των παραγόντων/στρατηγικών «Θετική Προσέγγιση», «Ευχολογία/ Ονειροπόληση» και «Αποφυγή/ Διαφυγή» σε επιμέρους στρατηγικές, φανερώνει την πολυπλοκότητα και το πολυδιάστατο των τρόπων με τους οποίους οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες τους και το άγχος τους (Καραδήμας, 1998). Καταληκτικά, με την ύπαρξη

της Θετικής Επαναξιολόγησης, ως στρατηγικής με τη μεγαλύτερη χρήση από την πλευρά των γονέων ατόμων με αναπηρία (Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ), εμφανίζονται ομοιότητες από την πλευρά της βιβλιογραφίας, με παλαιότερες αλλά και πιο σύγχρονες μελέτες, καθώς σε αυτές εντοπίζεται η Θετική Επαναξιολόγηση να χρησιμοποιείται μοναδικά ή σε μεγάλο βαθμό μαζί με κάποιες άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους (Dardas, & Ahmad, 2015b · Slattery, McMahon & Gallaher, 2017 · Van der Veek, Kraaij, & Garnefsky, 2009 · Wang, Michaels, & Day, 2011).

### **8.3 Τα επίπεδα των διαστάσεων του θετικού και αρνητικού συναισθήματος των γονέων ατόμων με και χωρίς αναπηρία**

Το θετικό και αρνητικό συναίσθημα των γονέων της παρούσας έρευνας υπολογίστηκε, για την κάθε ομάδα του δείγματος, μέσω του μέσου όρου του αθροίσματος των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αντιστοιχεί για την εκάστοτε κλίμακα (θετικό συναίσθημα και αρνητικό συναίσθημα). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία να σημειώνουν, ως προς το θετικό συναίσθημα, μέτρια προς υψηλά επίπεδα και αντίστοιχα, στο αρνητικό συναίσθημα χαμηλά επίπεδα. Για τους γονείς των ατόμων με ΔΑΦ εντοπίστηκε το θετικό συναίσθημα να κυμαίνεται από μέτρια προς χαμηλά επίπεδα και το αρνητικό τους συναίσθημα να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Στην ομάδα ελέγχου, των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη βρέθηκε το θετικό συναίσθημα να κυμαίνεται από μέτρια προς χαμηλά επίπεδα και το αρνητικό συναίσθημα, επίσης σε χαμηλά επίπεδα. Σε όλες τις ομάδες του δείγματος (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ, Τ.Α) βρέθηκε, επίσης, το θετικό συναίσθημα να είναι μεγαλύτερο, ως προς το αρνητικό τους συναίσθημα. Το παραπάνω εύρημα, ως προς τους θετικό συναίσθημα στους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, έρχεται σε συμφωνία με έναν αριθμό ερευνών (Jess, Totsika, & Hastings, 2018 · Sandler, & Mistretta, 1998 · Stainton, & Besser, 1998 · Takataya, Yamazaki, & MiZuno, 2016). Ωστόσο, στην βιβλιογραφία εντοπίζονται και έρευνες, στις οποίες διαπιστώνεται το αντίστροφο, δηλαδή η επικράτηση αρνητικών συναισθημάτων ως προς τα θετικά (Karasavvidis, Avgerinou, Lianou, Priftis, Lianou, & Siamaga, 2011 · Sheehan, & Guerin, 2018 · Vouyoukas, Tzouriadou, Menexes, Geka, & Michalopoulou, 2014 · Yang, Byrne, &

Chiu, 2016). Το παραπάνω εύρημα εμφανίζει, επίσης, συμφωνία με έναν αριθμό ερευνών και για τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ (Hastings, & Taunt, 2002a · Ψάρρη, 2014). Ωστόσο, εμφανίζονται και εδώ αντιθέσεις με πορίσματα άλλων ερευνών (Fernandez-Alcantara, Garcia-Caro, Perez-Marfil, Hueso-Montoro, Caynez-Pubio, & Cruz-Quintana, 2016 · Williams, & Wright, 2004), καθώς σε αυτές τα συναισθήματα των γονέων με ΔΑΦ εμφανίζονται με αρνητικό πρόσημο. Στην ομάδα γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη εντοπίζεται, επίσης, μια ελληνική μελέτη η οποία εμφανίζεται να συμφωνεί με το παραπάνω εύρημα (Βίλλη, 2018). Θα πρέπει να επισημανθεί, ακόμη, ότι από τη σύγκριση μεταξύ των τριών (3) ομάδων του δείγματος αναδείχτηκε ως στατιστικά σημαντικό ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν μεγαλύτερο Αρνητικό Συναίσθημα, ακολουθούμενοι από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ και τελευταίους τους γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη. Το συγκεκριμένο εύρημα (ότι οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν περισσότερο αρνητικό συναίσθημα από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ) θα μπορούσε να αποδοθεί, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως (κεφάλαιο 8.2) στα οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης που παρέχονται για τα άτομα με ΔΑΦ, τα οποία παρέχουν στους γονείς μια ασφάλεια, όσον αφορά την εκπαίδευση των παιδιών τους και αντίστοιχα, συμβάλλουν στη μείωση των πιθανών αρνητικών συναισθημάτων που μπορεί να νιώθουν. Θα μπορούσε να είναι και η επαφή των γονέων ατόμων με ΔΑΦ με άλλους γονείς, των οποίων τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με τα δικά τους, που πιθανόν να συμβάλλει στην μείωση των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων. Η συζήτηση και η ανταλλαγή απόψεων, με σκοπό την αντιμετώπιση πρακτικών θεμάτων που προκύπτουν μέσα στη καθημερινότητά τους, μπορεί να συμβάλλει στην σταδιακή βελτίωση της συναισθηματικής τους ευεξίας, καθώς και στην αναβάθμιση του γονεϊκού τους ρόλου. Από την πλευρά της βιβλιογραφίας, το παραπάνω εύρημα (οι γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν περισσότερο αρνητικό συναίσθημα από τους γονείς ατόμων με ΔΑΦ) έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα της Σινανίδου (2010), στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες των ατόμων με ΔΑΦ βίωναν περισσότερη συναισθηματική επιβάρυνση σε σχέση με τις μητέρες ατόμων με νοητική υστέρηση. Καταληκτικά, όσον αφορά το εύρημα ως προς το μεγαλύτερο αρνητικό συναίσθημα των γονέων ατόμων με αναπηρία (Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ) σε σύγκριση με τους γονείς των ατόμων με τυπική ανάπτυξη, εντοπίζονται αντίστοιχα παλαιότερες αλλά και σύγχρονες μελέτες που συμφωνούν με αυτό (Βίλλη,

2018 · Horany, Hassan, Baba, & Juhari , 1991 · Schieve, Blumberg, Rice, Visser, & Boyle, 2007).

#### **8.4 Συσχέτιση του άγχους, των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος για τους γονείς ατόμων με αναπηρία και τους γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη**

Ως προς τις μεταβλητές (άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, θετικό και αρνητικό συναίσθημα) που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα, παρατηρήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ τους ως προς όλο το δείγμα (n=251), αλλά και σε κάθε ομάδα ξεχωριστά (γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, ΔΑΦ και τυπική ανάπτυξη. Αναλυτικότερα, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις από τις οποίες προέκυψαν θετικές και αρνητικές συσχετίσεις σε ορισμένες από τις κλίμακες (που περιλαμβάνουν και υποκλίμακες). Πιο συγκεκριμένα, ως προς όλο το δείγμα παρατηρήθηκε συσχέτιση, κατ' αρχάς, ανάμεσα στις υποκλίμακες της κλίμακας του άγχους, στις οποίες εντοπίστηκε μια δυνατή και θετική σχέση. Εντοπίστηκαν, επίσης, αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ του άγχους και κάποιων στρατηγικών αντιμετώπισής του (της Θετικής Επαναξιολόγησης και της Επίλυσης Προβλήματος), οι οποίες κατά τη βιβλιογραφία θεωρούνται ενεργητικές. Ωστόσο, εντοπίστηκαν και θετικές συσχετίσεις με κάποιες άλλες στρατηγικές (της Ευχολογίας, της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας και της Παραίτησης), οι οποίες χαρακτηρίζονται από τη βιβλιογραφία ως παθητικές. Βρέθηκαν, ακόμα, αρνητικές σχέσεις μεταξύ του άγχους και του θετικού συναισθήματος, καθώς και ισχυρές θετικές σχέσεις μεταξύ του άγχους και του αρνητικού συναισθήματος. Καταληκτικά, ως προς τις μεταβλητές των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος, εντοπίστηκαν θετικές συσχετίσεις στο θετικό συναίσθημα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (συγκεκριμένα στις στρατηγικές: «Θετική Επαναξιολόγηση», «Επίλυση Προβλήματος», «Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης» και «Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος»). Αντίστοιχα, εντοπίστηκαν αρνητικές συσχετίσεις ως προς το αρνητικό συναίσθημα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (συγκεκριμένα στις στρατηγικές: «Θετική Επαναξιολόγηση», «Επίλυση Προβλήματος», «Ευχολογία», «Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας», «Παραίτηση» και «Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος»). Όπως έγινε λόγος και παραπάνω, σε κάθε ομάδα του δείγματος, ξεχωριστά, εντοπίστηκαν θετικές και αντίστοιχα αρνητικές συσχετίσεις.

Αναλυτικότερα, στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία εντοπίστηκαν αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ του άγχους και κάποιων στρατηγικών αντιμετώπισης του (συγκεκριμένα της Θετικής Προσέγγισης, της Θετικής Επαναξιολόγησης και της Επίλυσης Προβλήματος), οι οποίες κατά τη βιβλιογραφία θεωρούνται ενεργητικές. Ωστόσο, εντοπίστηκαν και θετικές συσχετίσεις με κάποιες άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης (συγκεκριμένα με την Ευχολογία - Ονειροπόληση και την Ευχολογία), οι οποίες χαρακτηρίζονται από τη βιβλιογραφία ως παθητικές. Βρέθηκαν, ακόμα, αρνητικές σχέσεις μεταξύ του άγχους και του θετικού συναισθήματος, καθώς και ισχυρές θετικές σχέσεις μεταξύ άγχους και αρνητικού συναισθήματος. Καταληκτικά, ως προς τις μεταβλητές των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος, εντοπίστηκαν θετικές συσχετίσεις ως προς το θετικό συναίσθημα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (συγκεκριμένα στις στρατηγικές: «Θετική Προσέγγιση», «Θετική Επαναξιολόγηση», «Επίλυση Προβλήματος» και «Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης»). Αντίστοιχα, στο αρνητικό συναίσθημα και στις στρατηγικές αντιμετώπισης εντοπίστηκαν θετικές συσχετίσεις (συγκεκριμένα στις στρατηγικές της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης και της Ευχολογίας), αλλά και αρνητικές συσχετίσεις (συγκεκριμένα στις στρατηγικές της Θετικής Προσέγγισης, της Θετικής Επαναξιολόγησης και της Επίλυσης Προβλήματος). Στην ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ, εντοπίστηκαν αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ του άγχους και κάποιων στρατηγικών αντιμετώπισης του (πιο συγκεκριμένα: στη Θετική Προσέγγιση, στη Θετική Επαναξιολόγηση και στην Επίλυση Προβλήματος), οι οποίες κατά τη βιβλιογραφία θεωρούνται ενεργητικές. Ωστόσο, εντοπίστηκαν και θετικές συσχετίσεις με κάποιες άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης (πιο συγκεκριμένα: της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης και της Ευχολογίας), οι οποίες χαρακτηρίζονται από τη βιβλιογραφία ως παθητικές. Βρέθηκαν, επίσης, αρνητικές σχέσεις μεταξύ του άγχους και του θετικού συναισθήματος, καθώς και ισχυρές θετικές σχέσεις μεταξύ άγχους και αρνητικού συναισθήματος. Καταληκτικά, ως προς τις μεταβλητές των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος, εντοπίστηκαν θετικές συσχετίσεις ως προς το θετικό συναίσθημα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (πιο συγκεκριμένα: της Θετικής Προσέγγισης, της Θετικής Επαναξιολόγησης, της Επίλυσης Προβλήματος, της Αναζήτησης Κοινωνικής Υποστήριξης και της Διεκδικητικής Επίλυσης Προβλήματος). Αντίστοιχα, ως προς το αρνητικό συναίσθημα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης εντοπίστηκαν θετικές συσχετίσεις (πιο συγκεκριμένα με την Ευχολογία – Ονειροπόληση, την Ευχολογία

και την Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος), καθώς και αρνητικές συσχετίσεις (συγκεκριμένα με τη Θετική Προσέγγιση, τη Θετική Επαναξιολόγηση, την Άρνηση και την Επίλυση Προβλήματος). Στην τελευταία ομάδα, την ομάδα ελέγχου, των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη βρέθηκαν αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ του άγχους και κάποιων στρατηγικών αντιμετώπισης του (πιο συγκεκριμένα: της Θετικής Προσέγγισης, της Θετικής Επαναξιολόγησης και της Επίλυσης Προβλήματος), οι οποίες κατά τη βιβλιογραφία θεωρούνται ενεργητικές. Ωστόσο, εντοπίστηκαν και θετικές συσχετίσεις με κάποιες άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης (πιο συγκεκριμένα: την Ευχολογία – Ονειροπόληση, την Ευχολογία, την Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας, την Αποφυγή - Διαφυγή και τη Παραίτηση). Εντοπίστηκαν, και σε αυτή την ομάδα αρνητικές σχέσεις μεταξύ του άγχους και του θετικού συναισθήματος, καθώς και ισχυρές θετικές σχέσεις μεταξύ του άγχους και του αρνητικού συναισθήματος. Καταληκτικά, ως προς τις μεταβλητές των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος, εντοπίστηκαν θετικές συσχετίσεις ως προς το θετικό συναίσθημα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (πιο συγκεκριμένα: την Θετική Προσέγγιση, την Θετική Επαναξιολόγηση, την Επίλυση Προβλήματος και την Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος). Αντίστοιχα, ως προς το αρνητικό συναίσθημα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης εντοπίστηκαν θετικές συσχετίσεις (συγκεκριμένα με την Ευχολογία – Ονειροπόληση, την Ευχολογία, την Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας, την Αποφυγή - Διαφυγή και την Παραίτηση), αλλά και αρνητικές συσχετίσεις (πιο συγκεκριμένα με τη Θετική Προσέγγιση και τη Θετική Επαναξιολόγηση). Όπως έγινε λόγος και σε προηγούμενο κεφάλαιο (στην Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας) Η έρευνα έχει δείξει ότι το άγχος των γονέων ατόμων με αναπηρία εμφανίζει θετική, αλλά και σχέση με τη χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως διαπιστώνεται και στην έρευνα των Craig, Operto, De Giacomo, Margari, Frolli, Conson, & Margari (2016). Η αρνητική σχέση που εντοπίστηκε μεταξύ της στρατηγικής της «Θετικής Επαναξιολόγησης» εμφανίζει συμφωνία με μια παλαιότερη έρευνα (Van der Veek, Kraaij, & Garnefsky, 2009) που αφορούσε γονείς ατόμων με Σύνδρομο Down, στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες που χρησιμοποιούσαν τη στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης κατάφεραν να μειώσουν το άγχος που βίωναν. Ένα ανάλογο αποτέλεσμα που εντοπίστηκε στην παρούσα έρευνα, ήταν ότι η χρήση στρατηγικών προσανατολισμένων στο συναίσθημα (πιο συγκεκριμένα εδώ την Ευχολογία – Ονειροπόληση και την Ευχολογία και για τις δύο ομάδες) συμβάλλει σε μεγαλύτερα επίπεδα άγχους, κάτι



συμφωνεί με την βιβλιογραφία όπως αποδεικνύεται και στις έρευνες των Dabrowska, & Disula (2010) που αφορούσε γονείς ατόμων με ΔΑΦ και το σύνδρομο Down, της MacDonald (2011) για γονείς ατόμων με ΔΑΦ, καθώς και η συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν οι Vernhet, Dellapiazza, Blanc, Cousson-Gelie, Miot, Roeyers, & Baghdadli (2018), που αφορούσε, επίσης, γονείς ατόμων με ΔΑΦ. Επιπρόσθετα, το εύρημα σχετικά με τις αρνητικές σχέσεις που εντοπίστηκαν μεταξύ του άγχους και του θετικού συναισθήματος, καθώς και οι αντίστοιχες θετικές μεταξύ του άγχους και του αρνητικού συναισθήματος, βρίσκει απόλυτη συμφωνία με αρκετές μελέτες της βιβλιογραφίας (Monsson, 2010 · Findler, Klein, Jacoby, & Gabis, 2016 · Wang, Hu, Wang, Qin, Xia, Sun, Wu, & Wang, 2013 · Wang, Michaels, & Day, 2011). Οι παραπάνω μελέτες επιβεβαιώνουν με τα πορίσματά τους ότι το άγχος συμβάλλει στην δημιουργία περισσότερων αρνητικών και αντίστοιχα λιγότερων θετικών συναισθημάτων στους γονείς ατόμων με αναπηρία. Ως προς τα τελευταία ευρήματα της παρούσας μελέτης, σχετικά με τις σχέσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος για τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ βρίσκουν αντίκρισμα σε ανάλογες ξενόγλωσσες, αλλά και ελληνικές μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, στην μελέτη των Slattery, McMahon & Gallaher (2017), της οποίας το δείγμα αποτελούνταν από μητέρες ατόμων με ΔΑΦ και Σύνδρομο Down, εντοπίστηκε ότι το υψηλό θετικό συναίσθημα των μητέρων συνδέονταν με τη χρήση της στρατηγικής θετικής επανεκτίμησης και της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης, κάτι που εντοπίστηκε και στην παρούσα μελέτη. Γενικότερα, η έρευνα έχει αποδείξει ότι το θετικό συναίσθημα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ συνδέεται με την χρήση ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους (Beighton, & Wills, 2017 · Βίλλη, 2018 · Slattery, McMahon & Gallaher, 2017). Καταληκτικά, το αντίστροφο αποτέλεσμα που εντοπίστηκε στην παρούσα έρευνα, ότι η χρήση στρατηγικών προσανατολισμένων στο συναίσθημα (πιο συγκεκριμένα εδώ την Ευχολογία – Ονειροπόληση και την Ευχολογία και για τις δύο ομάδες) συμβάλλει σε μεγαλύτερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος, συμφωνεί επίσης με την βιβλιογραφία όπως αποδεικνύεται και από την μελέτη της MacDonald (2011).

## **8.5 Σχέσεις μεταξύ του άγχους, των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και του θετικού και αρνητικού συναισθήματος ως προς τα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος για τους γονείς ατόμων με αναπηρία και του γονείς ατόμων με τυπική ανάπτυξη**

Πραγματοποιήθηκαν, ακόμη, στατιστικοί έλεγχοι που αφορούσαν τις μεταβλητές (άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, θετικό και αρνητικό συναίσθημα) που εξετάστηκαν στην παρούσα εργασία ως προς τα διάφορα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος συνολικά (n=251), αλλά και για τη κάθε ομάδα ξεχωριστά. Με βάση την ανάλυση, ως στατιστικά σημαντικό στην κλίμακα του άγχους, αναδείχθηκε η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο του κάθε γονέα, ο ελεύθερος χρόνος για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών, η ενασχόληση με τον αθλητισμό, η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, η υποστήριξη από τα οικογενειακά περιβάλλον και η υποστήριξη από στενούς φίλους. Το εύρημα ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα και της ύπαρξης άγχους, εμφανίζει αντίθεση με την μελέτη των Azad, Blacher, & Marcoulides (2013), καθώς σε αυτήν εντοπίστηκε ότι επίπεδο εκπαίδευσης που είχαν λάβει οι γονείς, δεν είχε επηρεάσει το άγχος που βίωναν. Το εύρημα, επίσης, σχετικά με το άγχος και την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, εμφανίζεται να συμφωνεί με μια παλαιότερη έρευνα των Cameron, Armstrong-Stassen, Orr, & Loukas (1991), στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι γονείς με καλή φυσική και συναισθηματική υγεία είχαν λιγότερο άγχος. Ως προς την υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και στην αντίστοιχη μείωση του άγχους, εντοπίστηκαν μελέτες από τη βιβλιογραφία, οι οποίες αντίστοιχα συμφωνούν με το παραπάνω εύρημα (Crettenden, Lam, & Denson, 2018 · Καρασαββίδης, 2011). Ωστόσο, άλλες μελέτες εμφανίζουν μια διαφορετική θέση (Hsiao, 2016 · Samadi, McConkey, & Bunting, 2014), καθώς σε αυτές εντοπίστηκε το εύρημα ότι ανεξάρτητα από την υποστήριξη που λάμβαναν οι γονείς, δεν σημειώθηκε μείωση στο άγχος τους. Όσον αφορά τα παραπάνω ευρήματα της παρούσας έρευνας, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία αναδείχθηκε, επίσης, η πίστη στη θρησκεία και στην ομάδα των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη αναδείχθηκαν οι ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα του/των παιδιού/παιδιών τους, τα οποία ευρήματα δεν εντοπίστηκαν στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Για την δεύτερη μεταβλητή, τις

στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ως προς όλο το δείγμα (n=251), αλλά και για κάθε ομάδα ξεχωριστά. Αναλυτικότερα, στην στρατηγική της Θετικής Προσέγγισης, εντοπίστηκαν ως στατιστικά σημαντικά, η ηλικία του γονέα, ο ελεύθερος χρόνος, η ενασχόληση με τον αθλητισμό και η επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Θα πρέπει να αναφερθεί, ότι σε κάθε ομάδα εντοπίστηκαν και κάποια άλλα στοιχεία, τα οποία δεν εντοπίστηκαν στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, στο συνολικό δείγμα εντοπίστηκε η οικογενειακή κατάσταση και η πίστη στη θρησκεία, στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία η συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια και οι ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα του/των παιδιού/παιδιών, στην ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ, το μηνιαίο εισόδημα και η υποστήριξη από τους στενούς φίλους και στην ομάδα των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη, εντοπίζεται η υποστήριξη που μπορεί να λαμβάνουν από το οικογενειακό περιβάλλον. Όσον αφορά την στρατηγική της Θετικής Επαναξιολόγησης, αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικά, ο ελεύθερος χρόνος για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών, η ενασχόληση με τον αθλητισμό, η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και η υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Στα παραπάνω θα πρέπει να αναφερθεί, ότι στο συνολικό δείγμα αναδείχθηκε και η πίστη στη θρησκεία και στην ομάδα των γονέων με ΔΑΦ η ηλικία, καθώς και η επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους, ευρήματα τα οποία δεν εντοπίστηκαν στις άλλες ομάδες του δείγματος. Στην στρατηγική της Επίλυσης Προβλήματος αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικά, η ηλικία του γονέα και η επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Σε κάθε ομάδα του δείγματος, επίσης, αναδείχθηκαν κάποια άλλα στοιχεία, τα οποία δεν εντοπίστηκαν στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, στο συνολικό δείγμα, εντοπίστηκε η οικογενειακή κατάσταση και η πίστη στη θρησκεία, στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία, οι ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα των παιδιών τους και ο ελεύθερος χρόνος για την κάλυψη προσωπικών αναγκών, στην ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ, το μηνιαίο εισόδημα και στην ομάδα ελέγχου των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη, η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον. Στην στρατηγική της Αναζήτησης Κοινωνικής Υποστήριξης αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικά, το φύλο του γονέα και η υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Στα παραπάνω ευρήματα αναδείχθηκε και η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον από την ομάδα των γονέων

ατόμων με τυπική ανάπτυξη, η οποία δεν εντοπίστηκε στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Στην στρατηγική της Ευχολογίας - Ονειροπόλησης αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικά, το μορφωτικό επίπεδο του γονέα, η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, η πίστη στη θρησκεία και η επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Στα παραπάνω αναδείχθηκαν ακόμη, ως προς το συνολικό δείγμα, οι ώρες που αφιερώνουν οι γονείς για την φροντίδα του παιδιού, στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία, η συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια και στην ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ, η υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Στην στρατηγική της Ευχολογίας αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικά, η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και η επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους. Στα παραπάνω θα πρέπει να επισημανθεί ότι στο συνολικό δείγμα αναδείχθηκαν το μορφωτικό επίπεδο του γονέα και οι ώρες που αφιερώνουν για τη φροντίδα του/των παιδιού/παιδιών τους και στην ομάδα των γονέων με ΔΑΦ, η ηλικία και η υποστήριξη από τους στενούς φίλους, ευρήματα τα οποία δεν εντοπίστηκαν στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην ομάδα των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση με αυτή την στρατηγική. Στην στρατηγική της Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικά, το μορφωτικό επίπεδο, η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και η πίστη στη θρησκεία. Όσον αφορά τα παραπάνω, θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία αναδείχθηκε και η συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια και στην ομάδα των γονέων με τυπική ανάπτυξη η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, ευρήματα τα οποία δεν εντοπίστηκαν στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Στην στρατηγική της Αποφυγής – Διαφυγής αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικό, το μορφωτικό επίπεδο του γονέα, η πίστη στη θρησκεία και η υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Όσον αφορά τα παραπάνω, θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ αναδείχθηκε και η βοήθεια που μπορεί να λαμβάνουν από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα, η οποία δεν εντοπίστηκε στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Στην στρατηγική της Παραίτησης αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικό, η ηλικία του γονέα, το μορφωτικό του επίπεδο και η πίστη στην θρησκεία. Όσον αφορά την παραπάνω στρατηγική, στο συνολικό δείγμα εντοπίστηκε και η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία εντοπίστηκε η επαφή με γονείς που τα παιδιά

τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους, στοιχεία τα οποία δεν εντοπίστηκαν στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Στην στρατηγική της Άρνησης αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικό, το μορφωτικό επίπεδο του γονέα και η υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί, ότι στους γονείς ατόμων με ΔΑΦ αναδείχθηκαν και η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, η υποστήριξη που λαμβάνουν από το οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και η βοήθεια που μπορεί να λαμβάνουν από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα, καθώς και στην ομάδα των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη η οικογενειακή τους κατάσταση, στοιχεία τα οποία δεν εντοπίστηκαν στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Στην τελευταία στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους, την Διεκδικητική Επίλυση προβλήματος, αναδείχθηκε το φύλο του γονέα ως προς όλο το δείγμα συνολικά και τους γονείς ατόμων με Νοητική Αναπηρία, αν και στην ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ αναδείχθηκε η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας. Καταληκτικά, όσον αφορά την ομάδα των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση σχετικά με αυτή την στρατηγική. Ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, η βιβλιογραφία εμφανίζει διάφορα πορίσματα. Αναλυτικότερα, σχετικά με το φύλο και την χρήση ενεργητικών (κατά τη βιβλιογραφία) στρατηγικών της «Αναζήτησης Κοινωνικής Υποστήριξης» και της «Διεκδικητικής Επίλυσης Προβλήματος, βρέθηκαν μελέτες που συμφωνούν με το παραπάνω εύρημα, καθώς σε αυτές εμφανίζονται οι γυναίκες να χρησιμοποιούν περισσότερο ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, σε σχέση με τους άνδρες (Γιαννούλης, 2013 · Dardas, & Ahmad, 2015a · , Billings, & Jobe, 2006). Όσον αφορά τις στρατηγικές «Θετική Προσέγγιση» και «Επίλυση Προβλήματος» και το στοιχείο του μηνιαίου εισοδήματος, εντοπίστηκε ότι οι γονείς ατόμων με αναπηρίες που έχουν χαμηλό εισόδημα χρησιμοποιούν λιγότερο τις παραπάνω στρατηγικές, κάτι που έρχεται σε συμφωνία με αντίστροφο τρόπο με την μελέτη του Moawad (2012), καθώς σε αυτή αναδείχθηκε ότι οι γονείς που διάθεταν υψηλό εισόδημα χρησιμοποίησαν περισσότερο ενεργητικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση του άγχους τους. Τέλος, το εύρημα σχετικά με τη στρατηγική της «Αναζήτησης Θεϊκής Βοήθειας» ως προς το μορφωτικό επίπεδο του γονέα, εμφανίζει συμφωνία με μία έρευνα των Durban, Rodriguez-Pabayos, Alontaga, Dolorfino-Arrezaz, & Salazar (2012) που αφορούσε γονείς ατόμων με ΔΑΦ και Νοητική Αναπηρία, στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι γονείς που είχαν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης χρησιμοποιούσαν περισσότερο την στροφή στη θρησκεία ώστε να

αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους προκαλούν άγχος, λόγω της έλλειψης γνώσης ως προς την αναζήτηση βοήθειας. Όσον αφορά την τρίτη μεταβλητή της έρευνας, το Θετικό Συναίσθημα, εντοπίστηκαν ως στατιστικά σημαντικά το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και η ενασχόληση με τον αθλητισμό. Το παραπάνω εύρημα ως προς το μορφωτικό επίπεδο και το Θετικό συναίσθημα, έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα των Ogston, Mackintosh, & Myers (2011), των οποίων το δείγμα τους περιλάμβανε γονείς ατόμων με ΔΑΦ και σύνδρομο Down, όπου εντοπίστηκε ότι οι μητέρες που είχαν λάβει περισσότερη εκπαίδευση ανέφεραν λιγότερη ανησυχία. Σε κάθε ομάδα, επίσης, εντοπίστηκαν στην παρούσα έρευνα και κάποια άλλα στοιχεία, τα οποία δεν εντοπίστηκαν στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, στην ομάδα των γονέων ατόμων με Νοητική Αναπηρία εντοπίστηκε η συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια, οι ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα των παιδιών τους και η επαφή με γονείς που τα παιδιά τους φέρουν την ίδια αναπηρία με το/τα δικό/ά τους, στην ομάδα των γονέων ατόμων με ΔΑΦ, η ηλικία και το μηνιαίο εισόδημα και στην ομάδα ελέγχου, των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη, η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας. Στην κλίμακα του Αρνητικού συναισθήματος, αντίστοιχα, εντοπίστηκαν ως στατιστικά σημαντικά, ο ελεύθερος χρόνος που διαθέτουν οι γονείς για την κάλυψη των προσωπικών τους αναγκών και η υποστήριξη από τους στενούς φίλους. Το παραπάνω εύρημα ως προς την υποστήριξη από τους στενούς φίλους και το Αρνητικό συναίσθημα έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα των Samadi, McConkey, & Bunting (2014), στην οποία διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη, γενικότερα, πηγών ανεπίσημης υποστήριξης συμβάλλει στην βελτίωση της συναισθηματικής τους ευεξίας. Αναδείχθηκαν, τέλος, ως προς το συνολικό δείγμα η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και στην ομάδα των γονέων ατόμων με τυπική ανάπτυξη, οι ώρες που αφιερώνουν για την φροντίδα του/των παιδιού/παιδιών τους, στοιχεία τα οποία δεν εντοπίστηκαν στις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος της παρούσας έρευνας.

## 8.6 Περιορισμοί της έρευνας

Αρχικά, θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για να εξετάσουμε το άγχος, τις στρατηγικές αντιμετώπισής του και το θετικό και αρνητικό συναίσθημα ήταν αξιόπιστα. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλα παρόμοια εργαλεία που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν, όπως για παράδειγμα η κλίμακα άγχους Beck Anxiety Inventory, BAI, του Beck (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) ή η κλίμακα Parental Stress Index/Short Form (PSI) από τον Abidin (1995), όσον αφορά τη μέτρηση του άγχους, η Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales, F-COPES) των McCubbin, Olson και Larsen (1981), η οποία αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια αντιμετωπίζει αγχογόνες καταστάσεις, καθώς και η κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Θυμικού (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) για το θετικό και αρνητικό συναίσθημα αντίστοιχα.

Επίσης, θα πρέπει να επισημανθεί ότι, η ύπαρξη μικρού δείγματος από την πλευρά των πατέρων (ποσοστό 7,6%), καθώς και η αδυναμία ελέγχου του ιστορικού των ατόμων με Νοητική Αναπηρία και ΔΑΦ, στην περίπτωση ύπαρξης και άλλων δευτερογενών συνεπειών - αναπηριών, συνιστούν πιθανά εμπόδια τα οποία θα μπορούσαν να απειλήσει την εξαγωγή ασφαλών αποτελεσμάτων. Επιπρόσθετα, δεν εντοπίστηκαν όλοι οι πιθανοί παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάζουν το άγχος των γονέων ατόμων με αναπηρία. Τέλος, η συγκεκριμένη έρευνα επιβαρύνεται με τους περιορισμούς που συνεπάγεται η χρήση εργαλείων αυτοαναφοράς, όπως είναι για παράδειγμα οι μη ειλικρινείς απαντήσεις από την πλευρά των συμμετεχόντων.

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 χρήσιμη μια πιο ενδελεχή διερεύνηση του άγχους των γονέων και των άλλων μεταβλητών του (στρατηγικές αντιμετώπισης, θετικό και αρνητικό συναίσθημα), μέσω της χρήσης συνεντεύξεων ημι-δομημένου χαρακτήρα. Επιπλέον, σημαντική καθίσταται η χρήση άλλων ερευνητικών εργαλείων, ώστε να συγκριθούν τα αποτελέσματα, καθώς και να ερευνηθούν και άλλοι παράγοντες. Ο φορέας της πολιτείας, ακόμη, μέσω κατάλληλων προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για γονείς ατόμων με αναπηρία, μπορεί να συμβάλει στην μείωση του άγχους τους. Καταληκτικά, θα πρέπει να γίνει αναφορά σε έναν

ακόμη βασικό φορέα, αυτόν του σχολείου, ο οποίος, μέσω των προγραμμάτων, μπορεί να προωθήσει την συνεργασία των εκπαιδευτικών με τους γονείς. Η αναγκαιότητα της συνεργασίας αυτής έχει αποδειχθεί σημαντική, καθώς από την βιβλιογραφία διαφαίνεται ότι οι γονείς που συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, αναφέρουν λιγότερο άγχος και αρνητικά συναισθήματα, ενώ παράλληλα αναπτύσσουν μια αίσθηση πληρότητας (Ozonoff, & Cathcart, 1998). Άλλωστε και για τα ίδια τα άτομα με αναπηρία μπορεί να αποβεί ευεργετική, καθώς εκείνα αποτελούν τους τελικούς αποδέκτες της φροντίδας και της εκπαίδευσης από τους παραπάνω φορείς (γονείς - εκπαιδευτικοί).



## Κεφάλαιο 9: Βιβλιογραφία

Abbeduto, L., Seltzer M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M. (2004). Psychological Well-Being in Mothers of Youths With Autism, Down Syndrome, or Fragile X Syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 109(3), 237-254

Ahmadi, A., Zalani, H. A., & Amrai, K. (2011). The needs of Iranian families of children with autism spectrum disorder, cross-cultural study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 321-326.

Ainbinder, J. G., Blanchard, L. W., Singer, G. H. S., Sullivan, E., Powers, L. K., Marquis, J. G., & Santelli, B. (1998). A qualitative study of parent to parent support for parents of children with special needs. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 99-109.

Akbar, A., & Zainuri, I. (2017). Is Stress Levels And Coping Mechanism becomes factor that affected Challanging of Mother that have Children with Mental Retardation. *International Journal of Nursing and Midwifery Science*, 1(1), 39-45.

Alder, B. (2005). *Κίνητρα, συναισθήματα και στρες*. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.

Allen, K. A., Bowles, T. V., & Weber, L. L. (2013). Mothers' and fathers' stress associated with parenting a child with autism spectrum disorder. *Autism Insights*, 5, 1.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2008). *Definition, Classification and Systems of Supports, Manual*. Washington DC, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Amireh, M.H. (2018). Stress Levels and Coping Strategies among Parents of Children with Autism and Down Syndrome: The Effect of Demographic Variables on Levels of Stress. *Child Care in Practice*, 1-11.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

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

Atwater, E. (1983). *Psychology of Adjustment* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.

Azad, G, Blacher, J., & Marcoulides, G. A. (2013). Mothers of children with developmental disabilities: Stress in early and middle childhood. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), 3449-3459.

Bagher Bonab, G., Motamedi, F., & Zare, F. (2017). Effect of Coping Strategies on Stress of Parent with Intellectual Disabilities. *Asian Education Studies*, 2(3), 17.

Bailey, A.B., & Smith, S.W. (2000). Providing effective coping strategies and supports for families with children with disabilities. *Intervention in School and Clinic*, 35(5) 294-296.

Βάρβογλη, Λ. (2006). *Η Νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Barlow (2000). *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση. Α΄ Τόμος*. Αθήνα: Έλλην.

Bawalsah, J. A. (2016). Stress and Coping Strategies in Parents of Children with Physical, Mental, and Hearing Disabilities in Jordan. *International Journal of Education*, 5(1), 1-22.

Beehr, T.A., & McGrath, J.E. (1996). The Methodology of Research on Coping: Conceptual, Strategic and Operational Level Issues. In: *Zeidner, M., & Endler, N. (Eds.) Handbook of Coping: Theory, Research and Applications*. Wiley.

Beighton, C., & Wills, J. (2017) Are parents identifying positive aspects to parenting their child with an intellectual disability or are they just coping? A qualitative exploration. *Journal of Intellectual Disabilities*, 21(1), 1-21.

Βίλλη, Μ. Β. (2018). Ψυχικές δυνάμεις ως έννοιες της θετικής ψυχολογίας γονέων παιδιών με αυτισμό. (Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από: <http://olympias.lib.uoi.gr/jspui/bitstream/123456789/29002/1/%CE%9C.%CE%95.%20%CE%92%CE%99%CE%9B%CE%9B%CE%97%20%CE%9C%CE%91%CE%A1%CE%99%CE%91%20%CE%92.%202018.pdf>

Billings, A.G, & Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.

Blacher, J., & Baker, B. L. (2017). Collateral Effects of Youth Disruptive Disorders on Mothers' Psychological Distress: Adolescents with Autism Spectrum Disorder, Intellectual Disability or Typical Development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

Blichfeldt, B. S., & Nicolaisen, J. (2011). Disabled travel: not easy, but doable. *Current Issues in Tourism*, 14(1), 79-102. doi:10.1080/13683500903370159.

Bonab, B. G, Motamedi, F., & Zare, F. (2017). Effect of Coping Strategies on Stress of Parent with Intellectual Disabilities Children. *Asian Education Studies*, 2(3), 11-17.

Boonsuchat, J. (2015). Group Counseling for Reducing the Anxiety in Parents of Children with Autism. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 197, 640-644.

Boss, P. (2001). *Family stress management*. Newbury Park, CA: Sage.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Cameron, S. J., Armstrong-stassen, M., Orr, R. R., & Loukas, A. (1991). Stress, coping, and resources in mothers of adults with developmental disabilities. *Counselling Psychology Quarterly*, 4(4), 301–310.

Cantwell, J., Muldoon, O. T., & Gallagher, S. (2014). Social support and mastery influence the association between stress and poor physical health in parents caring for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(9), 2215-2223.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Cheshire, A., Barlow, J., & Powell, L. (2010). Coping using positive reinterpretation in parents of children with cerebral palsy. *Journal of Health Psychology*, 15(6), 801-810.

Chrousos, G.P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Review Endocrinology*, 5, 374-381.

Γιαννούλης, Α.Α. (2013). «Στρατηγικές Αντιμετώπισης και Προσδοκίες Αυτό-αποτελεσματικότητας Γονέων Παιδιών με Αναπηρία ή Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες». (Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ελλάδα). Ανακτήθηκε

από:

<http://ir.lib.uth.gr/bitstream/handle/11615/44185/12247.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Clark, L.A., & Watson, D. (1986). *Diurnal variation in mood: Interaction with daily events and personality*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Clark, L.A., & Watson, D. (1988). Mood and the mundane: Relations between daily life events and self-reported mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 296–308.

Cless, J. D., Nelson Goff, B. S., & Durtschi, J. A. (2017). Hope, Coping and Relationship Quality in Mothers of Children With Down Syndrome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(2), 307-322.

Cohen, F., & Lazarus, R.S (1979). Coping with the stresses of illness. In G.C. Stone, F. Cohen & N. E. Adler (Eds.), *Health Psychology*. San Fransisco: Jossey-Bass.

Compas, B.E (1987b). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.

Cox, R. H., Martens, M. P., & Russell, W. D. (2003). Measuring Anxiety in Athletics: The Revised Competitive State Anxiety Inventory-2. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 25(4), 519-533.

Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., & Margari, F.(2016). Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. *Psychiatry Research*, 242, 121-129.

Crettenden, A., Lam, J., & Denson, L. (2018). Grandparent support of mothers caring for a child with a disability: Impacts for maternal mental health. *Research in Developmental Disabilities*, 76, 35-45.

Crnic, K. A., Friederich, W. N., & Greenberg, M. T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping, and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 88(2), 125-138.

Cuzzocrea, F., Murdaca, A. M., Costa, S., Filippello, P., & Larcan, R. (2016). Parental stress, coping strategies and social support in families of children with a disability. *Child Care in Practice*, 22(1), 3-19.

Dabrowska, A. and Pisula, E. (2010) Parenting Stress and Coping Styles in Mothers and Fathers of Pre-School Children with Autism and Down Syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 266-280.

Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2015a). For fathers raising children with autism, do coping strategies mediate or moderate the relationship between parenting stress and quality of life? *Research in Developmental Disability*, 36, 620-629.

Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2015b). Coping Strategies as Mediators and Moderators between Stress and Quality of Life among Parents of Children with Autistic Disorder. *Stress and Health*, 31(1), 5-12.

Darling, C.A., Senatore, N., & Strachan, J. (2011). Fathers of Children with Disabilities: Stress and Life Satisfaction, *Stress & Health*, 4, 269-278.

Das, S., Das, B., Nath, K., Dutta, A., Borra, P., & Hazarika, M.(2017). Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with Autism: A North-East India-based study. *Asian Journal of Psychiatry*, 28, 133-139.

Δασκάλου, Β., & Συγκολλίτου, Ε. (υπό δημοσίευση). (Προσαρμογή και επιμέλεια). Watson, D., Clark L. A., & Tellegen, A. Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (PANAS, Positive and Negative Affect Scales). Στο Λεοντοπούλου,

Σ. (Επιστ. Επιμ.) (υπό δημοσίευση). *Θετική Ψυχολογία. Θεωρία, Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Gutenberg.

Diener, E., & Emmons, R.A. (1985). The independence of positive and negative effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 71-75.

Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings and subjective wellbeing: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.

Durban, J. M., Rodriguez-Pabayos, A. M., Alontaga, J. V, Dolorfino-Arrezaz, G., & Salazar, C. (2012). Coping strategies of parents of children with developmental delay: a quantitative analysis. *Asian Journal of Social Sciences & Humanities*, 1(4), 177-195.

Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1274-1284.

Ekas, N. V., Whitman, T. L., & Shivers, C. (2009). Religiosity, spirituality, and socioemotional functioning in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 706-719.

Ekman, P. (1992). Facial expressions of emotion: New findings, new questions. *Psychological Science*, 3, 34-38.

Estes A, Olson E, Sullivan K, Greenson J, Winter J, Dawson G, Munson J. (2013) Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain & Development*, 35(2), 133-138.

Estrada, C., Young, M., & Isen, A. (1994). Positive affect influences creative problem solving and reported source of practice satisfaction in physicians. *Motivation and Emotion*, 18, 285-299.

Fernandez-Alcantara M., Garcia-Caro MP., Perez-Marfil MN., Hueso-Montoro C., Laynez-Rubio C., & Cruz- Quintana F., 2016 Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Research in Developmental Disabilities*, 55, 312-321.

Findler, L., Klein Jacoby, A., & Gabis, L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 55, 44-54.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 8, 1207-1221.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science and Medicine*, 26, 309- 317.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988a). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Fredrickson, B.L. (1998). What good are the positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.

Fredrickson, B.L. (2000 $\alpha$ ). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention and Treatment*, 3, Article 1.



Frederickson, B.L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: the broadening-and-build theory of positive emotion. *American Psychology*, 56(3), 218-226.

Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.

Frijida, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Frith, U. (1999). *Αυτισμός*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

García-López, C., Sarriá, E., & Pozo, P. (2016). Parental Self-Efficacy and Positive Contributions Regarding Autism Spectrum Condition: An Actor–Partner Interdependence Model. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(7), 2385-2398.

Gardener, H., Spiegelman, D., & Buka, S. L. (2011). Perinatal and neonatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. *Pediatrics*, 128(2), 344-355.

Gatzoyia, D., Kotsis, K., Koullourou, I., Goulia, P., Carvalho, A., Soulis, S., Hyphantis, T. (2014) The association of illness perceptions with depressive symptoms and general psychological distress in parents of an offspring with autism spectrum disorders. *Disability and Health Journal*, 7 176-180.

Gillham, J. E., Carter, A. S., Volkmar, F. R., & Sparrow, S. S. (2000). Toward a developmental operational definition of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(4), 269–278.

Giovagnoli, G., Postorino, V., Fatta, L.m., Sanges, V., De Peppo, L., Vassena, L., et al. (2015). Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *RESEARCH IN DEVELOPMENTAL DISABILITIES*, 45-46, 411-421.

Glidden, L. M., Billings, F. J., & Jobe, B. M. (2006). Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 946-962.

Glidden, L. M., & Natcher, A. (2009). Coping strategy use, personality, and adjustment of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(12), 998-1013.

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

Gupta, V. B, Mehrotra, P., & Mehrotra, N. (2012). Parental Stress in Raising a Child with Disabilities in India. *Disability, CBR and Inclusive Development*, 23(2), 41-52.

Hall, C.A. (1977). *Differential relationships of pleasure and distress with depression and anxiety over a past, present and future time framework*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.

Harris, J. C., & Greenspan, S. (2016). Definition and Nature of Intellectual Disability. In N. N. Singh (Ed.), *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 11-39). Cham: Springer International Publishing.

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

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

Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The Impact of Parenting Stress: A Meta-analysis of Studies Comparing the Experience of Parenting Stress in Parents of Children With and Without Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629-642.

Heaman, D. J. (1995). Perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental disabilities: A comparison of mothers with fathers. *Journal of Pediatric Nursing*, 10(5), 311-320.

Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 289-300.

Herman, M.A., & McHale, S.M. (1993). Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 1-14.

Heward, W. L. (2009). *Exceptional children: An introduction to special education (9th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.

Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(3), 178-187.

Horany A., Hassan, S., Baba, M., Juhari, R. (1991). Efficacy of group cognitive therapy on depression among muslim parents of autistic children in Jordan. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 5(12), 827-832.

Hsiao, Y.-J. (2018). Parental Stress in Families of Children With Disabilities. *Intervention in School and Clinic*, 53(4), 201-205.

Hsiao, Y.-J. (2016). Pathways to mental health-related quality of life for parents of children with autism spectrum disorder: roles of parental stress, children's performance, medical support, and neighbor support. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 122-130.

Isen, A. M. (2003). Positive affect as a source of human strength. In L.G Aspinwall & U.M Stroudinger (Eds.) *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology (pp.179-195)*. Washing on, D.C: American Psychological Association.

Isen, A., & Shalker, T.E. (1982). The effect of feeling state on evaluation of neutral, positive, and negative stimuli: When you accentuate the positive "do you eliminate the negative? *Social Psychology Quarterly*, 45, 58-63.

Jess, M., Totsika, V., & Hastings, R. P(2018). Maternal Stress and the Functions of Positivity in Mothers of Children with Intellectual Disability. *Journal of Child and Family Studies*, 27(11), 3753-3763.

Jones, J., & Passey, J. (2004). Family adaptation, coping and resources: Parents of children with developmental disabilities and behavior problems. *Journal on Developmental Disabilities*, 11(1), 31-46.

Judge, S. L. (1998). Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Family Relations*, 47(3), 263-268.

Καζάκος, Γ. (2018). Η δια βίου εκπαίδευση ως παράμετρος της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία. (Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από:

<http://olympias.lib.uoi.gr/jspui/bitstream/123456789/29140/1/%CE%9C.%CE%95.%20%CE%9A%CE%91%CE%96%CE%91%CE%9A%CE%9F%CE%A3%20%CE%93%CE%95%CE%A9%CE%A1%CE%93%CE%99%CE%9F%CE%A3%202018.pdf>

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2003). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων - Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Καραδήμας, Ε. Χ. (1998). Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ*, 5(3), 260-273.

Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Καρασαββίδης, Σ. (2011). Το άγχος της φροντίδας παιδιών με νοητική αναπηρία από την οικογένεια σε διαφορετικούς πολιτισμούς. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(2), 78-82.

Karasavvidis, S., Avgerinou, C., Lianou, E., Priftis, D., Lianou, A., Siamaga, E. (2011) "Mental Retardation and Parenting Stress". *International Journal of Caring Sciences*, 4 (1) 21-31.

Καφέτσιος, Κ. (2005). *Δεσμός, συναίσθημα και διαπροσωπικές σχέσεις*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Kelly, J. R., & Barsade, S.G. (2001). Mood and emotions in small groups and work teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86(1), 99-130.

Kuhlthau, K., Payakachat, N., Delahaye, J., Hurson, J., Pyne, J. M., Kovacs, E., & Tilford, J. M. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1339-1350.

Kurtz-Nelson, E., & McIntyre, LL. (2017). Optimism and positive and negative feelings in parents of young children with developmental delay. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(7), 719-725.

Lai, W. W., Goh, T. J., Oei, T.P., & Sung, M. (2015). Coping and well-being in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2582-2593.

Latack, J. C., & Havlovic, S. J. (1992). Coping with job stress: A conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 479-508.

Lawton, M. P. (1984). The Varieties of Well-Being, in: C., Z. Malatesta & C.E. Izard (Eds.), *Emotion in Adult development*. Beverly Hills, CA: Sage.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lee, J. (2013). Maternal stress, well-being, and impaired sleep in mothers of children with developmental disabilities: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4255-4273.

Levine, S., & Scotch, N.A. (1970). *Social Stress*. Aldine Publishing Company.

Λιάκος Α, Γιαννίτση Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberg. *Εγκέφαλος*, 21, 71–76

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E.(2005). The benefits of frequent positive affect: Does the happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.

Macdonald, O. F. (2011). *Putting the puzzle together: factors related to emotional well-being in parents of children with autism spectrum disorders*. Phd thesis. Department of Psychology, University of South Florida.

Μαδιανός, Μ. (2003). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μαργαρίτη, Μ.(2006): «Οικογένεια και το Περιβάλλον», Έργο ΠΡΟΣΒΑΣΗ, ΕΠΕΑΕΚ «ΠΡΟΣΒΑΣΗ», Μέτρο 1.1., Ενέργεια 1.1.4., Πράξη α, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

McCull-Kennedy, J. R., & Anderson, R.D. (2002). Impact of leadership style and emotions on subordinate performance, *The Leadership Quarterly*, 13, 545-559.

McConnell, D., Savage, A., & Breitzkreuz, R. (2014). Resilience in families raising children with disabilities and behavior problems. *Research in Developmental Disabilities*, 35(4), 833-848.

McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983a). The family stress process: The double ABCX Model of family adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6(1/2), 7-37.

McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983b). Family transitions: Adaptation to stress. In H.I. McCubbin & C. R. Figley (Eds.), *Stress and the family Vol. 1: Coping with normative transitions* (pp. 5-25). New York, NY: Brunner/Mazel, Inc.

McStay, R. L., Dissanayake, C., Scheeren, A., Koot, H. M., & Begeer, S. (2014). Parenting stress and autism: The role of age, autism severity, quality of life and problem behavior of children and adolescents with autism. *Autism*, 18(5), 502-510.

McStay, R. L., Trembath, D., & Dissanayake, C. (2014). Maternal stress and family quality of life in response to raising a child with autism: From preschool to adolescence. *Research in developmental disabilities*, 35(11), 3119-3130.

Μητρούση, Σ. (2015). Επίδραση του άγχους στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών.(Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Ελλάδα).Ανακτήθηκε από:  
<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/35772#page/1/mode/2up>

Mines, P. (1988). Family stress associated with a developmentally handicapped child. *International Review of Research on Mental Retardation*, 15, 195-226.

Minnes, P., Perry, A., & Weiss, J. A. (2015). Predictors of distress and well-being in parents of young children with developmental delays and disabilities: The importance of parent perceptions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(6), 551-560.

Mitchell, D. B., Szczerzepa, A., & Hauser-Cram, P. (2016). Spilling over: Partner parenting stress as a predictor of family cohesion in parents of adolescents with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 49, 258-267.



Moawad, G. E. N. A. (2012). Coping Strategies of Mothers having Children with Special Needs. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 2(8), 77-84.

Monsson, Y. (2010). *The effects of hope on mental health and chronic sorrow in parents of children with autism spectrum disorder. Phd thesis.* Department of Psychology, University of Kansas.

Μπάρμπας, Γ. (2008). Η εκπαίδευση των παιδιών με ήπια νοητική καθυστέρηση στο ελληνικό σχολείο: Διαπιστώσεις – Προτάσεις. Στο «ΕΠΙΝΟΗΣΗ» Εξειδίκευση Εκπαιδευτικών – Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού και Παραγωγή Εκπαιδευτικού Υλικού για Ήπια Νοητική Καθυστέρηση- υλικό θεωρητικής εξειδίκευσης. Εργαστήριο Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα ΜΜΕ του Τμήματος Επικοινωνίας και ΜΜΕ του Πανεπιστημίου Αθηνών, ΕΠΕΑΕΚ ΙΙ 2000-2006, Αθήνα.

Niedenthal, P.M., Ric, F., & Krauth-Cruber, S. (2002). Explaining emotion congruence and its absence in terms of perceptual simulation. *Psychological Inquiry*, 13(1), 80-83.

Νικολάου, Σ.Μ. (2006). *Θεωρητικά ζητήματα στην Κοινωνιολογία της Εκπαίδευσης.* Αθήνα. GUTENBERG.

Nikolaou, S. M., Papa, M., & Gogou, L. (2018). Social Inequalities in a Time of Economic Crisis in Greece, *International Journal of Social Science Research*, 6 (1), 61-75

Ogston, P. L., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.

Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice.* Basingstoke, UK: MacMillan.

Ortony, A., & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological Review*, 97(3), 315-331.

Ozonoff, S., & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 25 – 32.

Ozturk, Y., Riccadonna, S., & Venuti, P. (2014). Parenting dimensions in mothers and fathers of children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1295-1306.

Padden, C.M. and James, J.E. (2017). Stress among parents of children with and without autism spectrum disorder: a comparison involving physiological indicators and parent self-reports. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29 (4), 567-586.

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

Parrot, W.G. (2001). *Emotions in Social Psychology*. Hove: Taylor & Francis.

Paster, A., Brandwein, D., & Walsh, J. (2009). A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1337-1342.

Peters-Scheffer, N., Didden, R., & Korzilius, H. (2012). Maternal stress predicted by characteristics of children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 696- 706.

Phetrasuwan, S., & Shandor Miles, M. (2009). Parenting Stress in Mothers of Children With Autism Spectrum Disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(3), 157-165.

Picardi A, Gigantesco A, Tarolla E, Stoppioni V, Cerbo R, Cremonte M<sup>5</sup>, Alessandri G, Lega I, Nardocci F (2018) Parental Burden and its Correlates in Families of Children with Autism Spectrum Disorder: A Multicentre Study with Two Comparison Groups. *Clinical Practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 14, 143-176.

Poirier, N. & Vallee-Ouimet J., (2015). [The life path of parents and of their children presenting an autism spectrum disorder (ASD)]. *Sante Mentale au Quebec*, 40(1):203-226.

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

Predescu, E., & Sipos, R. (2013). Cognitive coping strategies, emotional distress and quality of life in mothers of children with ASD and ADHD- A comparative study in a Romanian population sample. *Open Journal of Psychiatry*, 3(102), 11-17.

Rezendes, D. L., & Scarpa, A. (2011). Associations between parental anxiety/depression and child behavior problems related to autism spectrum disorders: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Autism research and treatment*, 2011, 1-11.

Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of Stress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1609-1620.

Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.

Samadi, S. A., McConkey, R., & Bunting, B. (2014). Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1639-1647.

Sandler, A. G., & Mistretta, L. A. (1998). Positive adaptation in parents of adults with disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33, 123 – 130.

Selye, H. (1964). *From dream to discovery*, McGraw-Hill, New York, NY.

Segrin, C., & Flora, J. (2011). *Family communication*. Routledge. Ανακτήθηκε την 30/9/2015 από:  
[http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781135159931\\_sample\\_570020.pdf](http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781135159931_sample_570020.pdf)

Seymour M<sup>1</sup>, Giallo R, Wood CE. (2018). Bio-ecological factors associated with the psychological distress of fathers of children with autism spectrum disorder: A population-based study of Australian families. *Autism*, 22(7), 825-836.

Siman-Tov, A., & Kaniel, S. (2011). Stress and personal resource as predictors of the adjustment of parents to the autistic children: a multivariate model. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(7), 879-890.

Σινανίδου, Μ. (2010) Συναισθηματική επιβάρυνση και εστία ελέγχου της υγείας σε μητέρες μαθητών του αυτιστικού φάσματος. *Επιστημονικό Βήμα*, τ.13, Ιούνιος, 177-187, Αθήνα.

Schalock, R., Gardner, J., & Bradley, V. (2007). *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. AAIDD.

Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E. Gomez, S., Lachapelle, Y., Reeve, A., Snell, M., Spreat, S., Tasse, M., Thompson, J., Verdugo, M., Wehmeyer, M. & Yeager, M. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116-124.

Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle, C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119 (1), 114-121.

Sheehan, P., & Guerin, S. (2018). Exploring the range of emotional response experienced when parenting a child with an intellectual disability: The role of dual process. *British Journal of Learning Disabilities*, 46(2), 109-117.

Σιδέρη, Γ. (2018). Το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία ως παράμετρος διαμόρφωσης των οικογενειακών σχέσεων του. (Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από: <http://olympias.lib.uoi.gr/jspui/bitstream/123456789/29267/1/%CE%9C.%CE%95.%20%CE%A3%CE%99%CE%94%CE%95%CE%A1%CE%97%20%CE%93%CE%95%CE%A9%CE%A1%CE%93%CE%99%CE%91%202018.pdf>

Sivberg, B. (2002). Family system and coping behaviors: A comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non- autistic children. *Autism*, 6, 397–409.

Slattery, E., McMahon, J., & Gallaher, S. (2017). Optimism and benefit finding in parents of children with developmental disabilities: The role of positive reappraisal and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 65, 12-22.

Smith, L. E., & Anderson, K. A. (2014). The roles and needs of families of adolescents with ASD. *Remedial and Special Education, 35*(2), 114-122.

Σούλης, Σ. Γ. (2008). *Ένα Σχολείο για Όλους. Από την έρευνα στην Πράξη. Παιδαγωγική της Ένταξης (β' τόμος)*. Αθήνα: GUTENBERG.

Stainton, T., & Besser, H. (1998). The positive impact of children with an intellectual disability on the family. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 23*(1), 57-70.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση Π. (2012). *ΤΑ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*. Αθήνα: Πεδίο

Στρογγυλός, Β. (2011). Αποτελεσματικές πρακτικές στην εκπαίδευση των παιδιών με νοητική καθυστέρηση. Στο Σ. Παντελιάδου και Β. Αργυρόπουλος (επιμ.), *Ειδική Αγωγή. Από την έρευνα στη διδακτική πράξη*. Αθήνα: Πεδίο.

Takataya, K., Yamazaki, Y., & Mizuno, E. (2016). Perceptions and feelings of fathers of children with Down syndrome. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(5), 544-551.

Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A.H. Tuma, & J. D. Maser(Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders (pp.681-706)*. Hilldale, NJ: Erlbaum.

Terry, D.J (2001). Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior. *Personality and Individual Difference, 12*, 1031-1047.

Thakuri, B. S. (2017). Stress and Coping Mechanism among the Parents of Intellectual Disabled Children. *Journal of Advanced Academic Research, 1*(2), 56-63.

Trute BM, Hiebert – Murphy D., & Levine K.A. (2007). Parental appraisal of the family impact of childhood developmental disability: times of joy. *Journal of intellectual & developmental disability*, 32(1), 1-9.

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

Τζουριάδου, Μ. (2008). Νοητική Καθυστέρηση: έννοιες και ορισμοί. Στο «ΕΠΙΝΟΗΣΗ» Εξειδίκευση Εκπαιδευτικών – Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού και Παραγωγή Εκπαιδευτικού Υλικού για Ήπια Νοητική Καθυστέρηση- υλικό θεωρητικής εξειδίκευσης. Εργαστήριο Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα ΜΜΕ του Τμήματος Επικοινωνίας και ΜΜΕ του Πανεπιστημίου Αθηνών, ΕΠΕΑΕΚ ΙΙ 2000- 2006, Αθήνα.

Tzouriadou, M., Barbas, G., Vouyoukas, C., & Anagnostopoulou, E., (2013). The relationship between language and social competence in high-risk preschoolers. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7 (4), 232-244.

Twoy, R., Connolly, P. M., & Novak, J. M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 251-260.

Van der Veek, S. M., Kraaij, V, & Garnefsky, N. (2009). Cognitive Coping Strategies and Stress in Parents of Children with Down Syndrome: A Prospective Study. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(4), 295-306.

Vernhet, C., Dellapiazza, F., Blanc, N., Cousson-Gelie, F., Miot, S., Roeyers, H., & Baghdadli, A. (2018). Coping strategies of parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*.

Vijay Jaiswal, S., Subramanyam, A. A., Rakesh Shah, H. & Kamath, R. M. (2018) Psychopathology and coping mechanisms in parents of children with intellectual disability. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(3), 312-317.

Volkmar, F. R., & Pauls, D. (2003). Autism. *Lancet*, 362(9390), 1133–1141.

Vouyoukas, C., Tzouriadou, M., Menexes, G., Geka, M., & Michalopoulou, L. E. (2014). Intellectual disability and mothers' stressors: A Greek Paradigm. *Psychology*, 21(4), 421-436.

Wang, P., Michaels, C. A., & Day, M.S. (2011). Stresses and Coping Strategies of Chinese Families with Children with Autism and Other Developmental Disabilities. *Journal Autism Developmental Disorders*, 41, 783-795.

Wang, J., Hu, Y., Wang, Y., Qin, X., Xia, W., Sun, C., Wu, L., & Wang, J. (2012). Parenting Stress in Chinese mothers of children with autism spectrum disorders. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48 (4), 575-582.

Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience negative emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

Watson, D., & Clark, L.A. (1992). Affects separable and inseparable: On the hierarchical arrangement of the negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 489-505.

Watson, D., Clark, L.A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affect and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.

Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.



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.

Westman, M., & Shirom, A. (1995). Dimensions of coping behavior. A proposed conceptual framework. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 87-100.

Williams, C., Wright, B. (2004). *How to live with Autism and Asperger Syndrome. Practical Strategies for Parents and Professionals*. Jessica Kingsley Publishers, London.

Wills, T.A. (1986). Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychology*, 5, 503–529.

Willis, K., Timmons, L., Pruitt, M., Schneider, H. L., Alessandri, M., & Ekas, N. V. (2016). The Relationship Between Optimism, Coping, and Depressive Symptoms in Hispanic Mothers and Fathers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(7), 2427-2440.

Willingham-Storr, GL (2014). Parental experiences of caring for a child with intellectual disabilities: A UK perspective. *Journal of Intellectual Disabilities*, 18(2), 146-158.

World Health Organization. Office of World Health Reporting. (2002). *The World health report : 2002 : reducing risks, promoting healthy life : overview*. Geneva : World Health Organization. Ανακτήθηκε από: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67454>

Woodman, A. C., & Hauser-Cram, P. (2013). The role of coping strategies in predicting change in parenting efficacy and depressive symptoms among mothers of

adolescents with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(6), 513-530.

Yang, X., Byrne, V., & Chiu, M. Y. (2016). Caregiving Experience for Children with Intellectual Disabilities among Parents in a Developing Area in China. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(1), 46-57.

Ψάρρη, Α. (2014). Θετικές αντιλήψεις και άγχος γονέων με παιδιά στο φάσμα το αυτισμού. (Μεταπτυχιακή εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από: <http://ikee.lib.auth.gr/record/135292/files/GRI-2014-13278.pdf>

Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., & Stuart, E.A. (2013). The Association Between Mental Health, Stress, and Coping Supports in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(6), 1380-1393.

Zaidmam-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E., Vaillancourt, T., Smith, I. M., Szatmari, P.,... & Thompson, A., (2017). Impact of personal and social resources on parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(2), 155-166.

Zheng, L., Grove, R., & Eapen, V (2017). Predictors of maternal stress in pre-school and schoolaged children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 1-10.

## Παράρτημα Ι

Αγαπητοί γονείς, ονομάζομαι Σάφη Μαρία και στο πλαίσιο εκπόνησης της εργασίας μου , συντάχθηκε το παρόν ερωτηματολόγιο.

Οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, για επιστημονικούς και ερευνητικούς λόγους. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ανώνυμο και παρακαλείστε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις που σας αφορούν. Για τη συμπλήρωσή του χρειάζονται λιγότερο από είκοσι λεπτά και σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συνεργασία σας.

Μαρία Σάφη  
Στοιχεία επικοινωνίας:

[safimaraki@gmail.com](mailto:safimaraki@gmail.com)

6956461418

### • ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ(1)

Παρακαλώ Επιλέξτε την κατάλληλη απάντηση.

#### 1.Φύλο:

ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ

#### 2.Ηλικία:

25-29 ΕΤΩΝ	30-34 ΕΤΩΝ	35-39 ΕΤΩΝ	40-50 ΕΤΩΝ	50+ ΕΤΩΝ

#### 3.Οικογενειακή κατάσταση:

ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΈΓΓΑΜΟΣ/Η	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ(Ένας γονέας)

**4.Μορφωτικό Επίπεδο:**

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/ Η ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/ Η ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/ Η ΛΥΚΕΙΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/ Η Α.Ε.Ι/Τ.Ε.Ι	Άλλο

**5.Απασχόληση/Επάγγελμα:**

ΑΓΡΟΤ ΗΣ	ΔΗΜΟΣΙ ΟΣ ΥΠΑΛΛΗ ΛΟΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ Σ ΥΠΑΛΛΗ ΛΟΣ	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜ ΑΤΙΑΣ	ΟΙΚΙΑ ΚΑ	ΑΝΕΡΓΟ Σ/Η	Άλλο

**6. Καθαρό Μηνιαίο εισόδημα:**

Από 0€ έως 500€	Από 500€ έως 1.000€	Από 1000€ έως 3.000€	Μεγαλύτερο των 3.000€

**7.Αριθμός παιδιών:**

1	2	3	4	5+

**8.Ηλικία παιδιού /παιδιών:**

Έως 5 ετών	
6 έως 12 ετών	
13 έως 18 ετών	
Άνω των 18 ετών	

**9. Φύλο παιδιού/παιδιών:**

ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ

**10.Αριθμός παιδιών/ατόμων με Αναπηρία:**

0	1	2	3	4+

**11. Ηλικία ατόμων με Αναπηρία:**

Έως 5 ετών	
6 έως 12 ετών	
13 έως 18 ετών	
Άνω των 18 ετών	

**12. Διάγνωση παιδιού/παιδιών:**

Οπτική ή Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σωματική Αναπηρία	Πολλαπλή Αναπηρία	Νοητική Αναπηρία	Αυτισμός	Μαθησιακές δυσκολίες	Χωρίς αναπηρίες

**13. Φύλο ατόμων με Αναπηρία:**

ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ

**14.** Έχετε συμμετάσχει σε σχετικά επιμορφωτικά σεμινάρια ή έχετε πάρει πληροφορίες με κάποιον άλλο τρόπο(για παράδειγμα Διαδίκτυο, προσωπικές συμβουλές από ειδικούς κ.ά.) σχετικά με την Αναπηρία του παιδιού σας;

ΝΑΙ	ΟΧΙ

**15.** Πόσες ώρες της ημέρας αφιερώνετε καθημερινά για την φροντίδα του/των παιδιού/παιδιών σας(με ή χωρίς Αναπηρία);

Από 0 έως 3 ώρες	
Από 4 έως 6 ώρες	
Από 7 έως 10 ώρες	
Παραπάνω από 10 ώρες	

**16.** Έχετε ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών σας;

ΝΑΙ	ΟΧΙ

**17.** Ασχολείστε με τον αθλητισμό(ερασιτεχνικά ή σε ένα πιο επαγγελματικό επίπεδο);

ΝΑΙ	ΟΧΙ

**18.** Αντιμετωπίζετε γενικά κάποιο πρόβλημα υγείας;

ΝΑΙ	ΟΧΙ

**19.** Είστε θρησκευόμενος/η;

ΝΑΙ	ΟΧΙ

**20.** Θεωρείτε ότι λαμβάνετε υποστήριξη από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς σας( για παράδειγμα παππούδες και γιαγιάδες) σε διάφορα προβλήματα που προκύπτουν;

ΝΑΙ	ΟΧΙ

**21.** Θεωρείτε ότι λαμβάνετε ενθάρρυνση και υποστήριξη στα προβλήματά σας από τους/τις στενούς/στενές φίλους/φίλες;

ΝΑΙ	ΟΧΙ

**22.** Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με γονείς παιδιών με Αναπηρία, ανάλογη με την περίπτωση του/των παιδιών σας;

ΝΑΙ	ΟΧΙ

**23.** Λαμβάνετε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα, τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες με ανάπηρα παιδιά;

ΝΑΙ	ΟΧΙ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό κάτω από τη φράση για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή **αυτή τη στιγμή**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μία φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε **τώρα**.

**24.** Αισθάνομαι ήρεμος:

1.ΚΑΘΟΛΟΥ	2.ΚΑΠΩΣ	3.ΜΕΤΡΙΑ	4.ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1	2	3	4

**25.** Αισθάνομαι ασφαλής:

1	2	3	4
---	---	---	---

**26.** Νοιώθω μιαν εσωτερική ένταση:

1	2	3	4
---	---	---	---

**27.** Έχω αγωνία:

1	2	3	4
---	---	---	---

**28.** Αισθάνομαι άνετα:

1	2	3	4
---	---	---	---

**29.** Αισθάνομαι αναστατωμένος:

1	2	3	4
---	---	---	---

**30.** Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες:

1	2	3	4
---	---	---	---

**31.** Αισθάνομαι αναπαυμένος:

1	2	3	4
---	---	---	---

**32.** Αισθάνομαι άγχος:

1	2	3	4
---	---	---	---

**33. Αισθάνομαι βολικά:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**34. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**35. Αισθάνομαι νευρικός:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**36. Αισθάνομαι ήσυχος:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**37. Βρίσκομαι σε διέγερση:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**38. Είμαι χαλαρωμένος:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**39. Αισθάνομαι ικανοποιημένος:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**40. Ανησυχώ:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**41. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**42. Αισθάνομαι υπερένταση:**

1	2	3	4
---	---	---	---



**43. Αισθάνομαι ευχάριστα:**

1	2	3	4
---	---	---	---

ΟΔΗΓΙΕΣ: Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό κάτω από τη φράση για να δείξετε πως αισθάνεστε **συνήθως**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μία φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πως αισθάνεστε **γενικά**.

**44. Αισθάνομαι ευχάριστα:**

1.ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	2.ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	3.ΣΥΧΝΑ	4.ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΟΤΕ
1	2	3	4

**45. Κουράζομαι εύκολα:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**46. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**47. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**48. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**49. Αισθάνομαι αναπαυμένος:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**50. Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**51. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**52. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**53. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**54. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα:**

1	2	3	4
---	---	---	---

55. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση:

1	2	3	4
---	---	---	---

56. Αισθάνομαι ασφαλής:

1	2	3	4
---	---	---	---

57. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσεως ή δυσκολίας:

1	2	3	4
---	---	---	---

58. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση:

1	2	3	4
---	---	---	---

59. Είμαι ικανοποιημένος:

1	2	3	4
---	---	---	---

60. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί:

1	2	3	4
---	---	---	---

61. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου:

1	2	3	4
---	---	---	---

62. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας:

1	2	3	4
---	---	---	---

63. Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως ή αναστατώσεως όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου:

1	2	3	4
---	---	---	---

Όλοι αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή μας ζωή προβλήματα, τα οποία μας αναστατώνουν, μας ανησυχούν, μας στενοχωρούν. Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να δούμε πώς τα άτομα αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους, τι κάνουν δηλαδή όταν τους συμβαίνει κάτι που τους προκαλεί ανησυχία, στενοχώρια, αναστάτωση.

Στην συνέχεια υπάρχουν μερικές προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές περιγράφουν τρόπους τους οποίους συνήθως χρησιμοποιούμε για να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματά μας. Θα θέλαμε να μας πείτε πόσο συχνά εσείς χρησιμοποιήσατε καθέναν από τους παρακάτω τρόπους για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα που είχατε τον τελευταίο καιρό (τις τελευταίες 15 ημέρες).

Παρακαλούμε, διαβάστε κάθε πρόταση παρακάτω και απαντήστε, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά κάνατε αυτό που λέει η πρόταση: δηλαδή για το 'ποτέ' θα βάλετε σε κύκλο το 0, για το 'σπάνια' θα βάλετε σε κύκλο το 1, για το 'μερικές φορές' θα βάλετε σε κύκλο το 2, και για το 'συχνά' θα βάλετε σε κύκλο το 3.

64. Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα:

0.Ποτέ	1.Σπάνια	2.Μερικές φορές	3.Συχνά
0	1	2	3

65. Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο:

0	1	2	3
---	---	---	---

66. Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα:

0	1	2	3
---	---	---	---

67. Συμβιβάζομουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση:

0	1	2	3
---	---	---	---

68. Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση:

0	1	2	3
---	---	---	---

69. Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου:

0	1	2	3
---	---	---	---

70. Ήλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα:

0	1	2	3
---	---	---	---

71. Αποδεχόμουν τη μοίρα μου:

0	1	2	3
---	---	---	---

72. Συνέχιζα σαν να μην συμβαίνει τίποτα:

0	1	2	3
---	---	---	---

73. Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου:

0	1	2	3
---	---	---	---

74. Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων:

0	1	2	3
---	---	---	---

75. Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα:

0	1	2	3
---	---	---	---

76. Αποδεχόμουν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου:

0	1	2	3
---	---	---	---

77. Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό:

0	1	2	3
---	---	---	---

78. Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα:

0	1	2	3
---	---	---	---

79. Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο:

0	1	2	3
---	---	---	---

80. Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.:

0	1	2	3
---	---	---	---

81. Άφηνα τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο:

0	1	2	3
---	---	---	---

**82.** Έβγαينا από αυτήν την εμπειρία καλύτερος/η από πριν:

0	1	2	3
---	---	---	---

**83.** Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για Μένα:

0	1	2	3
---	---	---	---

**84.** Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο:

0	1	2	3
---	---	---	---

**85.** Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό:

0	1	2	3
---	---	---	---

**86.** Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή:

0	1	2	3
---	---	---	---

**87.** Άλλαζα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα:

0	1	2	3
---	---	---	---

**88.** Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι:

0	1	2	3
---	---	---	---

**89.** Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά:

0	1	2	3
---	---	---	---

**90.** Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω:

0	1	2	3
---	---	---	---

91. Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ό,τι ήθελα:

0	1	2	3
---	---	---	---

92. Ξεσπούσα στους άλλους:

0	1	2	3
---	---	---	---

93. Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις:

0	1	2	3
---	---	---	---

94. Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου για να πετύχω:

0	1	2	3
---	---	---	---

95. Έβρισκα μία - δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα:

0	1	2	3
---	---	---	---

96. Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ό,τι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα:

0	1	2	3
---	---	---	---

97. Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν:

0	1	2	3
---	---	---	---

98. Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή:

0	1	2	3
---	---	---	---

99. Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα:

0	1	2	3
---	---	---	---

100. Προσευχόμουν:

0	1	2	3
---	---	---	---

101. Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα:

0	1	2	3
---	---	---	---

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Διαβάστε κάθε μία δήλωση και σημειώστε το βαθμό στον οποίο σας εκφράζει γενικά (συνήθως) ο καθένας από τους παρακάτω χαρακτηρισμούς. Μπορείτε να δώσετε μία από τις παρακάτω απαντήσεις (συμπληρώνοντας στον κενό χώρο το αντίστοιχο νούμερο):

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
πολύ λίγο	λίγο	μέτρια	αρκετά	πάρα πολύ

102. \_\_\_\_\_ άτομο με  
ενδιαφέροντα

103. \_\_\_\_\_ αγχωμένος / η

104. \_\_\_\_\_ (σε ένταση)

105. \_\_\_\_\_ θυμωμένος / η

106. \_\_\_\_\_ δυνατός / ή

107. \_\_\_\_\_ ένοχος / η

108. \_\_\_\_\_ φοβισμένος / η

109. \_\_\_\_\_ εχθρικός ή

110. \_\_\_\_\_ ενθουσιώδης

111. \_\_\_\_\_ περήφανος/ η

112. \_\_\_\_\_ ευέξαπτος / η

113. \_\_\_\_\_ σε εγρήγορση

114. \_\_\_\_\_ ντροπιασμένος/ η

115. \_\_\_\_\_ εμπνευσμένος

116. \_\_\_\_\_ νευρικός / ή

117. \_\_\_\_\_ αποφασισμένος

118. \_\_\_\_\_ προσεκτικός/ ή

119. \_\_\_\_\_ αναστατωμένος

120. \_\_\_\_\_ δραστήριος/α

121. \_\_\_\_\_ ανήσυχος / η

## Παράρτημα II

Οι παρακάτω πίνακες αποτελούν τα περιγραφικά στοιχεία των πρώτων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας:

Διάγνωση παιδιού									
Φύλο		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	Άνδρας	7	10.9	5	7.8	7	5.7	19	7.6
Γυναίκα	57	89.1	59	92.2	116	94.3	232	92.4	
Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100	

Διάγνωση παιδιού									
Ηλικία		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	25-29 ετών	3	4.7	3	4.7	19	15.4	25	10.0
30-34 ετών	10	15.6	8	12.5	39	31.7	57	22.7	
35-39 ετών	16	25.0	19	29.7	32	26.0	67	26.7	
40-50 ετών	26	40.6	29	45.3	28	22.8	83	33.1	
50+ ετών	9	14.1	5	7.8	5	4.1	19	7.6	
Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100	

Διάγνωση παιδιού									
Οικογενειακή κατάσταση		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	Άγαμος/η	0	0	2	3.1	3	2.4	5	2.0
Έγγαμος/η	50	78.1	55	85.9	108	87.8	213	84.9	
Διαζευγμένος	8	12.5	5	7.8	10	8.1	23	9.2	
Μονογονεϊκή οικογένεια	6	9.4	2	3.1	2	1.6	10	4.0	



	Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100
--	--------	----	-------	----	-------	-----	-------	-----	-----

Διάγνωση παιδιού									
		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Απόφοιτος δημοτικού	2	3.1	0	0	0	0	2	0.8
	Απόφοιτος γυμνασίου	4	6.3	4	6.3	4	3.3	12	4.8
	Απόφοιτος Λυκείου	19	29.7	15	23.4	29	23.6	63	25.1
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	32	50.0	39	60.9	77	62.6	148	59.0
	Άλλο	7	10.9	6	9.4	13	10.6	26	10.4
	Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100

Διάγνωση παιδιού									
		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Απασχόληση επάγγελμα</b>	Αγρότης	1	1.6	1	1.6	0	0	2	.8
	Δημόσιος υπάλληλος	12	18.8	15	23.4	13	10.6	40	15.9
	Ιδιωτικός υπάλληλος	23	35.9	11	17.2	59	48.0	93	37.1
	Ελεύθερος επαγγελματίας	13	20.3	10	15.6	15	12.2	38	15.1
	Οικιακά	7	10.9	18	28.1	25	20.3	50	19.9
	Άνεργος	6	9.4	6	9.4	8	6.5	20	8.0
	Άλλο	2	3.1	3	4.7	3	2.4	8	3.2
	Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0

Διάγνωση παιδιού									
		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Μηνιαίο εισόδημα</b>	0-500€	17	26.6	10	15.6	21	17.1	48	19.1
	500 – 1000€	29	45.3	23	35.9	49	39.8	101	40.2
	1000 – 3000 €	15	23.4	26	40.6	43	35.0	84	33.5
	άνω των 3000€	3	4.7	5	7.8	10	8.1	18	7.2
	Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0

	Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0
--	--------	----	-------	----	-------	-----	-------	-----	-------

Διάγνωση παιδιού									
		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Αριθμός παιδιών	1	13	20.3	17	26.6	59	48.0	89	35.5
	2	43	67.2	30	46.9	55	44.7	128	51.0
	3	5	7.8	14	21.9	7	5.7	26	10.4
	4	2	3.1	3	4.7	1	.8	6	2.4
	Missing	1	1.6	0	0	1	0.8	2	.8
	Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0

Διάγνωση παιδιού									
		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο παιδιού	Αγόρι	33	51.6	35	54.7	40	32.5	108	43.0
	Κορίτσι	7	10.9	6	9.4	51	41.5	64	25.5
	Και τα δύο	24	37.5	23	35.9	32	26.0	79	31.5
	Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0

Διάγνωση παιδιού			
		Τ.Α	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Ηλικία παιδιών	Έως 5 ετών	83	53.54
	6-12 ετών	45	29.03
	13-18 ετών	13	8.38
	Άνω των 18 ετών	14	9.03
	Σύνολο	155	100.0

Διάγνωση παιδιού			
		Τ.Α	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Αγόρι	72	46,45
	Κορίτσι	83	53,54
	Σύνολο	155	100.0

Διάγνωση παιδιού							
Ηλικία παιδιών με αναπηρία		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	Έως 5 ετών	7	10.9	17	26.6	24	9.6
	6-12 ετών	21	32.8	30	46.9	51	20.3
	13-18 ετών	7	10.9	10	15.6	17	6.8
	άνω των 18 ετών	12	18.8	5	7.8	17	6.8
	Missing	17	26.6	2	3.1	19	7.6
	Σύνολο	64	100.0	64	100.0	128	100

Διάγνωση παιδιού							
Φύλο παιδιών με αναπηρία		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	Αγόρι	44	68.8	54	84.4	98	39.0
	Κορίτσι	11	17.2	9	14.1	21	8.4
	missing	9	14.1	1	1.6	10	4.0
Σύνολο	64	100.0	64	100.0	128	100.0	

Διάγνωση παιδιού									
Έχετε συμμετάσχει σε σχετικά επιμορφωτικά σεμινάρια ή έχετε πάρει πληροφορίες με άλλο τρόπο;		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	Ναι	50	78.1	56	87.5	8	6.5	114	45.4
	Όχι	10	15.6	8	12.5	39	31.7	57	22.7
	missing	4	6.3	0	0	76	61.8	80	31.9
Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0	

Διάγνωση παιδιού									
Πόσες ώρες της ημέρας αφιερώνετε καθημερινά για τη φροντίδα του/των παιδιού/παιδιών σας; (Με ή χωρίς αναπηρία)		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
0-3 ώρες		12	18.8	13	20.3	34	27.6	59	23.5
4-6 ώρες		20	31.3	19	29.7	51	41.5	90	35.9
7-10 ώρες		16	25.0	14	21.9	23	18.7	53	21.1
πάνω από 10 ώρες		16	25.0	18	28.1	15	12.2	49	19.5
Σύνολο		64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0

Διάγνωση παιδιού									
Έχετε ελεύθερο χρόνο για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών σας;		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι		24	37.5	23	35.9	63	51.2	110	43.8
Όχι		40	62.5	41	64.1	60	48.8	141	56.2
Σύνολο		64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0

Διάγνωση παιδιού									
Ασχολείστε με τον αθλητισμό; (ερασιτεχνικά ή σε ένα πιο επαγγελματικό επίπεδο)		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι		16	25.0	10	15.6	30	24.4	56	22.3
Όχι		48	75.0	54	84.4	93	75.6	195	77.7
Σύνολο		64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0

Διάγνωση παιδιού									
Αντιμετωπίζετε γενικά κάποιο πρόβλημα υγείας;		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι		20	31.3	18	28.1	24	19.5	62	24.7
Όχι		44	68.8	46	71.9	99	80.5	189	75.3
Σύνολο		64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0

Διάγνωση παιδιού									
Είστε θρησκευόμενος;		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	Ναι	48	75.0	45	70.3	88	71.5	181	72.1
	Όχι	16	25.0	19	29.7	35	28.5	70	27.9
Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0	

Διάγνωση παιδιού									
Θεωρείτε ότι λαμβάνετε υποστήριξη από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς σας σε διάφορα προβλήματα που προκύπτουν;		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	Ναι	42	65.6	42	65.6	101	82.1	185	73.7
	Όχι	22	34.4	22	34.4	22	17.9	66	26.3
Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0	

Διάγνωση παιδιού									
Θεωρείτε ότι λαμβάνετε ενθάρρυνση και υποστήριξη στα προβλήματά σας από τους στενούς φίλους;		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ		Τ.Α		Σύνολο	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	Ναι	46	71.9	39	60.9	90	73.2	175	69.7
	Όχι	18	28.1	25	39.1	33	26.8	76	30.3
Σύνολο	64	100.0	64	100.0	123	100.0	251	100.0	

Διάγνωση παιδιού					
Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με γονείς παιδιών με αναπηρία, ανάλογη με την περίπτωση του/των παιδιού/παιδιών σας;		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	Ναι	53	82.8	46	71.9
	Όχι	10	15.6	17	26.6
	missing	1	1.6	1	1.6
Σύνολο	64	100.0	64	100.0	

Διάγνωση παιδιού					
Λαμβάνετε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα, τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες με ανάπηρα παιδιά;		Νοητική αναπηρία		ΔΑΦ	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	Ναι	18	28.1	26	40.6
Όχι	45	70.3	38	59.4	
missing	1	1.6	0	0	
Σύνολο	64	100.0	64	100.0	