

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΜΣ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

**«Μια εκπαιδευτική προσέγγιση στην κοινωνική
υποστήριξη και μετατραυματική ανάπτυξη που βιώνουν
μητέρες μαθητών με και χωρίς αναπηρία»**

Καρδαμάκη Κυριακή

Διπλωματική Εργασία

Ιωάννινα, 2021

Διπλωματική Εργασία

«Μια εκπαιδευτική προσέγγιση στην κοινωνική υποστήριξη και μετατραυματική ανάπτυξη που βιώνουν μητέρες μαθητών με και χωρίς αναπηρία»

Καρδαμάκη Κυριακή

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Επιβλέπουσα: Μορφίδη Ελένη, Επίκουρη καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε,
Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλος: Σούλης Σπυρίδων – Γεώργιος, Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε,
Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλος: Νικολάου Σουζάννα-Μαρία, Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε, Σχολή Επιστημών Αγωγής,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευχαριστίες

Στην ιδιαίτερα αυτή δύσκολη περίοδο που βιώνουμε όλοι μας λόγω κορωνοϊού, θεωρώ χρέος μου να ευχαριστήσω εξ αρχής το Θεό, που έδωσε υγεία και δύναμη σε εμένα στην οικογένειά μου και σε όσους με βοήθησαν με τη συμβολή τους στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Θερμές ευχαριστίες παραθέτω στην Επίκουρη καθηγήτρια του Π.Τ.Δ.Ε. κ. Μορφίδη Ελένη, η οποία ως επιβλέπουσα της εν λόγω διπλωματικής εργασίας με βοήθησε σημαντικά στην διεκπεραίωση του έργου μου με τις γνώσεις της και την κατάρτισή της.

Ευχαριστώ ιδιαίτερος τους καθηγητές του παρόντος Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών κ. Σούλη Σπυρίδωνα – Γεώργιο, Καθηγητή, την κ. Νικολάου Σουζάννα- Μαρία , Αναπληρώτρια καθηγήτρια, τον κ. Μικρόπουλο Αναστάσιο, Καθηγητή και τον κ. Μαυρίδη Δημήτριο, Αναπληρωτή καθηγητή, οι οποίοι συνετέλεσαν ως επιμορφωτικοί παράγοντες της εκπαίδευσής και των γνώσεων μου στο χώρο της ειδικής αγωγής κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Επιπλέον, ευχαριστώ τις συναδέλφους κ. Διδασκάλου Μαρία, και κ. Κατσιμάρδου Νικολέττα, οι οποίες με τις γνώσεις τους και τις νουθεσίες τους στάθηκαν σημαντικοί αρωγοί για την πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας. Επίσης , θα ήθελα ευχαριστήσω τους φίλους μου Κώστα , Σταματία, Αλεξάνδρα, Τζένη, Αναστασία, την οικογένειά μου και τη νονά μου Έλενα που με ενθάρρυναν ψυχικά.

Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο και θερμό ευχαριστώ δηλώνω στη μητέρα μου Βασιλική, η οποία αποτελεί για μένα πρότυπο ανθρώπινης συμπεριφοράς και παιδαγωγού και η οποία με ενέπνευσε με το είναι της και την προσωπικότητά της να ακολουθήσω τον παιδαγωγικό κλάδο σπουδών. Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω την εργασία μου στη μνήμη του πατέρα μου Μιχάλη και στην μνήμη της αγαπημένης μου φίλης Αγγελικής Χειλάκη, οι οποίοι με την προσωπικότητα και το ήθος τους υπήρξαν πρότυπο μίμησης για μένα και για τα παιδιά μου.

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής στήριξης, της κατάθλιψης και της μετατραυματικής εξέλιξης των μητέρων που έχουν παιδιά με διάφορα είδη αναπηριών . Ιδιαίτερα, εξετάζεται αν διαφοροποιούνται οι μητέρες μαθητών με αναπηρία από τις μητέρες μαθητών χωρίς αναπηρία στις παραπάνω μεταβλητές. Επίσης, διερευνάται η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης μητέρων μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης που βιώνουν συναισθηματικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη. Το δείγμα αποτέλεσαν 82 μητέρες μαθητών μη τυπικώς αναπτυσσόμενων και 61 μητέρες μαθητών τυπικώς αναπτυσσόμενων που προέρχονται από αστικές και ημι-αστικές περιοχές της Ελλάδας. Ως εργαλεία συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988), The Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS) (García-Martín, Hombrados-Mendieta & Gómez-Jacinto, 2016), The Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996) και Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μητέρες μαθητών με αναπηρία έχουν μεγαλύτερη κατάθλιψη και επηρεάζονται από το βαθμό σοβαρότητας της κατάστασης του παιδιού και την κοινωνική υποστήριξη ιδίως φίλων.

Λέξεις κλειδιά: κοινωνική στήριξη, κατάθλιψη, μετατραυματική ανάπτυξη, μητέρες, αναπηρία

Abstract

The present study investigated the relationship between social support, depression and post-traumatic development of mothers who have children with different types of disabilities. In particular, it is examined whether the mothers of students with disabilities differ from the mothers of students without disabilities in the above variables. The effect of social support on mothers of non-formal development students experiencing emotional disorders such as depression is also explored. The sample consisted of 82 mothers of non-typically developing students and 61 mothers of typically developing students from urban and semi-urban areas of Greece. The following measures were used: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988), The Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS) (García-Martín, Hombrados-Mendieta & Gómez-Jacinto, 2016), The Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996) and Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). The results showed that mothers of students with disabilities experience more depression and are affected by the severity of child's condition and the social support of friends in particular.

Keywords: social support, depression, post-traumatic development, mothers, disability

Πίνακας Περιεχομένων

| | |
|---|----|
| Ευχαριστίες..... | 3 |
| Περίληψη..... | 4 |
| Abstract..... | 5 |
| Πίνακας Περιεχομένων..... | 6 |
| Κατάλογος Πινάκων..... | 9 |
| Εισαγωγή..... | 10 |
| <u>ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</u> | 17 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΟΡΙΣΜΟΙ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ..... | 18 |
| 1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ..... | 18 |
| 1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος..... | 20 |
| 1.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της Νοητικής Αναπηρίας..... | 22 |
| 1.4 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά Μαθησιακών Δυσκολιών..... | 24 |
| 1.5 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της κώφωσης..... | 26 |
| 1.6 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της οπτικής αναπηρίας..... | 28 |
| 1.7 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της εγκεφαλικής παράλυσης... | 30 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΡΙΑΞΗ : ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ..... | 32 |
| 2.1 Περιγραφή Κεφαλαίου..... | 32 |
| 2.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της κατάθλιψης..... | 32 |

| | | |
|-----|--|----|
| 2.3 | Εννοιολογικός προσδιορισμός της μετατραυματικής ανάπτυξης..... | 34 |
| 2.4 | Εννοιολογικός προσδιορισμός της κοινωνικής υποστήριξης..... | 36 |
| 2.5 | Παράγοντες που επιδρούν είτε στην κατάθλιψη είτε στη μετατραυματική ανάπτυξη είτε στην κοινωνική υποστήριξη των οικογενειών με παιδιά με αναπηρία..... | 38 |
| 2.6 | Σύγκριση της ψυχικής υγείας ανάμεσα σε μητέρες μαθητών τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης..... | 42 |
| 2.7 | Ο ρόλος και η συσχέτιση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης με την ψυχολογική δυσφορία και την κατάθλιψη που βιώνουν μητέρες μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης..... | 46 |
| 2.8 | Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης και της ποιότητας ζωής σε σχέση με την μετατραυματική ανάπτυξη μητέρων με παιδιά με ειδικές ανάγκες..... | 50 |
| | <u>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ</u> | 52 |
| | ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ..... | 53 |
| 3.1 | Περιγραφή κεφαλαίου..... | 53 |
| 3.2 | Σκοπός της έρευνας..... | 53 |
| 3.3 | Ερευνητικά ερωτήματα..... | 54 |
| 3.4 | Διαδικασία Μεθοδολογίας..... | 54 |
| 3.5 | Εργαλεία..... | 55 |
| 3.6 | Δείγμα..... | 57 |
| 3.7 | Διαδικασία συγκέντρωσης δείγματος..... | 58 |
| | ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 60 |
| 4.1 | Αποτελέσματα..... | 60 |
| | ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ..... | 68 |

| | |
|--|----|
| 5.1 Συζήτηση / Συμπεράσματα | 68 |
| 5.2 Περιορισμοί της έρευνας..... | 70 |
| 5.3 Μελλοντικές προς έρευνα προτάσεις..... | 71 |
| 5.4 Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις. Προτάσεις..... | 72 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 75 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι..... | 86 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ..... | 98 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

| | |
|--|----|
| Πίνακας 1: Ηλικία μητέρων μαθητών τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης..... | 98 |
| Πίνακας 2: Τόπος κατοικίας μητέρων μαθητών τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης..... | 98 |
| Πίνακας 3: Εκπαίδευση μητέρων μαθητών τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης..... | 99 |
| Πίνακας 4: Οικογενειακή κατάσταση μητέρων μαθητών τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης..... | 99 |
| Πίνακας 5: Σύγκριση των δύο ομάδων στον βαθμό κατάθλιψης και μετατραυματικής ανάπτυξης..... | 61 |
| Πίνακας 6: Σύγκριση των δύο ομάδων στα εργαλεία μέτρησης κοινωνικής υποστήριξης..... | 62 |
| Πίνακας 7: Παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη των μητέρων σύμφωνα με το εργαλείο QFSSS..... | 64 |
| Πίνακας 8: Παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη των μητέρων σύμφωνα με το εργαλείο MSPSS..... | 65 |
| Πίνακας 9: Παράγοντες που συμβάλλουν στη μετατραυματική ανάπτυξη των μητέρων σύμφωνα με το εργαλείο MSPSS..... | 67 |

Εισαγωγή

Η Αμερικανική Ένωση Υγείας ορίζει το παιδί με αναπηρία ως παιδί που δεν μπορεί να κάνει πράγματα που αρμόζουν στο ανάλογο ηλικιακό του φάσμα και επομένως δεν είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει και να αξιοποιήσει πλήρως είτε φυσικές, είτε ψυχικές, είτε κοινωνικές ικανότητες και δεξιότητες (Uthman, 2002 όπ. αναφ. στο Sen & Yurtsever, 2007).

Οι μητέρες που ανατρέφουν ένα παιδί με αναπηρία αποτυπώνουν και εκδηλώνουν στην προσωπικότητά τους σύγχυση και αναστάτωση. Πολλές φορές σε πολλά περιβάλλοντα και πλαίσια όπως αυτά της εργασίας ή της οικογένειας δεν αποδίδουν, όπως επιθυμούν, εξαιτίας του φόρτου των καταστάσεων που βιώνουν. Καθώς η κοινωνική υποστήριξη δεν έχει παρουσία έντονη στην καθημερινότητά τους, οι μητέρες αυτές προβάλλουν συναισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς. Συχνά δηλώνουν πως η ανεπαρκής υποστήριξη συνάδει με την έλλειψη κατανόησης από τον περίγυρο, εφόσον δεν γίνεται κατανοητό από συγγενείς, φίλους ή ακόμα και το σύζυγο τι είναι σημαντικό για εκείνες και το παιδί τους. Δεν είναι λίγες άλλωστε οι μητέρες, με παιδιά μη τυπικώς αναπτυσσόμενα, που θεωρούν ότι οι περιορισμένες υπηρεσίες υποστήριξης σε συνδυασμό με τη μη επαρκή κατανόηση από άλλους και το αίσθημα ανησυχίας, από το οποίο διακατέχονται για την ασφάλεια και εξέλιξη του παιδιού τους, τις οδηγούν σε ψυχική δυσφορία. Εκτός των άλλων η σωματική εξάντληση της φροντίδας παιδιού με αναπηρία μαζί με την έλλειψη εν συναίσθησης από το οικογενειακό, φιλικό και κοινωνικό πλαίσιο, αποφέρουν στις μητέρες αυτές αγανάκτηση και άγχος. Ως εκ τούτου, οι μητέρες φροντιστές οικειοποιούνται με έννοιες όπως εξάντληση, θλίψη, κατάθλιψη και λύπη (McGuire et al., 2004).

Η θλίψη εκδηλώνεται με τη μορφή κενού και απώλειας, ενώ η κατάθλιψη με χαμηλή ενεργητική κατάσταση, έλλειψη στοιχειώδους αυτοεκτίμησης, αισθήματα απελπισίας, περιορισμένη όρεξη ή υπερφαγία και αϋπνία ή υπερυπνία. Τα άτομα που πάσχουν από θλίψη προσκολλώνται σε σκέψεις και λογισμούς που συνδέονται και είναι προσφιλή με την απαισιοδοξία, την απελπισία, το θάνατο και την αρρώστια (American Psychiatric Association, 2013).

Επιπλέον, διαπιστώθηκε από τους Olsson & Hwang (2001); Tabassum & Mohsin (2013) ότι οι μητέρες μαθητών με αυτισμό έχουν περισσότερη κατάθλιψη από τις μητέρες μαθητών με νοητική αναπηρία χωρίς αυτισμό, οι οποίες με τη σειρά τους έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τις μητέρες που ανήκουν στην ομάδα ελέγχου. Επιπρόσθετα, οι μητέρες εντοπίστηκαν με μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης από τους πατέρες τόσο σε οικογένειες με παιδιά με νοητική αναπηρία όσο και σε οικογένειες της ομάδας ελέγχου.

Σε άλλη έρευνα των Gogoi, Kumar και Deuri (2016) με δείγμα 60 μητέρες μαθητών με μέτρια και βαριά νοητική αναπηρία που συγκρίθηκαν με 60 μητέρες μαθητών δίχως αναπηρία, βρέθηκε ότι η πειραματική ομάδα βίωνε σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης (μόνο το 5% ανέφερε χαμηλά επίπεδα, ενώ το 81,7% είχαν μέτρια ή ήπια κατάθλιψη και το 13,3% σοβαρή κατάθλιψη). Συμπερασματικά, η έρευνα έδειξε ότι η κατάσταση της ψυχολογικής νοσηρότητας σε μητέρες με παιδιά με αναπηρία είναι θέμα ιδιαίτερης ανησυχίας.

Όταν μια οικογένεια έρχεται αντιμέτωπη με την αναπηρία ενός παιδιού, τότε οι επιδράσεις και οι επιρροές μιας τέτοιας κατάστασης αποτυπώνονται τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στα υπόλοιπα συγγενικά μέλη. Σύνηθες το φαινόμενο της ψυχολογικής νοσηρότητας των μητέρων με τη μορφή του άγχους και της κατάθλιψης, που δυσχεραίνουν την καθημερινότητά τους και την ποιότητα ζωής τους. Κατ' επέκταση οι μητέρες των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών προβάλλουν χαμηλότερο άγχος και

κατάθλιψη σε σύγκριση με τις μητέρες που φροντίζουν παιδιά με ποικίλες μορφές αναπηρίας. Στην προκείμενη μελέτη ενώ το άγχος και η κατάθλιψη συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους, το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται αρνητικά με την καθημερινότητα και ποιότητα ζωής των μητέρων παιδιών μη τυπικώς αναπτυσσόμενων. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι όταν οι μητέρες αυτές νιώσουν πως γίνεται κατανοητή η συναισθηματική τους κατάσταση τότε αισθάνονται πιο εύρωστες στη διαχείριση του παιδιού τους.

Οι Byra, Zyta & Ćwirynkała (2017) σε μελέτη τους εξακρίβωσαν πως η μετατραυματική ανάπτυξη (PTG) προκύπτει μετά την εισβολή ενός τραυματικού συμβάντος και αποκαλύπτεται μέσα από επικοδομητικές, θετικές συνέπειες που επιφέρουν ριζικές αλλαγές. Η ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία σε μια οικογένεια αναδύει αρχικά διάφορες ψυχοφθόρες καταστάσεις, οι οποίες όμως μέσω της μετατραυματικής ανάπτυξης μετουσιώνονται σε αυξημένη εκτίμησης της ζωής, σε ενδιαφέρον για ουσιώδεις σχέσεις, σε έντονη προσωπική δύναμη, σε αλλαγή προτεραιοτήτων και σε πλουσιότερη υπαρξιακή και πνευματική ζωή.

Η μετατραυματική ανάπτυξη σύμφωνα με τους Tedeschi και Calhoun (2004 όπ. αναφ. στο Byra, Zyta, & Ćwirynkała, 2017) είναι η υποκειμενική εμπειρία θετικής ψυχολογικής αλλαγής, που είναι έκβαση της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των καταστάσεων, που απορρέουν μετά από την εμπειρία ενός επώδυνου τραυματικού γεγονότος.

Οι Kiełb, Bargiel-Matusiewicz και Pisula (2019) σε έρευνα τους διαπίστωσαν πως οι μητέρες μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης εκδήλωσαν χαρακτηριστικά όχι μόνο μετατραυματικού στρες αλλά και μετατραυματικής ανάπτυξης. Στη μελέτη τους βρέθηκαν ότι στατιστικά σημαντικοί συσχετισμοί υπήρχαν μεταξύ παρεμβατικών επαναλαμβανόμενων λογισμών, σκέψεων και μετατραυματικού στρες. Η μετατραυματική ανάπτυξη δεν πρόβαλλε καμία συσχέτιση με επαναλαμβανόμενες σκέψεις και

μηρυκαστικούς λογισμούς. Οι περισσότερες μητέρες μαθητών με αναπηρία φάνηκε πως αντιμετώπιζαν καθημερινά συμπτώματα επαναλαμβανόμενων εικόνων, λογισμών και σκέψεων που σχετίζονταν με την αναπηρία του παιδιού τους. Ως εκ τούτου απέφεραν υπερβολικό άγχος, εγρήγορση και προβλήματα συγκέντρωσης.

Μεταβαίνοντας σε έρευνα των Lin et al., (1979) έγινε προφανές πως οι μητέρες που μεγαλώνουν παιδιά με αναπηρία όχι μόνο χρειάζονται αλλά και επιδιώκουν την κοινωνική υποστήριξη που αποτυπώνεται μέσω επικοινωνίας και συναναστροφής με άλλα άτομα, μέσω των επαφών με ομάδες που σχετίζονται με την αναπηρία και μέσω σύνδεσης με την ευρύτερη κοινότητα. Όσο μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη λαμβάνουν οι μητέρες φροντιστές, είτε από μέλη της οικογένειας είτε από φίλους, είτε από γνωστούς, είτε από ειδικούς τόσο λιγότερο πιθανό είναι ότι θα βιώσουν κάποια ασθένεια είτε ψυχικής είτε σωματικής μορφής.

Ο House (1981, όπ. αναφ. στο García-Martín, 2016) περιέγραψε τέσσερις βασικούς τύπους υποστήριξης: τη συναισθηματική που σχετίζεται με την αγάπη, την κατανόηση, τη θαλπωρή και τη φροντίδα, τη λειτουργική που παίρνει τη μορφή είτε χρηματικής παροχής είτε παροχής διαθέσιμου χρόνου, την πληροφοριακή που αναφέρεται στις νοθεσίες και στην κατάθεση προτάσεων πάνω σε θέματα που σχετίζονται με την ψυχική ευημερία και την αξιολογική με την παροχή πληροφοριών και τη μορφή της κοινωνικής ανατροφοδότησης.

Σύμφωνα με τους Sen και Yurtsever (2007), οι μητέρες φροντιστές παιδιών με ειδικές ανάγκες χρειάζονται την κοινωνική στήριξη στην οποιαδήποτε μορφή της, λόγω του επιβαρυσμένου τρόπου ζωής τους. Στη μελέτη που πραγματοποίησαν οι ερευνητές βρέθηκε ότι οι συγγενείς οικογενειών που είχαν παιδί με αναπηρία, ήταν αυτοί που παρείχαν κοινωνική υποστήριξη στις περισσότερες μητέρες φροντιστές. Ο βασικός παράγοντας της

κοινωνικής υποστήριξης που εκδηλώνεται κυρίως σε οικογενειακό επίπεδο, σχετίζεται με την ευρύτερη έλλειψη κοινωνικής οργάνωσης σε θέματα αναπηρίας.

Σε άλλη έρευνα, γονείς μαθητών με αναπηρία δεν εμφάνισαν κοινωνική απομόνωση, κατάθλιψη και προβλήματα συζυγικά ή προσωπικά θέματα υγείας. Οι μητέρες μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης δήλωσαν πως ενδεχομένως επειδή οι ανάγκες του παιδιού τους με αναπηρία δεν ήταν τόσο απαιτητικές, βρήκαν πιο πρόσφορη κοινωνική υποστήριξη. Επιπλέον, οι πατέρες μαθητών μη τυπικώς αναπτυσσόμενων δήλωσαν πως περιοριστικός παράγοντας αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης θα ήταν τα αρνητικά συναισθήματα και η έλλειψη ενδιαφέροντος για το παιδί με αναπηρία (Keller & Honig, 2004).

Οι Kostiukow και συν. (2019) δηλώνουν σε έρευνά τους ότι καταστάσεις ψυχικής φθοράς όπως το στρες, το άγχος, η αβεβαιότητα, και η κατάθλιψη εκδηλώνονται πιο έντονα σε μητέρες και πατέρες μαθητών με διαταραχές αυτιστικού φάσματος. Οι γονείς μαθητών με άλλες αναπηρίες ή δίχως αναπηρίες δεν εμφάνισαν τις προαναφερόμενες καταστάσεις σε τόσο έντονο βαθμό. Απόρροια όλων των ευρημάτων έδειξε πως στις οικογένειες με παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού ελλοχεύει μεγαλύτερος κίνδυνος ενός μη ισορροπημένου οικογενειακού περιβάλλοντος από ό, τι σε οικογένειες με νευροτυπικά παιδιά.

Επομένως, η ύπαρξη, η ανατροφή και οι επιδράσεις ενός μαθητή με αναπηρία στην οικογένεια και ιδιαίτερα στις μητέρες τέθηκαν ως παράγοντες εκπόνησης της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα η προκείμενη μελέτη έθεσε ως στόχο τη διερεύνηση του βαθμού κατάθλιψης μητέρων μαθητών με και χωρίς αναπηρία και της σχέσης της κατάθλιψης με την κοινωνική υποστήριξη. Επιπρόσθετα, διερευνήθηκε η επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην μετατραυματική ανάπτυξη των μητέρων μαθητών με και δίχως αναπηρία.

Επίσης, η παρούσα έρευνα χωρίζεται σε δύο μέρη, στο θεωρητικό πλαίσιο και στο ερευνητικό πλαίσιο, τα οποία αποτελούνται από πέντε κεφάλαια στο σύνολό τους. Το

θεωρητικό πλαίσιο περιέχει το πρώτο και το δεύτερο κεφάλαιο και το ερευνητικό πλαίσιο τα υπόλοιπα τρία.

Στο πρώτο κεφάλαιο αρχικά, αναγράφονται κάποιοι εννοιολογικοί προσδιορισμοί αναπηριών, που ανακλήθησαν από τα υποκείμενα της έρευνας μέσω του ερωτηματολογίου που απάντησαν.

Κατόπιν στο δεύτερο κεφάλαιο προσδίδονται οι έννοιες της κατάθλιψης, της μετατραυματικής ανάπτυξης και της κοινωνικής υποστήριξης, που λειτουργούν ως μεταβλητές. Έπειτα καταγράφονται οι παράγοντες που επιδρούν στην κατάθλιψη, στη μετατραυματική ανάπτυξη και στην κοινωνική υποστήριξη οικογενειών με παιδιά με αναπηρία. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στη σύγκριση της ψυχικής υγείας με μητέρες μαθητών τυπικής ανάπτυξης και μητέρες μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης. Στο τέλος του δεύτερου κεφαλαίου αναγράφεται βάσει ανασκόπησης βιβλιογραφίας ο ρόλος και η συσχέτιση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης με την ψυχολογική δυσφορία και την κατάθλιψη σε μητέρες μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης και ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης και της ποιότητας ζωής σε σχέση με την μετατραυματική ανάπτυξη μητέρων με παιδιά με ειδικές ανάγκες.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται η ερευνητική προσέγγιση του θέματος και περιέχει τρία κεφάλαια, τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και το τελευταίο κεφάλαιο που περιέχει τη συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα αυτών.

Στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας γίνεται μια μικρή περιγραφή του με στόχο την κατατόπιση του αναγνώστη. Κατόπιν παρατίθενται ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν για την πραγματοποίησή της. Ακολουθεί περιγραφή της διαδικασίας της μεθοδολογίας με κατάθεση πληροφοριών, που σχετίζονται με το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Στη

συνέχεια παρατίθεται επεξήγηση και αιτιολόγηση της χρήσης και απόδοσης των συγκεκριμένων εργαλείων έρευνας που αξιοποιήθηκαν για την προκείμενη μελέτη. Το 3^ο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την περιγραφή του δείγματος που συμμετείχε στην παρούσα ποσοτική έρευνα και τη διαδικασία συγκέντρωσής του. Το 4^ο κεφάλαιο που έπεται, σχετίζεται με την έκθεση των αποτελεσμάτων και των ανάλογων πινάκων, που δίνονται ως απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα.

Στο τελευταίο κεφάλαιο προβάλλονται η συζήτηση με τα συμπεράσματα, όπου γίνεται σχολιασμός των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη, καθώς επίσης και αντιπαραβολή αυτών με αποτελέσματα άλλων ερευνών. Η παρούσα μελέτη ολοκληρώνεται με τους περιορισμούς της προκείμενης έρευνας, τις μελλοντικές προς έρευνα προτάσεις και τις εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και προτάσεις.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ
ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΟΡΙΣΜΟΙ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ

1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας είναι μια διαταραχή που εκδηλώνεται στον άνθρωπο με τη μορφή συμπεριφορών έντονης ενεργητικότητας και δυσκολίας συγκέντρωσης σε βαθμό που το καθιστούν ανήσυχο, αδιάφορο σε μαθησιακού ιδίως περιεχομένου δραστηριότητες και υπερβολικά παρορμητικό. Η παρουσία των συμπτωμάτων γίνεται φανερή στο οικείο περιβάλλον σε μικρή ηλικία και έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία προσαρμογής του πάσχοντος όχι μόνο στο σχολικό και στο οικογενειακό πλαίσιο (American College of Physicians, 2000).

Ο όρος ΔΕΠΥ είναι ο πιο πρόσφατος, παλαιότερα η εν λόγω διαταραχή επονομαζόταν με διάφορους άλλους τρόπους. Χαρακτηριστικά στο παρελθόν ένας παιδίατρος, ο George Still, έχοντας ως βάση την περιγραφή συμπεριφορικής απόδοσης κάποιων αγοριών κατέγραψε συμπτώματα όπως ελλειμματική συμπεριφορά, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα κλπ. και προσέδωσε κατά αυτόν τον τρόπο τον όρο «defect in moral control» που σημαίνει «ανεπαρκή ψυχικό έλεγχο» (Στασινός, 2013).

Ο σημερινός επίσημος όρος της διαταραχής υπάρχει στο DSM 5 μαζί με την συμπτωματολογία. Προκειμένου να χαρακτηριστεί κάποιος με ΔΕΠΥ, πρέπει τα συμπτώματα της απροσεξίας ή και της υπερκινητικότητας που εκδηλώνει να μη συνάδουν με το ηλικιακό του φάσμα και να εμφανίζονται με επιμονή για τουλάχιστον έξι μήνες (American Psychiatric Association, 2013).

Κατ' επέκταση, το άτομο που έχει χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ δεν καταφέρνει να δείξει τη δέουσα προσοχή στα λόγια του συνομιλητή του, καθώς χάνεται και αποσπάται η συγκέντρωσή του κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Επίσης, δεν διακατέχεται από οργάνωση με αποτέλεσμα να χάνει ή να ξεχνάει διαρκώς αντικείμενα, ραντεβού και άλλες ποικίλες υποχρεώσεις. Σε εργασίες που του ανατίθενται όχι μόνο κάνει πολλά λάθη, λόγω

φτωχής προσοχής, αλλά και πολύ συχνά δυσκολεύεται να τις ολοκληρώσει. Ένα άλλο σύνηθες φαινόμενο είναι πως η προσοχή του διασπάται εύκολα από θορύβους, ιδίως όταν αυτοί είναι απρόσμενοι και ξαφνικοί.

Σχετικά με την υπερκινητικότητα παρατηρείται διαρκής κίνηση είτε των χεριών είτε των ποδιών. Όταν ο πάσχων βρίσκεται σε καθιστή θέση εκδηλώνει έντονη ανησυχία και επιθυμία να αφήσει τη θέση του. Σε περιπτώσεις που δεν επιτρέπεται να αφήσει τη θέση του είτε κινεί το σώμα του, είτε ταλαντεύεται, είτε αλλάζει διαρκώς στάση ποδιών (σταυροπόδι). Επιπλέον όλες οι δραστηριότητες γίνονται με νευρικότητα, εφόσον αρέσκεται να είναι σε διαρκή κίνηση και ετοιμότητα. Η χαλαρότητα και η ηρεμία δεν του είναι οικίες έννοιες. Απόρροια της κατάστασης αυτής είναι η έντονη δυσλειτουργική ανυπομονησία, που εμφανίζεται σε ποικίλα πλαίσια. Συνεπώς, θέματα όπως εργασία, συνεργασία, συνομιλίες και επαφές επιτελούνται με δυσκολία (American Psychiatric Association, 2013).

1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος

Το DSM 5 εσωκλείει τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και την περιγράφει ως μια κατάσταση η οποία παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις που σχετίζονται με την κάθε μορφή επικοινωνίας και την κοινωνική αλληλεπίδραση.

Πιο αναλυτικά, ο πάσχων δυσκολεύεται να περατώσει φυσιολογική κοινωνική προσέγγιση. Το άτομο που βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού έχει ανάγκη από στήριξη και εκπαίδευση καθώς η αλληλεπίδρασή του, οι επαφές και η απόπειρες συζητήσεων με άλλα άτομα προβάλλουν δυσλειτουργία. Ο λόγος του συνήθως είναι συνοπτικός, περιορισμένος με εμφανείς δυσκολίες στην διατύπωση αναγκών και στην κατανόηση οδηγιών. Η κυριολεξία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των διαλόγων του, εφόσον δεν έχει κατανόηση της μεταφοράς και του παραλληλισμού.

Επίσης, ο πάσχων δύναται να μην κατανοεί επαρκώς όχι μόνο τη λεκτική αλλά και τη μη λεκτική επικοινωνία. Κατ' επέκταση παρουσιάζει φτωχή βλεμματική επαφή, αδυναμία χρήσης και κατανόησης της χρήσης της γλώσσας του σώματος, των χειρονομιών, των μορφασμών και των εκφράσεων του προσώπου. Εκτός των άλλων δεν προβάλλει σε επαρκή βαθμό αισθήματα ή συναισθήματα και δεν διακατέχεται από εν συναίσθηση.

Αξίζει δε να σημειωθεί ότι οι δυσκολίες στην ανάπτυξη και διατήρηση των σχέσεων παρουσιάζονται από πολύ μικρή ηλικία, καθώς το άτομο που βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού από μικρό δε συμμετέχει σε παιχνίδι, δεν ενδιαφέρεται να δημιουργήσει φίλιες και επαφές και εκδηλώνει προσήλωση σε περιορισμένα και μεμονωμένα ενδιαφέροντα και ενασχολήσεις.

Επιπλέον εμφανή είναι τα συμπτώματα των επαναληπτικών συμπεριφορών με την εκδήλωση στερεοτυπικών, κινήσεων και λέξεων ή ακόμα και φράσεων. Επίσης οι

δυσκολίες στην οργάνωση, στο σχεδιασμό και στην ανεξαρτησία είναι έκδηλες, καθώς το άτομο επικεντρώνεται σε ιδιότητες, και τελετουργικές καταστάσεις, που του αποσπών παντελώς την προσήλωση και του προσδίδουν ικανοποίηση.

Πολλές φορές δεν είναι δυνατή η προσαρμογή της συμπεριφοράς του σε αλλαγή καταστάσεων, ρουτίνας, προγράμματος, κλπ. Τόσο οι απρόσμενες αλλαγές όσο και οι απόπειρες κοινωνικών ανοιγμάτων από άλλους, μπορεί να φέρουν στην επιφάνεια μη αναμενόμενες αντιδράσεις, όπως εκρήξεις θυμού και αυτοτραυματισμούς.

Αισθητηριακές επαφές που σχετίζονται με μυρωδιές, ήχους, έντονο φως, υλικές υφές, δύναται να προκαλέσουν επίσης τις προαναφερόμενες μη αναμενόμενες αντιδράσεις. Έκδηλη είναι επίσης η ευερεθιστότητα ή η απάθεια στον πόνο, η έλλειψη φαντασίας και η αδεξιότητα στη λεπτή και αδρή κινητικότητα (American Psychiatric Association , 2013).

1.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της Νοητικής Αναπηρίας

Ο άνθρωπος με νοητική αναπηρία παρουσιάζει δυσκολίες εμφανείς που σχετίζονται με τη λογική, την επίλυση προβλημάτων, τον προγραμματισμό, την κατανόηση αφηρημένων εννοιών, την κρίση, και τις ακαδημαϊκές γνώσεις. Επίσης, τα άτομα με νοητική αναπηρία παρουσιάζουν έντονες αδυναμίες να προσαρμοστούν λειτουργικά και να ανταποκριθούν σε καταστάσεις ανάλογες με το ηλικιακό τους φάσμα. Οι εμφανείς τους αδυναμίες στην επικοινωνία και στην συμμετοχή κοινωνικών δραστηριοτήτων αποφέρουν και δυσκολίες στην απόκτηση ανεξαρτησίας σε πλαίσια όπως το σπίτι, το σχολείο, το εργασιακό περιβάλλον (American Psychiatric Association, 2013).

Τα άτομα που παρουσιάζουν γενετικά σύνδρομα όπως το Σύνδρομο Down, το Σύνδρομο του Εύθραυστου Χ Χρωμοσώματος, το Σύνδρομο Williams, το Σύνδρομο Prader -Willy και το Σύνδρομο Turner, πέρα από άλλα συμπτώματα εμφανίζουν και νοητική αναπηρία (Στασινός, 2013).

Ανάλογα με το νοητικό δυναμικό το οποίο ορίζεται μέσω εξειδικευμένων τεστ νοημοσύνης, τα άτομα με νοητική αναπηρία κατατάσσονται σε άτομα με ήπια νοητική αναπηρία, σε άτομα με μέτρια νοητική αναπηρία και σε άτομα με βαριά νοητική αναπηρία.

Οι πάσχοντες με ήπια νοητική αναπηρία δυσκολεύονται στην ανάγνωση, στη γραφή και στην αριθμητική. Δεν κατανοούν σε λειτουργικό βαθμό την έννοια και τη χρήση του χρόνου και του χρήματος και παρουσιάζουν δυσκολίες σε θέματα όπως στην αφηρημένη σκέψη και στη βραχυπρόθεσμη μνήμη.

Επίσης, δυσκολεύονται στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και στο να αντιληφθούν τα κοινωνικά λεγόμενα των συνομηλίκων τους. Πολλές φορές δεν δύνανται να αντιληφθούν τον κίνδυνο στις κοινωνικές καταστάσεις καθώς η κρίση τους σε τέτοια

θέματα δεν είναι ώριμη και βρίσκονται εκτεθειμένοι στον κίνδυνο της χειραγώγησης και της εκμετάλλευσης άλλων. Τα άτομα αυτά χρειάζονται υποστήριξη στην εκπόνηση επαγγέλματος και σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως στη μετακίνηση, στην οργάνωση του σπιτιού, στις οικονομικές συναλλαγές κλπ.

Τα άτομα με μέτρια νοητική αναπηρία εκδηλώνουν εμφανείς δυσκολίες σε ακαδημαϊκό επίπεδο και οι δεξιότητές τους φτάνουν σε ένα στοιχειώδες επίπεδο. Παρουσιάζουν έντονες αδυναμίες στην αφηρημένη σκέψη, στη διαχείριση καταστάσεων και στη βραχυπρόθεσμη μνήμη και χρήζουν συνεχούς βοήθειας σε καθημερινή βάση.

Οι αδυναμίες τους στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και στην αντίληψη κοινωνικών καταστάσεων και συμπεριφορών είναι έντονες σε τέτοιο βαθμό, ώστε η υποστήριξη να γίνεται απαραίτητη. Τα άτομα που πάσχουν από μέτρια νοητική αναπηρία μπορούν να επιτύχουν την αυτονομία σε θέματα αυτοεξυπηρέτησης, μετά από παρατεταμένη και επιστάμενη περίοδο εκπαίδευσης. Μπορεί να επιτευχθεί και εργασία, αλλά με επίβλεψη και υποστήριξη του έμψυχου επαγγελματικού πλαισίου.

Μεταβαίνοντας στα άτομα με βαριά νοητική αναπηρία διαπιστώνεται ότι η ομιλούμενη γλώσσα είναι περιορισμένη, καθώς διατυπώνουν μεμονωμένες λέξεις ή φράσεις και η επικοινωνία τους εστιάζεται στο παρόν μέσα σε καθημερινά γεγονότα. Το άτομα αυτά δε δύναται να αυτοεξυπηρετηθούν σε βασικές ανάγκες και χρειάζονται καθολική εποπτεία, που σημαίνει την ανάγκη συνεχούς στήριξης και βοήθειας (American Psychiatric Association, 2013).

1.4 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά Μαθησιακών Δυσκολιών

«Τα παιδιά με Μαθησιακές Δυσκολίες παρουσιάζουν κάποια διαταραχή σε μία ή περισσότερες από τις βασικές ψυχολογικές διεργασίες που αφορούν την κατανόηση ή τη χρήση του προφορικού ή γραπτού λόγου. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να εκδηλωθούν στην κατανόηση, στη σκέψη, στον λόγο, στην ανάγνωση, στη γραφή, στην ορθογραφία στην αριθμητική. Οι Διαταραχές εμπεριέχουν συνθήκες όπως αντιληπτικές ανεπάρκειες, εγκεφαλική βλάβη, ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, δυσλεξία, εξελικτική αφαασία. Στις Μαθησιακές Δυσκολίες δεν εντάσσονται εκείνα τα προβλήματα μάθησης που οφείλονται σε Οπτικές ακουστικές ή κινητικές ανεπάρκειες στη Νοητική καθυστέρηση, στις Συναισθηματικές διαταραχές, στην Περιβαλλοντική αποστέρηση» (Kirk, 1962, όπ. αναφ. στο Τζιβινίκου, 2015).

Το 1988 με νέες προσθήκες που σχετίζονται με τη μη ομοιογένεια των δυσκολιών, την επιμονή αυτών, την ενδογενή αιτιολογία τους και την συνύπαρξη με άλλα προβλήματα τέθηκε ο όρος “learning disability ως εξής: (Παντελιάδου, 2011 & Τζιβινίκου, 2015).

«Οι Μαθησιακές δυσκολίες είναι μια ετερογενής ομάδα διαταραχών που παρουσιάζεται με σημαντικές δυσκολίες στην ακουστική αντίληψη, στην ομιλία, στην ανάγνωση, στη γραφή, στο συλλογισμό και στις μαθηματικές δεξιότητες. Αυτές οι διαταραχές είναι εγγενείς στο άτομο και θεωρείται ότι οφείλονται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Μια μαθησιακή δυσκολία μπορεί να προκύπτει ως επακόλουθο άλλων αναπηριών όπως αισθητηριακής αναπηρίας, νοητικής αναπηρίας, κοινωνικής και συναισθηματικής διαταραχής και περιβαλλοντικών παραγόντων όπως (π.χ. πολιτισμικές διαφορές, ανεπαρκής/ακατάλληλη διδασκαλία, ψυχογενετικούς παράγοντες) αλλά δεν αποτελεί το

άμεσο αποτέλεσμα αυτών των συνθηκών ή επιρροών.» (Hammil, 1990, όπ. αναφ. στο Παντελιάδου, 2011 & Τζιβινίκου, 2015).

Σύμφωνα με το DSM 5(όπ. αναφ. στο Τζιβινίκου, 2015) προκειμένου κάποιος να λάβει τη διάγνωση των ειδικών μαθησιακών διαταραχών, προϋποθέτει να εκδηλώσει εμφανείς δυσκολίες στην ανάγνωση, στη γραφή, στην αριθμητική στον τρόπο απόδοσης της μαθηματικής σκέψης, που κυρίως προβάλλονται κατά τη διάρκεια κυρίως της σχολικής φοίτησης. Πιο συγκεκριμένα είτε η ανάγνωση εκδηλώνεται ανακριβής, αργή και κοπιώδης , είτε η γραπτή έκφραση φτωχή χωρίς σαφήνεια και συνοχή , είτε η αριθμητική και μαθηματική σκέψη και δραστηριότητα βρίσκονται σε επίπεδο ανησυχητικό. Εν ολίγοις, η γενικότερη σχολική επίδοση και οι ακαδημαϊκές δεξιότητες είναι πολύ κάτω από το μέσο όρο απόδοσης των υπολοίπων ανάλογης ηλικίας παιδιών, γεγονός που αποδεικνύεται και μέσω κατάλληλων και αναγνωρισμένων τεστ μαθησιακών δυσκολιών.

1.5 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της κώφωσης

Η κώφωση αποτελεί μια σημαντική αισθητηριακή αναπηρία, εφόσον ο πάσχων αδυνατεί να προσλάβει τα ακουστικά ερεθίσματα σε όλες ή αν όχι σε όλες, στις πιο πολλές εκδηλώσεις της ηχητικής έκφασής τους. Τα μη ακούοντα άτομα δύνανται να λαμβάνουν κάποιους ήχους, αλλά δεν καταλαβαίνουν το περιεχόμενο των λεγόμενων των συνομιλητών τους.

Επιπλέον, υπάρχουν τρεις τύποι ακουστικής ανεπάρκειας οι οποίοι είναι οι εξής:

Η αγωγήμη ακουστική απώλεια, η αισθητικονευρική ακουστική απώλεια και η μικτή ακουστική απώλεια.

Οι ανωμαλίες οι δυσκολίες και οι περιπλοκές στη λειτουργία του εξωτερικού ή μέσου αυτιού μπορούν να προκαλέσουν ακουστική απώλεια. Για παράδειγμα η πέραν του ορίου συσσώρευση κυψελίδας στην ακουστική δίοδο, ή η εκδήλωση λιμναζόντων υγρών θεωρούνται σημαίνοντες παράγοντες της παρεμπόδισης λήψεων ήχου. Συναφή προβλήματα λήψεων ήχου αντιμετωπίζουν και τα άτομα που έχουν εκ γενετής είτε ελλιπή, είτε παραμορφωμένη ακουστική δίοδο.

Στην περίπτωση της αισθητικονευρικής ακουστικής απώλειας υφίσταται βλάβη στις ακουστικές νευρικές ίνες ή σε άλλους εμπλεκόμενους αισθητικούς μηχανισμούς του εσωτερικού αυτιού.

Η τρίτη δε περίπτωση της μικτής ακουστικής απώλειας αφορά το συνδυασμό της ακουστικής απώλειας και της αισθητικονευρικής ακουστικής απώλειας και αποτελεί την πιο σοβαρή μορφή της ακουστικής ανεπάρκειας (Στασινός, 2013).

Σύμφωνα με το American College of Physicians (2000) ο άνθρωπος καθώς μεγαλώνει μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα ακοής. Η λεγόμενη πρεσβυακοΐα παρουσιάζεται σε άτομα άνω των 50 ετών, τα οποία εκδηλώνουν σταδιακή δυσκολία αντίληψης διάφορων ήχων και συνομιλιών. Συνήθως προσβάλλονται και τα δύο αυτιά, αλλά όχι στον ίδιο βαθμό. Η σοβαρή επιδείνωση της ακοής οδηγεί στην χρήση εμφυτεύματος, ειδάλλως σε περίπτωση που δεν υπάρξει παρέμβαση το άτομο μεγάλης ηλικίας οδηγείται στην κώφωση. Άλλες ασθένειες που μπορούν να οδηγήσουν σε ακουστική ανεπάρκεια είναι η λαβυρινθίτιδα, η οποία προκαλεί φλεγμονή στο λαβύρινθο του εσωτερικού αυτιού, που περιέχει τα υποδεικτικά όργανα ακοής και η νόσος του Meniere, η οποία αποτελεί διαταραχή του εσωτερικού αυτιού.

Επιπροσθέτως, ανάλογα με το βαθμό ακουστικής απώλειας υπάρχει η εξής κλίμακα: Ελαφρά ακουστική απώλεια, ήπια ακουστική απώλεια, μέτρια ακουστική απώλεια, σοβαρή ακουστική απώλεια και τέλος βαριά ακουστική απώλεια (Στασινός, 2013).

1.6 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της οπτικής αναπηρίας

Στην προσπάθεια της δημιουργίας του ορισμού της οπτικής ανεπάρκειας προέκυψαν κριτήρια συναφή με νομοθετικές ρυθμίσεις και θέματα εκπαίδευσης στο σχολείο. Κατά αυτόν τον τρόπο διατυπώθηκαν ορισμοί νομικού ή εκπαιδευτικού περιεχομένου.

Αναφέροντας το νομικό ορισμό σημαίνει ανεπάρκεια που προσδίδει βαρύτητα στις μετρήσεις της οπτικής οξύτητας και του οπτικού πεδίου του ανθρώπου. Από εκπαιδευτική σκοπιά τα παιδιά με συναφείς ανεπάρκειες διακρίνονται σε παιδιά με τύφλωση και σε παιδιά με χαμηλή όραση ή απώλεια όρασης (Στασινός, 2013).

Είτε οι διαταραχές των ματιών, είτε οι επιπλοκές των νεύρων που συνδέουν τα μάτια με τον εγκέφαλο, είτε οι δυσλειτουργίες σε σημεία του εγκεφάλου, που εμπλέκονται με το μηχανισμό και τη διεργασία της όρασης μπορούν να προκαλέσουν τύφλωση ή αλλιώς απώλεια οπτικής επάρκειας. Επομένως, για παράδειγμα η βλάβη του φωτοευαίσθητου αμφιβληστροειδούς, που δημιουργείται εξαιτίας διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή η εκφύλιση ωχρής κηλίδας λόγω γλαυκώματος ή η θόλωση κρυσταλλοειδούς φακού του ματιού λόγω καταρράκτη μπορούν να οδηγήσουν σε οπτική αναπηρία (American College of Physicians, 2000).

Σύμφωνα με το Στασινό (2013) ο στραβισμός, η αμβλυωπία, ο νυσταγμός, η φωτοφοβία και ο αλμπινισμός αποτελούν μορφές οπτικής ανεπάρκειας. Ο στραβισμός είναι μια κοινή οπτική διαταραχή κατά την οποία το ένα μάτι μόνο εστιάζει στο παρατηρούμενο αντικείμενο (American College of Physicians, 2000).

Αν δεν υπάρξει έγκαιρη αντιμετώπιση της εν λόγω διαταραχής ο πάσχων μπορεί να αποκτήσει μόνιμη οπτική αναπηρία (Στασινός, 2013).

Η αμβλυωπία είναι μια πάθηση σύμφωνα με την οποία ο ασθενής έχει είτε θολή όραση είτε έλλειψη όρασης. Εμφανίζεται σε άτομα συγγενικά μεταξύ τους, γεγονός που παραπέμπει σε αίτια γενετικών παραγόντων (American College of Physicians, 2000).

Με το νυσταγμό έχουμε το σύμπτωμα της γρήγορης και ακούσιας κίνησης των ματιών πίσω και μπρος που ακολουθεί ταυτόχρονα μια πλάγια, κάθετη και κυκλική κατεύθυνση. Η φωτοφοβία είναι γνωστή για την κατάσταση των ματιών που εκδηλώνουν έντονη ευαισθησία και ενόχληση στο φως και τέλος ο αλμπινισμός αποτελεί μια οπτική ιδιαιτερότητα σύμφωνα με την οποία τα πάσχοντα άτομα της προκείμενης πάθησης έχουν σχεδόν πάντοτε φωτοφοβία. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στην απουσία μιας ουσίας της λεγόμενης μελάγχρωσης στα μάτια (Στασινός, 2013).

1.7 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της εγκεφαλικής παράλυσης

Σύμφωνα με το American College of Physicians (2000) η εγκεφαλική παράλυση εκδηλώνεται με κινητικές και δύσκαμπτες μορφές στήριξης του σώματος, οι οποίες οφείλονται σε βλάβη του υπό ανάπτυξη εγκεφάλου.

Ουσιαστικά ο όρος εγκεφαλική παράλυση δεν αποδίδεται ως μια πάθηση, μια νόσος, αλλά αποδίδεται με την περιγραφή μιας κατηγορίας διαταραχών, που προκαλούν δυσλειτουργίες στην κινητικότητα και στην ικανότητα του σώματος να στέκεται όρθιο.

Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι απόρροια βλάβης του εγκεφάλου που αναπτύσσεται, είτε την περίοδο της εγκυμοσύνης, είτε κατά τη διάρκεια του τοκετού, είτε κατά την πρώιμη παιδική ηλικία.

Στην περίοδο της εγκυμοσύνης για παράδειγμα κάποια μεταδιδόμενη από τη μητέρα λοιμώδης νόσος, όπως για παράδειγμα η ερυθρά, μπορεί εκτός των άλλων να προκαλέσει εγκεφαλική παράλυση στο έμβρυο. Στη διάρκεια του τοκετού εάν το βρέφος αποστερηθεί οξυγόνο, τότε δύναται επίσης να υποστεί εγκεφαλική παράλυση. Επιπρόσθετα η πρόωρη γέννηση, νοσήματα όπως για παράδειγμα η μηνιγγίτιδα ή ακόμα και η κρανιακή κάκωση μπορούν να οδηγήσουν σε εγκεφαλική παράλυση.

Ο Στασινός (2013) δηλώνει πως οι πιο διάχυτες μορφές εγκεφαλικής παράλυσης είναι η τετραπληγία με την οποία πλήττονται τα άνω και τα κάτω άκρα και η οποία μπορεί να εκδηλωθεί είτε με ανεπάρκεια στήριξης σώματος ή και προσώπου. Ακολουθούν η παραπληγία με κινητική ανεπάρκεια κάτω άκρων, η ημιπληγία με την οποία πλήττεται μόνο η μία πλευρά του σώματος και η διπληγία όπου πλήττονται πιο σοβαρά τα κάτω άκρα και λιγότερο σοβαρά τα άνω.

Επιπρόσθετα, οι λιγότερο διάχυτες μορφές εγκεφαλικής παράλυσης είναι η μονοπληγία με την οποία πλήττεται μόνο το ένα άκρο του σώματος, η τριπληγία με την οποία πλήττονται τρία άκρα του σώματος και η διπλή ημιπληγία με την οποία πλήττονται περισσότερο τα άνω άκρα και λιγότερο τα κάτω.

Βάσει του τύπου της κινητικής δυσκολίας υπάρχουν κατηγορίες εγκεφαλικής παράλυσης. Επομένως αναφέρονται η σπαστικότητα, η οποία εκδηλώνεται με δυσαρμονία στις μυϊκές κινήσεις, η αθέτωση που εκδηλώνεται με απότομες, ακούσιες, σπασματικές κινήσεις, η δύσκαμπτη εγκεφαλική παράλυση, η οποία χαρακτηρίζεται με ακαμψία του σώματος, η τρεμουλιαστή εγκεφαλική παράλυση που εκδηλώνεται με ρυθμική και ακούσια κίνηση μυών και η μικτή εγκεφαλική παράλυση που εκδηλώνεται με συνδυασμό σπαστικότητας και τρέμουλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ, & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ : ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

2.1 Περιγραφή Κεφαλαίου

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην κατάθλιψη, στην μετατραυματική ανάπτυξη και στην κοινωνική υποστήριξη. Αρχικά προσδιορίζεται η έννοια της κατάθλιψης, καθώς σε έρευνα των Olsson & Hwang (2001) προέκυψε το συμπέρασμα πως η κατάθλιψη και η ψυχολογική δυσφορία παρουσιάζονται πιο έντονα στις μητέρες φροντιστές μαθητών με αναπηρία εν συγκρίσει με τις μητέρες μαθητών τυπικής ανάπτυξης. Επιπλέον στην εν λόγω έρευνα αποκαλύπτεται και η σημαντικότητα της κοινωνικής υποστήριξης. Επομένως, από τη μελέτη διαφαίνεται πως οι μητέρες φροντιστές μαθητών με αναπηρία που δεν έχουν την κοινωνική υποστήριξη με τη μορφή του συντρόφου, τίθενται πιο ευάλωτες σε βαριές μορφές κατάθλιψης, σε σχέση με τις μητέρες που έχουν σύντροφο. Ασφαλώς και η αναφορά στη μετατραυματική ανάπτυξη είναι υψίστης σημασίας διότι σε έρευνες των Zhang et al. (2013) οι μητέρες μαθητών με αναπηρία εκδήλωσαν εμφανή στοιχεία της που επηρεάζουν τη ζωή τους.

2.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη παρουσιάζεται όταν το άτομο αντιμετωπίζει ένα ή περισσότερα δυσμενή γεγονότα που προκαλούν έντονο στρες. Ο παράγοντας που μπορεί να την προκαλέσει είναι ένα βαρυσήμαντο δυσάρεστο γεγονός όπως η απώλεια προσφιλούς ή συγγενικού προσώπου, η διάλυση μιας στενής σχέσης, η απώλεια εργασίας κλπ. Ένα τραυματικό περιστατικό κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, ενδέχεται να τεθεί ως προδιαθετικός παράγοντας στην εκδήλωση της κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή. Εκτός των

άλλων υπάρχουν και αρκετές σωματικές διαταραχές , όπως η λοιμώδης μονοπυρήνωση, οι νευρολογικές διαταραχές και οι ορμονικές διαταραχές, που μπορούν να φέρουν στην επιφάνεια στοιχεία κατάθλιψης (American College of Physicians, 2000).

Σύμφωνα με το διαγνωστικό εργαλείο ψυχιατρικών διαταραχών DSM 5 ο όρος κατάθλιψη αποδίδεται αρχικά ως «Διασπαστική διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης», σύμφωνα με την οποία ο πάσχων παρουσιάζει έντονες συνεχόμενες εκδηλώσεις θυμού , οι οποίες προσδίδονται με λεκτικό τρόπο και δε συνάδουν με το αναπτυξιακό επίπεδο του . Επιπλέον, η ελάχιστη συχνότητά τους είναι τρεις φορές την εβδομάδα ενώ στο διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των εκδηλώσεων του θυμού η διάθεση του πάσχοντος είναι ευερέθιστη ή απειλητική σε καθημερινή βάση και παρατηρήσιμη από τους οικείους του και τον ευρύτερο περίγυρο.

Μια επιπρόσθετη μορφή καταθλιπτικής διαταραχής είναι η λεγόμενη «Μείζων καταθλιπτική διαταραχή», βάσει της οποίας ο πάσχων παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Επιπλέον, προβάλλει έντονη αποστροφή σε ποικίλες ενασχολήσεις που αποφέρουν ενδιαφέρον ευχαρίστηση και απόλαυση. Σημαντική αλλαγή παρουσιάζεται και στο θέμα της διατροφής είτε με την υπερβολική κατανάλωση τροφίμων είτε με την υποφαγία. Επιπρόσθετα, η διάθεση καθημερινής κόπωσης, η έλλειψη συγκέντρωσης και τα αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής βρίσκονται στο καθημερινό προσκήνιο. Πολλές φορές αναδύονται και τίθενται σε επεξεργασία επαναλαμβανόμενες και έντονες σκέψεις θανάτου, που καταλήγουν είτε σε αυτοκτονικούς συλλογισμούς είτε σε αυτοκτονικές απόπειρες. Σημειώνεται ότι τα εμφανή συμπτώματα οδηγούν σε μείωση των κοινωνικών, επαγγελματικών, οικογενειακών και διαπροσωπικών σχέσεων.

Ένα άλλο είδος καταθλιπτικής διαταραχής είναι η επιμένουσα καταθλιπτική διαταραχή η οποία εκδηλώνεται με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά για τουλάχιστον δύο χρόνια.

- Καταθλιπτική διάθεση στο μείζον μέρος της ημέρας, τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας.
- Μειωμένη όρεξη ή υπερβολική κατανάλωση τροφίμων, αϋπνία ή υπερυπνία, χαμηλή ενεργητική διάθεση, φτωχή συγκέντρωση ή δυσκολία λήψης αποφάσεων και πρωτοβουλιών, αισθήματα απελπισίας.

2.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός της μετατραυματικής ανάπτυξης

Σύμφωνα με τους Tedeschi & Calhoun (2004) ο όρος μετατραυματική ανάπτυξη χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε ένα άρθρο τους το 1996 που περιέγραφε την ανάπτυξη ενός αποθέματος που είχε σχεδιαστεί για τη μέτρηση αυτής της ανάπτυξης. Νωρίτερα σε άλλο έργο τους προσπαθώντας να αποδώσουν τον προκείμενο όρο χρησιμοποιήσαν τους όρους όπως αντιληπτά οφέλη, θετικές πτυχές και μετασχηματισμός τραύματος. Η μετατραυματική ανάπτυξη είναι η εμπειρία της θετικής αλλαγής που συμβαίνει ως απόρροια ενός αγώνα με εξαιρετικά δύσκολες κρίσεις ζωής. Εκδηλώνεται με την αυξημένη εκτίμησης της ζωής, την προσήλωση σε διαπροσωπικές σχέσεις γεμάτες ουσία και ενδιαφέρον, την αυξημένη και έντονη αίσθηση της προσωπικής δύναμης, την αλλαγή προτεραιοτήτων και την πλουσιότερη υπαρξιακή και πνευματική ζωή. Αν και ο όρος είναι νέος, η ιδέα του εντούτοις, ότι δηλ. το μεγάλο καλό μπορεί να προέλθει από μεγάλες δυσκολίες και δοκιμασίες είναι παλαιά.

Πολλοί θεωρητικοί ερευνητές έχουν εκφράσει διαφορετικές αντιλήψεις της μετατραυματικής ανάπτυξης. Το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης έχει εννοηθεί ως αποτέλεσμα του αγώνα με ένα τραυματικό γεγονός (Schaefer & Moos, 1992, 1998; Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004 όπ. αναφ. στο Zoellner & Maercker, 2006) ή ως στρατηγική αντιμετώπισης (Affleck & Tennen, 1996 όπ. αναφ. στο Zoellner & Maercker,

2006). Ως αποτέλεσμα της αντιμετώπισης του τραύματος, η μετατραυματική ανάπτυξη υποδηλώνει μια σημαντική ευεργετική και ουσιώδη αλλαγή στη γνωστική και συναισθηματική ζωή που αποτελεί την «αντίθεση» της διαταραχής του μετατραυματικού στρες (PTSD).

Η μετατραυματική ανάπτυξη (PTG) που αναφέρεται στην ανάπτυξη θετικών αλλαγών και προοπτικών μετά από ένα τραύμα, εστιάζει στις πέντε προαναφερόμενες κύριες πτυχές και έχει παρατηρηθεί σε διάφορους πληθυσμούς που έχουν βιώσει καταστάσεις όπως τραυματισμούς σοβαρούς, σοβαρές ιατρικές ασθένειες, εκδηλώσεις βίας, επιθετικότητας με και χωρίς σεξουαλική κακοποίηση, φυσικές καταστροφές, απώλεια αγαπημένων προσώπων κλπ. (Tedeschi & Calhoun 2004· Tolin & Foa, 2006· Linley & Joseph 2004· Zoellner & Maercker, 2006· Zwahlen, Hagenbuch et al., 2006 όπ. αναφ. στο Jin, Xu & Liu, 2014).

Επίσης, η μετατραυματική ανάπτυξη θεωρείται ότι συνυπάρχει με την ταλαιπωρία και την ψυχική εξουθένωση με θετικό τρόπο. Οι Solomon και Dekel (2007, όπ. στο αναφ. Dekel, Ein-Dor & Solomon, 2012) διαπίστωσαν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ψυχική δυσφορία, τόσο μεγαλύτερη είναι η εκδήλωση της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Vishnevsky et al. (2010, όπ. αναφ. Kielb, Bargiel-Matusiewicz & Pisula, 2019) οι γυναίκες βιώνουν συνήθως πιο θετικές αλλαγές μετά από ένα τραυματικό συμβάν από ότι οι άνδρες. Καθώς λοιπόν οι γυναίκες σε μελέτη τους εμφάνισαν υψηλό επίπεδο PTG διαπιστώθηκε το γεγονός ότι η εκδήλωση της μετατραυματικής ανάπτυξης εμφανίζει στοιχεία επιρροής και εξάρτησης από το φύλο.

Ωστόσο, σε κάποιες μελέτες που επικεντρώνονται αποκλειστικά στους πατέρες παιδιών με αναπηρίες δείχνουν ότι οι άνθρωποι αυτοί εμφανίζουν αυξημένη προσωπική δύναμη, αναγνώριση νέων ευκαιριών στη ζωή τους και εν γένει μετατραυματική ανάπτυξη

με την όποια απόρροια θετικών αποτελεσμάτων (Cheuk & Lashewicz, 2016 όπ. αναφ. στο Byra & Ćwirynkało, 2020).

2.4 Εννοιολογικός προσδιορισμός της κοινωνικής υποστήριξης

Οι ορισμοί που αναφέρονται σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη αφθονούν. Για παράδειγμα, ο Cobb (1976, όπ. αναφ. στο Pearson , 1986) εντόπισε ότι η κοινωνική υποστήριξη εκδηλώνεται με την υποστήριξη, τη φροντίδα που δέχεται το άτομο, την αναγνώριση και το σεβασμό που βιώνει, και τη συμμετοχή του σε ομαδικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις .

Ο Gore (1973, όπ. αναφ. στο Pearson ,1986) αντιλήφθηκε τις κοινωνικά υποστηρικτικές έννοιες ως ιδιότητες ρόλων, που επιδιώκουν την κάλυψη συναισθηματικών και πρακτικών αναγκών με γνώμονα το σεβασμό και την εκτίμηση. Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένα πλεονέκτημα για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων και συμβάντων που συμβάλλει και αποσκοπεί στην αγάπη, στην ασφάλεια, στην αυτο-έκφραση, και στην αναγνώριση.

Όσο αφορά τα είδη υποστήριξης οι House (1981, Cohen & Wills, 1985, όπ. αναφ. στο Jacobson, 1986) κάνουν λόγο για περισσότερα από ένα είδος. Κατ' επέκταση, δηλώνουν πως είτε χρησιμοποιείται αυτή η τυπολογία ή μια παρόμοια με σκοπό να διαφοροποιήσουν τις πρωταρχικές πτυχές της υποστήριξης. Καταρχήν γίνεται λόγος για τη συναισθηματική υποστήριξη, η οποία σχετίζεται με τη συμπεριφορά που καλλιεργεί συναισθήματα άνεσης, ασφάλειας και οδηγεί τον άνθρωπο να πιστέψει ότι θαυμάζεται, ότι χαίρει σεβασμού και αγάπης με την παροχή φροντίδας άλλων ανθρώπων. Έπειτα ακολουθεί η γνωστική υποστήριξη η οποία αναφέρεται σε πληροφορίες, γνώσεις ή / και νοηθείς που βοηθούν το άτομο να κατανοήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και

να προσαρμοστεί στις όποιες αλλαγές που απορρέουν από αυτήν. Τελευταία είναι η υποστήριξη υλικών που σχετίζεται με την παροχή αγαθών και υπηρεσιών με στόχο την επίλυση πρακτικών προβλημάτων.

Μεταβαίνοντας σε έρευνες των Dunst, Trivette & Deal (1988, όπ. αναφ. στο Findler, 2000) γίνεται αντιληπτή η διάκριση μεταξύ άτυπων και επίσημων πηγών κοινωνικής υποστήριξης με βάση το ρόλο των ατόμων και των σχέσεων που παρουσιάζονται . Τα άτυπα δίκτυα υποστήριξης περιλαμβάνουν συγγενείς, φίλους, γείτονες, κ.λπ. και κοινωνικές ομάδες όπως θρησκευτικές οργανώσεις, κοινωνικά κλαμπ και ούτω καθεξής. Αυτά τα άτομα και οι ομάδες παρέχουν υποστήριξη στην καθημερινή ρουτίνα διαβίωσης των ανθρώπων που βιώνουν δύσκολες καταστάσεις . Αντίθετα, η τυπική υποστήριξη πρόσκειται στα δίκτυα υποστήριξης, που περιλαμβάνουν τόσο επαγγελματίες δηλ. γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, θεραπευτές κ.λπ. όσο και υπηρεσίες όπως νοσοκομεία, θεραπευτικά κέντρα παρέμβασης, τμήματα υγείας κ.λπ. Έχουν διαμορφωθεί κάτω από συνθήκες επίσημης οργάνωσης με σκοπό και στόχο τη παροχή βοήθειας σε άτομα με συγκεκριμένες και καθορισμένες ανάγκες.

Πέρα από τις γενικές αντιλήψεις για την υποστήριξη, οι Ho & Chiu, (1994; Pierce, Sarason, & Sarason, 1990 ; Sarason , Pierce, & Sarason, 1990, όπ. αναφ. στο Ow, Tan & Goh, 2004) εξέφρασαν ότι τα άτομα που βρίσκονται σε δύνη προβλημάτων αναπτύσσουν επίσης σύνολα προσδοκιών που σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα της κοινωνικής υποστήριξης και συνδέονται ανάλογα με τον τρόπο σχέσης που έχουν με αυτήν. Εκτός των άλλων, οι Flaherty & Richman, (1986, όπ. αναφ. στο Ow, Tan & Goh, 2004) επισημαίνουν ότι οι παγκόσμιες απόψεις που αντικατοπτρίζουν προηγμένες κοινωνικές σχέσεις είναι καθοριστικές και συνδέονται με τον τρόπο με τον οποίο γίνεται ευρύτερα αντιληπτή η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης. Επιπρόσθετα, με βάση ευρήματα έρευνας των Braithwaite, Waldron & Finn (1999) διαπιστώνεται ότι η κοινωνική υποστήριξη

εκδηλώνεται και ανταλλάσσεται συχνότερα από μέλη ομάδων που φροντίζουν άτομα με αναπηρία.

2.5 Παράγοντες που επιδρούν είτε στην κατάθλιψη είτε στην μετατραυματική ανάπτυξη είτε στην κοινωνική υποστήριξη των οικογενειών με παιδιά με αναπηρία

Σύμφωνα με τη Raina (2005) αρκετοί παράγοντες πιστεύεται ότι επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας οικογενειών που μεγαλώνουν ένα παιδί με αναπτυξιακή αναπηρία. Στην έρευνα της βρέθηκε ότι οι παράγοντες που επιδρούν στην ψυχολογική δυσφορία, στην κατάθλιψη και στη σωματική υγεία των φροντιστών σχετίζονται με τη συμπεριφορά των παιδιών με αναπηρία και τις απαιτήσεις φροντίδας αυτών. Επιπλέον τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών αυτών θεωρήθηκαν σημαντική αντανάκλαση της ψυχικής κατάστασης των φροντιστών τους, άμεσα και έμμεσα, μέσω της επίδρασής τους στην αυτοαντίληψη και στην οικογενειακή λειτουργία, καθώς συμβάλλουν τόσο στην ψυχολογική στην όσο και στη σωματική υγεία των ανθρώπων που συμβιώνουν με άτομα με ειδικές ανάγκες.

Μεταβαίνοντας σε μελέτη των Grant et al. (2012) διαπιστώνεται ότι η οικογένεια παιδιών με αναπηρία δύναται της ευκαιρίας να μπει στη διεργασία να αποκομίσει αντοχή και κοινωνική υποστήριξη με τη παραγοντική χρήση τυπικών πακέτων υποστήριξης συμπεριφοράς, τα οποία απαιτούν τη δέουσα προσαρμογή στον τύπο αναπηρίας του παιδιού για την πραγματοποίηση του καλύτερου αποτελέσματος και παράλληλα προσφέρουν τη δυνατότητα εστίασης και επικέντρωσης στις τρέχουσες δυσκολίες του πάσχοντος. Τα πακέτα αυτά στήριξης προσφέρουν την δυνατότητα στην οικογένεια να

μάθει να διαχειρίζεται συμπεριφορές του μέλους της με αναπηρία και να αποκτήσει τεχνικές και στρατηγικές αντιμετώπισης διαφόρων καταστάσεων .

Οι Halstead, Griffith & Hastings (2017) εξακρίβωσαν πως τα επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης συνέβαλαν σταθερά στη σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς του παιδιού με αναπηρία , των συναισθηματικών προβλημάτων των οικογενειών τους και ιδίως των μητέρων τους ως σημαντικός περιοριστικός παράγοντας που επιδρά σε καταστάσεις που βιώνουν όπως η κατάθλιψη και η μειωμένη ικανοποίηση του τρόπου ζωής τους. Επομένως, όταν οι δείκτες της κοινωνικής υποστήριξης βρισκόταν σε υψηλό επίπεδο, δεν υπήρχε επίπεδο συνδυασμού της με τα συναισθηματικά προβλήματά τους.

Στη συνέχεια οι Zaidman-Zait et al. (2016) ανακάλυψαν πως οι κοινωνικοί πόροι ως ενισχυτικοί παράγοντες επιτρέπουν στις οικογένειες και ιδίως στις μητέρες παιδιών με αυτισμό να επιδοθούν στη φροντίδα παιδιού με αυτισμό χωρίς να εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα στρες. Επιπλέον διαπιστώθηκε πως η οικογενειακή δυσλειτουργία και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης λειτουργούν ως διασπαστικοί παράγοντες θετικής ενέργειας και αποδοτικότητας και οδηγούν τους γονείς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας σε δυσκολίες διαχείρισης της καθημερινής ζωής και της επικοινωνίας.

Ευρήματα έρευνας των Das et al. (2017) έδειξαν πως η πρόκληση που αντιμετωπίζει η οικογένεια παιδιού με αυτισμό, η οποία σχετίζεται με τη δια βίου υποστήριξη, ενθάρρυνση, συναισθηματική καλλιέργεια, κοινωνική και πνευματική ανάπτυξη του παιδιού με αναπηρία, λειτουργεί εκ των πραγμάτων και ως καθοριστικός παράγοντας της ψυχικής δυσφορίας και του άγχους . Οι γονείς ιδίως τόνισαν το γεγονός ότι τα παιδιά τους , που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, παρόλο που πέτυχαν ορισμένες λειτουργικές δεξιότητες μέσω της εκπαίδευσης, υστερούν στους τομείς της λήψης αποφάσεων, της επίλυσης προβλημάτων και της κριτικής σκέψης με αποτέλεσμα

να χρειάζονται την επ' άπειρον στήριξη, που σαφώς αποφέρει ψυχική φθορά σε όλη την οικογένεια.

Σημαντικά είναι επίσης τα ευρήματα της έρευνας των Zhang et al. (2015) που έδειξαν ότι ο θετικός παράγοντας που μπορεί να κάνει τη μετατραυματική ανάπτυξη πιο έκδηλη στις οικογένειες ατόμων με αναπηρία, καθορίζεται από τον τρόπο με τον οποίο συναισθάνονται και αποκομίζουν την κοινωνική υποστήριξη, την αντιμετώπιση της αναπηρίας του παιδιού και τη βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας.

Σε άλλη μελέτη οι Zhang et al. (2014) διαπίστωσαν ότι η ομαδική εργασία σύντομης θεραπείας θα μπορούσε να βελτιώσει τη μετατραυματική ανάπτυξη των ανθρώπων, που ανατρέφουν ένα παιδί με διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Στην συγκεκριμένη έρευνα μετά από κάποιες συνεδρίες ομαδικών δραστηριοτήτων σύντομης θεραπείας, η μετατραυματική ανάπτυξη των συγγενών φροντιστών αυξήθηκε και στους πέντε τομείς της σε σύγκριση με αυτούς που δεν έλαβαν παρέμβαση. Επομένως οι ερευνητές υπέθεσαν ότι οι ομαδικές δραστηριότητες σύντομης θεραπείας λειτούργησαν ως προωθητικός παράγοντας της μετατραυματικής ανάπτυξης. Αν και η συγκεκριμένη παρέμβαση ήταν βραχυπρόθεσμη, τα οφέλη αυτής διήρκεσαν μισό χρόνο, επηρεάζοντας το κομμάτι των νέων δυνατοτήτων και των επαφών με άλλους, αλλά όχι το κομμάτι της εκτίμησης της ζωής και της προσωπικής δύναμης. Αυτό σημαίνει ότι η ποσότητα συνεδριών μπορεί να μην επαρκούσε για να προωθήσει σε όλο της το σύνολο τη μετατραυματική ανάπτυξη των ανθρώπων που μεγαλώνουν παιδί μη τυπικής ανάπτυξης και πως οι επιπρόσθετες συνεδρίες θα ήταν απαραίτητες.

Σε άλλη έρευνα των Zhang et al. (2013), τα διαφορετικά στυλ αντιμετώπισης και αμφιβολίας διαδραματίζουν διαφορετικούς ρόλους στη μετατραυματική ανάπτυξη, η οποία θα μπορούσε να προωθηθεί τόσο με την αύξηση της αισιοδοξίας μέσω θετικών

επαναλαμβανόμενων σκέψεων όσο και με τη μείωση της απελπισίας μέσω της αποφυγής των ενοχλητικών και αρνητικών σκέψεων. Η αύξηση των θετικών στρατηγικών αντιμετώπισης μετά τη διάγνωση των παιδιών τους, επίσης θα μπορούσε να θεωρηθεί ως παράγοντας της ενίσχυσης της μετατραυματικής ανάπτυξης και της ποιότητας της ζωής τόσο στις μητέρες φροντιστές όσο και σε όλη την οικογένεια.

Σε πολλαπλές αναλύσεις που πραγματοποιήσαν σε μελέτη τους οι Uskun & Gundogar (2010) κατέληξαν πως τα οικονομικά προβλήματα ορίστηκαν ως βασικός παράγοντας, που επηρεάζει τόσο το άγχος, όσο και την κατάθλιψη των οικογενειών με παιδιά με αναπηρία, καθώς ο προϋπολογισμός της οικογένειας περιλαμβάνει έξοδα για την εκπαίδευση τους, όπως αναπηρικά αμαξίδια, συσκευές ζωτικής σημασίας, και γενικά έξοδα για τις πάσης φύσεως θεραπείες τους.

Επιπρόσθετα, οι Sen και Yurtsever (2007) ; Myers, Mackintosh & Goin-Kochel (2009) αναφέρουν πως η πεποίθηση της μητέρας παιδιού με αναπηρία σε συνδυασμό με την επιθυμία της να εμπλέξει τον σύζυγό της στη φροντίδα των παιδιών λειτουργεί ως παράγοντας κοινωνικής υποστήριξης, που επιδρά τόσο στην ίδια όσο και σε όλη την οικογένεια. Αυτό υποδηλώνει ότι, ενώ μπορεί να είναι σημαντικό για μια μητέρα και για όλη την οικογένεια η σύμπραξη του συζύγου στη φροντίδα του παιδιού με αναπηρία, ωστόσο είναι ανέφικτο. Πολλές φορές ο πατέρας έχει περιορισμένο ελεύθερο χρόνο, λόγω επιβάρυνσης φόρτου εργασίας που αποσκοπεί στην αύξηση εισοδήματος, καθώς η μητέρα παιδιού με αυτισμό είναι αυτή που εγκαταλείπει την καριέρα της για να αφιερώσει χρόνο στην φροντίδα και στην εκπαίδευση του παιδιού της.

2.6 Σύγκριση της ψυχικής υγείας ανάμεσα σε μητέρες μαθητών τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης

Σε μελέτη της η Hadadian (1994) συνέκρινε το αντιληπτό άγχος και την κοινωνική υποστήριξη σε μητέρες μαθητών με και χωρίς αναπηρίες. Το δείγμα αποτελούνταν από 15 μητέρες με παιδιά με ειδικές ανάγκες και 15 μητέρες με παιδιά χωρίς αναπηρία. Τα ευρήματα έδειξαν υψηλότερο αντιληπτό άγχος στις μητέρες μαθητών με ειδικές ανάγκες καθώς επίσης αρνητικούς συσχετισμούς μεταξύ του άγχους και της υποστήριξης που έλαβαν από φίλους και συγγενείς οι μητέρες των δύο ομάδων.

Σε άλλη έρευνα των Halstead, Griffith & Hastings (2017), οι μητέρες των μαθητών που είχαν εγκεφαλική παράλυση είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης ζωής σε σύγκριση με τις μητέρες των οποίων τα παιδιά δεν είχαν εγκεφαλική παράλυση. Εκτός των άλλων στην προκείμενη έρευνα οι συσχετίσεις του Pearson έδειξαν ότι οι μεγαλύτερες μητέρες ανέφεραν χαμηλότερο άγχος από τις νεότερες μητέρες.

Από τους Bailey et al. (2007) πραγματοποιήθηκαν δεκαεπτά μελέτες βάσει των οποίων έγινε σύγκριση σχετικά με το θέμα της κατάθλιψης και τα συμπτώματά της ασθένειας ανάμεσα σε μητέρες που είχαν παιδί με αναπηρία και σε μητέρες με παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Έντεκα εξ αυτών έδειξαν σημαντικές διαφορές στα καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς οι μητέρες μαθητών με αναπηρία εκδήλωσαν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τις μητέρες μαθητών χωρίς αναπηρίες. Σε εννιά μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες μαθητών με αναπηρία δήλωσαν σημαντικά υψηλότερα συμπτώματα κατάθλιψης από ό, τι οι πατέρες, ενώ οι υπόλοιπες πέντε μελέτες δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές. Παρόμοια αποτελέσματα για το θέμα της κατάθλιψης προαναφέρθηκαν και από τους Gogoi, Kumar και Deuri (2016).

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι σε έρευνα των Gallagher & Hannigan (2014) διαπιστώθηκε ότι τα αναφερόμενα ποσοστά των υποκειμένων της έρευνας για θεραπείες κατάθλιψης ήταν στο ίδιο περίπου βαθμό και στις δύο ομάδες μητέρων (πειραματική και ελέγχου), γεγονός που υποδηλώνει ότι πολλές μητέρες μαθητών με αναπηρία δεν αντιμετωπίζουν την κατάθλιψή τους. Ενδεχομένως αυτό να αποδίδεται στο γεγονός ότι οι μητέρες αυτές δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην ευημερία και φροντίδα του παιδιού μη τυπικής ανάπτυξης και ελάχιστη προτεραιότητα στις δικές τους ανάγκες υγείας.

Ωστόσο, οι Resch, Elliott & Benz (2012) σε έρευνά τους που εξέτασαν το ποσοστό κατάθλιψης μεταξύ 110 γονέων μαθητών με αναπηρία και δοκίμασαν ένα μοντέλο με στόχο να προσδιοριστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με τη κατάθλιψη μητέρων φροντιστών με παιδί μη τυπικής ανάπτυξης, υποδήλωσαν ότι οι γονείς και ιδιαίτερος οι μητέρες που ανατρέφουν παιδιά με αναπηρίες ενδέχεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης από το ευρύ κοινό, αλλά αυτός ο κίνδυνος μπορεί να μην είναι τόσο υψηλός, όπως έχει γενικότερα διερευνηθεί παλιότερα.

Οι Miodrag & Hodapp (2010) ανέδειξαν μέσω της μελέτης τους πως οι μητέρες μαθητών χωρίς αναπηρία σε σχέση με τις μητέρες μαθητών με νοητική αναπηρία αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα όχι μόνο ψυχικής αλλά και σωματικής υγείας. Προφανώς τα ποικίλα προβλήματα υγείας μπορούν να ανατρέψουν την ικανότητα της μητέρας παιδιού με αναπηρία να παρέχει φροντίδα και να επιφέρει δυσλειτουργικές και ψυχοφθόρες καταστάσεις στη σχέση με το παιδί της και με την οικογένειά της γενικότερα.

Οι Sen και Yurtsever (2007) σε έρευνα τους αναφέρουν πως σύμφωνα με τους Siklos & Kerns (2006), η καθημερινή φροντίδα που επωμίζονται οι μητέρες με παιδιά τυπικής ανάπτυξης δε σχετίζεται με εκείνη των μητέρων με παιδιά μη τυπικώς αναπτυσσόμενα, λόγω των ειδικών αναγκών τους, με αποτέλεσμα η κατάσταση αυτή να

επιφέρει στις μητέρες αυτές συναισθήματα συντριβής, αγανάκτησης και θυμού εξαιτίας της αρνητικής επιρροής που υφίστανται στην κοινωνική και προσωπική τους ζωή,

Πηγαίνοντας σε έρευνα των O'Connell, O'Halloran & Doody (2013) διαπιστώνεται το γεγονός πως οι περισσότερες μητέρες μαθητών τυπικής ανάπτυξης μεγαλώνουν τα παιδιά τους με ελπίδες και προσδοκίες για το μέλλον τους. Αντίθετα, οι μητέρες μαθητών με αναπηρία αντιμετωπίζουν δραματικές αλλαγές στις προσδοκίες τους, που αφορούν τα παιδιά αυτά και τον προγραμματισμό της ζωής τους, που αν μη τι άλλο στιγματίζουν τη συναισθηματική τους ευεξία. Στην προκείμενη έρευνα μια μητέρα παιδιού με αναπηρία εκφράζει την απομόνωση και τη μοναξιά της, καθώς πολλοί στο περιβάλλον της δεν μπορούν να αντιληφθούν τον πόνο της.

Σε μελέτη τους οι Cooklin, Giallo & Rose (2011) διερεύνησαν σε δείγμα αυστραλιανών μητέρων μαθητών τυπικής ανάπτυξης νηπιακής ηλικίας την κόπωση, ως μια σημαντική διάσταση της γονικής υγείας και ψυχικής ευεξίας. Τα ευρήματα της έρευνας υποδήλωσαν ότι η κόπωση σχετίζεται με δυσμενείς συναισθηματικές καταστάσεις των μητέρων αυτών όπως το υψηλό γονικό άγχος, τη χαμηλή αυτοπεποίθηση και τη μεγάλη ευερεθιστότητα στις αλληλεπιδράσεις γονέα-παιδιού, ακόμη και όταν λαμβάνονται υπόψη γνωστοί προγνωστικοί παράγοντες των γονικών συμπεριφορών. Ως εκ τούτου, οι ερευνητές συμπέραναν πως η πρόληψη και η διαχείριση της κόπωσης στις μητέρες αυτές μπορεί να προωθήσει τα συναισθήματά τους στην ισορροπημένη ψυχική και σωματική υγεία και ευεξία και στην εύρυθμη ανατροφή των παιδιών τους.

Αξιόλογα αποτελέσματα ανέδειξε η έρευνα των Myers, Mackintosh & Goin-Kochel (2009) βάσει της οποίας μητέρες μαθητών με αυτισμό δήλωσαν την κόπωσή τους στην ανατροφή του παιδιού τους. Το καθημερινό κνήγι ενός παιδιού με διαταραχή

αυτισμού, αποφέρει την κούραση στις μητέρες αυτές οι οποίες δηλώνουν ότι βιώνοντας μια τέτοια κατάσταση έχουν πάψει να νιώθουν πάσης φύσεως ευεξία.

Ευρήματα άλλης έρευνας έδειξαν ότι η μητέρα με παιδιά τυπικής ανάπτυξης όσο βιώνει και νιώθει μεγαλύτερη την ευθύνη για τη φροντίδα των παιδιών, τόσο λιγότερο πιστεύει ότι μπορεί να εκπληρώσει τις επαγγελματικές της απαιτήσεις. Αυτά τα συναισθήματα, με τη σειρά τους, σχετίζονται με την κακή ψυχολογική υγεία και την απόγνωση (Ozer, 1995).

Παρόμοια ευρήματα έδειξε η έρευνα των Pozo, Sarriá & Brioso (2014), η οποία ασχολούταν με τα συναισθήματα μητέρας μαθητή με αυτισμό. Στην εν λόγω έρευνα η μητέρα εξαιτίας των ευθυνών και των προτεραιοτήτων που σχετίζονται με τη φροντίδα του παιδιού της, θεωρεί πως δε δύναται να συνεχίσει την επαγγελματική της πορεία, κατάσταση που της επιφέρει δυσμενή ψυχική διάθεση και απελπισία.

2.7 Ο ρόλος και η συσχέτιση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης με την ψυχολογική δυσφορία και την κατάθλιψη που βιώνουν μητέρες μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης

Σε έρευνα των Moes et al. (1992), συμμετείχαν μητέρες οι οποίες ήταν κύριοι φροντιστές παιδιών με αναπηρία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μητέρες αυτές βίωναν σημαντικά συναισθηματική πίεση που σχετιζόταν με τα προβλήματα της οικογένειας, καθώς οι μητέρες αυτές αισθάνονταν επιφορτισμένες για την συνολική μέριμνα του παιδιού με αυτισμό, για τα άλλα μέλη της οικογένειας και για τον εαυτό τους. Ο βαθμός εκδήλωσης της ψυχικής φθοράς στις μητέρες αυτές ήταν πολύ πιο έντονος από τους πατέρες, υποδηλώνοντας ότι οι μητέρες μαθητών με αυτισμό διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να βρεθούν στην προκειμένη θέση. Επίσης, από την εν λόγω έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης μπορεί να είναι πιο πιθανό να επιθυμούν τη συνεργασία και την επαφή με άλλες μητέρες που βιώνουν παρόμοιες καταστάσεις, με στόχο τη βελτίωση της συναισθηματικής τους κατάστασης και ποιότητας ζωής.

Σύμφωνα με τον Milgram και τον Atzil (1988, όπ. αναφ. στο Moes et al., 1992), οι μητέρες που είναι φροντιστές παιδιών με αναπηρία, θεωρούν τις αδυναμίες των παιδιών ως αποτυχίες από την πλευρά τους και εμφανίζονται ευαίσθητες και ευάλωτες σε καταθλιπτικά συμπτώματα και σε εκδήλωση χαμηλής ποιότητας ζωής. Οι σύζυγοι τους, ωστόσο, υπό αυτές τις συνθήκες μπορούν να αξιολογήσουν την αυτοεκτίμηση μέσω της σταδιοδρομίας τους και καθώς ασχολούνται ενεργά με τα επαγγελματικά τους έξω από το σπίτι, αποταυτίζονται από το ρόλο του φροντιστή και δεν εκδηλώνουν την ανάλογη ποιότητα ζωής με τις μητέρες φροντιστές.

Σε μελέτη του ο Tekinarslan (2013) συνέκρινε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων με παιδιά με σύνδρομο Down, εγκεφαλική παράλυση και αυτισμό με την

ποιότητα ζωής τους και δεν βρήκε σημαντικές διαφορές . Ωστόσο, ανακάλυψε ότι η υψηλότερη ποιότητα ζωής των μητέρων μαθητών με σύνδρομο Down σε σχέση με αυτή των μητέρων μαθητών με εγκεφαλική παράλυση στον τομέα του περιβάλλοντος συνδέεται με το γεγονός ότι πολλά παιδιά με σύνδρομο Down δεν εξαρτώνται από τις μητέρες τους στην κινητικότητα, και στην μετακίνηση καθημερινών δραστηριοτήτων. Επομένως, οι μητέρες μαθητών με εγκεφαλική παράλυση μπορεί να χρειάζονται πιο έντονα την κοινωνική υποστήριξη για να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Επιπλέον οι πολλαπλές αναπηρίες μαθητών με εγκεφαλική παράλυση βρέθηκε να σχετίζονται με υψηλότερη κατάθλιψη και χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις μητέρες αυτών των παιδιών.

Σύμφωνα με αποτελέσματα της έρευνας των Akturk & Aylaz (2017), παρατηρήθηκε ότι οι μητέρες μαθητών με αναπηρία οι οποίες βρίσκονταν σε μεγάλη ηλικία σημείωναν αυξημένη αγχώδη κατάσταση σε σχέση με τις μητέρες 26-45 ετών που είχαν καλύτερες δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Επιπλέον βρέθηκε ότι οι μητέρες μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους πατέρες στο στρες, στην ψυχική δυσφορία και στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Εν συνεχεία, οι μητέρες δίχως σύντροφο βρέθηκαν να έχουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικής συναισθηματικής επιφόρτισης από εκείνες που ήταν παντρεμένες. Επίσης διαπιστώθηκε ότι καθώς τα οικονομικά και η ποιότητα ζωής της οικογένειας των παιδιών με αναπηρία ήταν σε παρά πολύ καλή κατάσταση το στρες των μητέρων ήταν μειωμένο και η κοινωνική υποστήριξη πιο έκδηλη και έντονη. Επιπρόσθετα, οι μητέρες των οποίων το παιδί με ειδικές ανάγκες δεν είχε γίνει αποδεκτό από τον περίγυρο εμφάνιζαν υψηλό στρες και χαμηλές βαθμολογίες στο δείκτη της επίλυσης προβλημάτων και της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι δε βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τύπου αναπηρίας του παιδιού και του άγχους των μητέρων αυτών ενώ οι γονείς

που είχαν παιδιά με αμφοτέρους τύπους αναπηρίας είχαν έντονα στοιχεία κατάθλιψης και άγχους.

Οι Carlson & Miller (2017) και Breslau (1982), ανακάλυψαν σε έρευνά τους ότι οι αντιλήψεις των μητέρων για τη σοβαρότητα της αναπηρίας του παιδιού τους συσχετίστηκαν με μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, η οποία στη συνέχεια συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και ψυχικής οδύνης και δυσφορίας. Τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης μεσολαβούσαν στη σχέση μεταξύ οικογενειακού φόρτου, και στρες. Η εκδήλωση μειωμένης κοινωνικής υποστήριξης ενδεχομένως βοηθά στο να γίνουν κατανοητοί οι μηχανισμοί που διέπουν τη σύνδεση μεταξύ των αντιλήψεων των μητέρων για τη σοβαρότητα της αναπηρίας του παιδιού τους, την οικογενειακή επιβάρυνση και την ψυχική τους υγεία.

Επίσης, ο Breslau (1982) ανακάλυψε ότι το είδος της αναπηρίας του παιδιού δεν σχετίζεται με την ψυχολογική δυσφορία της μητέρας του. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι μητέρες με ανώτερη εκπαίδευση και θετική επαγγελματική πορεία παρουσίαζαν κατάθλιψη μειωμένη και αναπτυγμένη ψυχική ευφορία. Επιπλέον, ενώ η κλίμακα κατάθλιψης-άγχους τέθηκε ως απάντηση σε όλους τους τύπους προβλημάτων ζωής, η κλίμακα της μητρικής κατάθλιψης επικεντρώθηκε στο μητρικό ρόλο και υποστήριξε τη συναισθηματική απόκριση της μητέρας παιδιού με αναπηρία στις απαιτήσεις αυτού του ρόλου, ο οποίος σε συνδυασμό με το ψυχολογικό στρες μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε προβλήματα σωματικής υγείας.

Τα θέματα που προέκυψαν από τη σύνθεση των μελετών των Catalano, Holloway και Mrofu (2018), αναφέρονται στη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι μητέρες μαθητών με αυτισμό από άλλες μητέρες φροντιστές μαθητών με αναπηρία. Επίσης, διαπιστώνεται πόση αποτελεσματικότητα επιφέρει η κατάρτιση διαχείρισης

επιφορτισμένων ψυχικά καταστάσεων και η δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας. Επιπλέον, η παροχή και η γνώση πληροφοριών αναφερόμενων στο φάσμα του αυτισμού ,σε μητέρες φροντιστές, σε συνδυασμό με υπηρεσίες υποστήριξης μπορούν να βελτιώσουν όχι μόνο τη ψυχολογική ευημερία αυτών, αλλά να επηρεάσουν την ευημερία του παιδιού που πλήττεται από την διαταραχή. Η εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών που προτείνονται σε αυτήν την ολοκληρωμένη σύνθεση μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη συνεργασία με τις υπηρεσίες φροντίδας παιδιών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής μητέρων με παιδιά στο φάσμα του αυτισμού.

Στην μελέτη των Padden & James (2017), ο μέσος όρος των βαθμολογιών γονικής δυσφορίας άγχους και κατάθλιψης στις μητέρες με παιδιά με αυτισμό ήταν σε κλινικά σημαντικό εύρος, γεγονός που υποδηλώνει ανάγκη για παρεμβάσεις μείωσης του στρες για αυτόν τον πληθυσμό . Αξίζει να σημειωθεί ότι αν και δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των μητέρων με παιδιά τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης στην ποιότητα ή στην ποσότητα της κοινωνικής υποστήριξης, σημαντικές διαφορές βρέθηκαν σε σχέση με τη χρήση ορισμένων στρατηγικών αντιμετώπισης ως παράγοντες αξιόλογης ποιότητας ζωής και περιορισμού συμπτωμάτων κατάθλιψης. Κατ' επέκταση οι μητέρες μαθητών με αυτισμό ανέφεραν πως επιδιώκουν και βιώνουν με θετικότερο τρόπο τη συναισθηματική υποστήριξη, την αναδιαμόρφωση του προγραμματισμού, το χιούμορ, τη θρησκεία εν συγκρίσει με τις μητέρες τυπικά αναπτυσσόμενων μαθητών.

2.8 Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης και της ποιότητας ζωής σε σχέση με την μετατραυματική ανάπτυξη μητέρων με παιδιά με ειδικές ανάγκες

Σε έρευνα των Wayment, Al-Kire & Brookshire (2018), με μητέρες με παιδιά με αυτισμό αποκαλύφθηκε ότι οι αντιλήψεις των μητέρων αυτών για τις εμπειρίες τους σχετικά με την ανατροφή του παιδιού τους περιλάμβαναν στοιχεία εποικοδομητικών μορφών μετατραυματικής ανάπτυξης (PTG). Καθώς οι μητέρες αυτές βίωναν τη μετατραυματική ανάπτυξη περιέγραψαν θετικές πτυχές των χαρακτηριστικών ή της προσωπικότητας του παιδιού τους με αναπηρία. Σε ό,τι αφορά τις ίδιες δήλωσαν καλύτερη ποιότητα ζωής αφού είναι πιο υπομονετικές και συγκαταβατικές και έχουν ισχυρότερες σχέσεις και κοινωνική υποστήριξη. Ωστόσο, περίπου το 10% του δείγματος της έρευνας είτε ότι δεν έβρισκε θετικές τις εμπειρίες του με την ανατροφή ενός παιδιού με αυτισμό. Επιπρόσθετα οι συσχετίσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μειωμένο εκπαιδευτικό και μορφωτικό επίπεδο των μητέρων ήταν αρνητικές ενώ θετικές ήταν με την κοινωνική υποστήριξη.

Η μελέτη της Counselman-Carpenter (2016), δείχνει πως βίωσαν τη μετατραυματική ανάπτυξη γυναίκες των οποίων τα παιδιά γεννήθηκαν απρόσμενα με κάποια μορφή αναπηρίας. Οι μητέρες (N = 18) που συμμετείχαν σε ημιδομημένη συνέντευξη ανέφεραν τρεις θετικές εκβάσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης που επέδρασαν στην ποιότητα της ζωής τους. Τα αποτελέσματα αυτά ήταν η ανάπτυξη ρόλων τυπικής / άτυπης συνηγορίας, οι βελτιωμένες δεξιότητες σχετικά με τη μητρότητα και ο επαναπροσδιορισμός του τρόπου αντίληψης της αναπηρίας, ως απόρροια της εσωτερικής και πνευματικής αλλαγής. Επομένως υπήρξε ιδιαίτερα προσωπική και πνευματική

ανάπτυξη, η οποία με τη σειρά της είχε ισχυρό θετικό αντίκτυπο στις ίδιες τις μητέρες, στους οικογενειακούς τους δεσμούς τους και στις επαφές με τον ευρύτερο περίγυρό τους.

Στην ποιοτική έρευνα των Beighton & Wills (2017), διαπιστώθηκε αλλαγή στην ποιότητα ζωής των μητέρων με παιδιά με νοητική αναπηρία. Συγκεκριμένα ανέφεραν πως βίωσαν αυξημένη και ουσιώδη δύναμη, αλλαγή προτεραιοτήτων, μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής και έντονη θρησκευτική πνευματικότητα. Οι ουσιώδεις σχέσεις και η θετική επίδραση του παιδιού τους στους άλλους προέκυπταν τόσο από τις ίδιες όσο και από την κοινωνική υποστήριξη. Σχεδόν πανομοιότυπες καταστάσεις με εκείνες των μητέρων της προκείμενης μελέτης έχουν διατυπωθεί ως «ανάπτυξη» που σχετίζεται με το άγχος και την αντιμετώπιση σε καταστάσεις τραύματος, πένθους και χρόνιας ασθένειας. Αυτή η «ανάπτυξη» αναφέρεται ως μετατραυματική ανάπτυξη, αντιπαραθετική ανάπτυξη και εύρεση οφέλους. Οι μητέρες φροντιστές παρόλο που αναγνώριζαν τις πιέσεις λόγω της αλλαγής στη ζωή τους, βρήκαν νόημα αντλώντας δύναμη από τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τους στόχους τους με σκοπό τη θετική κατανόηση και αποδοχή της κατάστασής τους.

Σε μελέτη τους οι Zhang et al. (2013), διερεύνησαν τη μετατραυματική ανάπτυξη μητέρων αυτιστικών παιδιών. Οι συμμετέχουσες της προκείμενης έρευνας ανέδειξαν διάφορα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης που σχετίζονταν με τον τομέα της προσωπικής και εσωτερικής δύναμης και της κοινωνικής υποστήριξης. Ωστόσο, διαπιστώθηκε επιπλέον πως η εκδήλωση της μετατραυματικής ανάπτυξης και η ποιότητα της ζωής μητέρων με παιδιά με αναπηρία επηρεάζονται από το φύλο του παιδιού, καθώς ανακαλύφθηκε ότι οι μητέρες που μεγαλώνουν ένα αγόρι με αυτισμό διαθέτουν λιγότερη πνευματική ανάπτυξη από αυτές που μεγαλώνουν ένα κορίτσι με αυτισμό.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Περιγραφή Κεφαλαίου

Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιείται το ερευνητικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης. Αρχικά παρατίθεται ο σκοπός της έρευνας και τα ερωτήματα που τέθηκαν για την εκπόνησή της. Ακολουθεί ανάλυση των μεθόδων και της επιλογής της μεθοδολογίας καθώς κρίνεται σημαντική για την κατανόηση της διεργασίας της μελέτης. Η περιγραφή της διαδικασίας της μεθοδολογίας πραγματοποιείται με κατάθεση πληροφοριών, που σχετίζονται με το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Στη συνέχεια παρατίθεται επεξήγηση και αιτιολόγηση της χρήσης και απόδοσης των συγκεκριμένων εργαλείων έρευνας που αξιοποιήθηκαν για την προκείμενη μελέτη. Το 3^ο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την περιγραφή του δείγματος που συμμετείχε στην παρούσα ποσοτική έρευνα και τη διαδικασία συγκέντρωσής του.

3.2 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα μελέτη έθεσε ως στόχο τη διερεύνηση του βαθμού κατάθλιψης μητέρων παιδιών με και χωρίς αναπηρία και τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής στήριξης, της κατάθλιψης στη μετατραυματική εξέλιξη των μητέρων που έχουν παιδιά με ειδικές ανάγκες. Ιδιαίτερα, εξετάζεται αν διαφοροποιούνται οι μητέρες μαθητών με ειδικές ανάγκες από τις μητέρες μαθητών χωρίς ειδικές ανάγκες στις παραπάνω μεταβλητές. Επίσης, διερευνήθηκε η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης μητέρων παιδιών με και δίχως ειδικές ανάγκες στη μετατραυματική ανάπτυξη ως παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής.

3.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Στην παρούσα έρευνα τέθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου ως προς το βαθμό κατάθλιψης, μετατραυματικής ανάπτυξης και κοινωνικής υποστήριξης;
- 2) Διαφοροποιούνται οι δύο ομάδες δηλ. η πειραματική ομάδα και η ομάδα ελέγχου ως προς τους παράγοντες κοινωνικής υποστήριξης που συμβάλουν στην κατάθλιψη;
- 3) Διαφοροποιούνται οι δύο ομάδες ως προς τους παράγοντες της κοινωνικής υποστήριξης που συμβάλλουν στη μετατραυματική ανάπτυξη;

3.4 Διαδικασία μεθοδολογίας

Η παρούσα έρευνα επιδίωξε, μέσω του ανώνυμου ερωτηματολογίου, να συγκεντρώσει τα απαραίτητα δεδομένα σε διάστημα λίγων μηνών, με στόχο την άμεση εκπόνησή της προκειμένου να επιτευχθεί η εγκυρότητα. Όλες οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν με σαφήνεια και σχεδιάστηκαν με τέτοιο τρόπο, ώστε οι απαντήσεις να εξασφαλίσουν πληροφορίες που αποσκοπούν στις έγκυρες απαντήσεις των ερευνητικών ερωτημάτων και να ελαχιστοποιήσουν προβλήματα κατά τη στατιστική ανάλυση. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χωρίς την παρουσία της ερευνήτριας είχε σαν αποτέλεσμα την αποφυγή πάσας επιρροής, που θα μπορούσε να επιφέρει αλλοιωμένη πραγματικότητα αποτελεσμάτων. Επιπρόσθετα, τέθηκε προσπάθεια να διεκπεραιωθούν οι ερωτήσεις σε λογική σειρά με χρόνο απάντησής τους γύρω στα 15 λεπτά ούτως ώστε να πραγματοποιηθεί η θετική ανταπόκριση από την πλευρά των υποκειμένων για την ολοκλήρωσή του ερωτηματολογίου και η αποφυγή επιπόλαιων απαντήσεων. Στην αρχή

του ερωτηματολογίου τέθηκαν απαραίτητες οδηγίες σχετικά με τον τρόπο συμπλήρωσής του και σαφείς πληροφορίες σχετικά με τους επιμέρους ερευνητικούς στόχους . Εκτός των άλλων δόθηκε προσοχή στην εμφάνιση του ερωτηματολογίου και στην έκτασή του προκειμένου να αποφευχθούν αισθήματα δυσφορίας στις ερωτώμενες. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν μέσω του προκειμένου εργαλείου ήταν κλειστού τύπου ερωτήσεις, στις οποίες οι δυνατές απαντήσεις ήταν προτεινόμενες και δεσμευτικές. Επιπλέον δόθηκε προσοχή στην αποφυγή χρήσης πολλών μη ενδιαφερουσών ερωτήσεων, ούτως ώστε τα υποκείμενα της έρευνας να μπουν στη διαδικασία συμπλήρωσης δεδομένων με ενδιαφέρον, χωρίς ιδιαίτερους ενδοιασμούς και δισταγμούς (Bryman, 2017).

3.5 Εργαλεία

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα εργαλεία συλλογής δεδομένων. Αρχικά, αξιοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο για την καταγραφή της μετατραυματικής εξέλιξης Posttraumatic Growth Inventory (PTGI, Tedeschi & Calhoun, 1996). Πρόκειται για ένα εργαλείο αξιολόγησης των θετικών αποτελεσμάτων που αναφέρει ένα άτομο το οποίο έχει βιώσει ένα τραυματικό γεγονός όπως η γέννηση ενός μη τυπικώς αναπτυσσόμενου παιδιού. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 21 ερωτήσεις με απαντήσεις σε κλίμακα Likert (1=Διαφωνώ πολύ έως 5=Συμφωνώ πολύ). Εξετάζει πέντε παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τη σχέση του ατόμου με τους άλλους ανθρώπους, τις νέες δυνατότητες στη ζωή, την προσωπική δύναμη, την πνευματική αλλαγή και τον βαθμό εκτίμησης της ζωής (Tedeschi & Calhoun, 1996). Η εσωτερική συνοχή (interval consistency) του εργαλείου είναι $\alpha=0.85$.

Επιπρόσθετα, για την αξιολόγηση της κατάθλιψης των μητέρων, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Beck's Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1961). Πρόκειται για ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης που αποτελείται από 21 δηλώσεις τεσσάρων βαθμών (0 έως 3). Το τελικό αποτέλεσμα στο ερωτηματολόγιο δείχνει το βαθμό της κατάθλιψης του ατόμου (Beck et al., 1961). Η εσωτερική συνοχή του εργαλείου είναι $\alpha=0.87$.

Για τη μέτρηση της κοινωνικής στήριξης των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο, The questionnaire on the frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS, García-Martín et al., 2016), είναι ένα εργαλείο μέτρησης της συχνότητας και του βαθμού ικανοποίησης της κοινωνικής στήριξης. Συγκεκριμένα, σχετίζεται με τα είδη της συναισθηματικής, της λειτουργικής και της πληροφοριακής κοινωνικής στήριξης. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις από τις οποίες 3 αφορούν τον σύντροφο, 3 την ευρύτερη οικογένεια, 3 τους φίλους και 3 την κοινότητα. Οι απαντήσεις βρίσκονται σε κλίμακα Likert τόσο για τη συχνότητα (1=Σπάνια έως 5=Πάντα) όσο και για την ικανοποίηση (1=Καθόλου ικανοποιημένη έως 5=Πολύ ικανοποιημένη) (García-Martín et al., 2016). Η εσωτερική συνοχή του εργαλείου για τη συχνότητα είναι $\alpha=0.90$ και για την ικανοποίηση είναι $\alpha=0.91$.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της κοινωνικής στήριξης είναι το The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS, Zimet et al., 1988). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 12 ερωτήσεις με απαντήσεις σε κλίμακα Likert (1=Διαφωνώ πολύ έως 5=Συμφωνώ πολύ). Οι ερωτήσεις αφορούν τον σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους του ατόμου (Zimet et al., 1988). Η εσωτερική συνοχή του εργαλείου είναι $\alpha=0.94$.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων ήταν το στατιστικό πακέτο IBM SPSS version 25 (Statistical Package for Social Sciences – Στατιστικό Πακέτο Εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

3.6 Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 143 μητέρες. Από αυτές, οι 61 είχαν τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (ομάδα ελέγχου) και οι 82 είχαν παιδιά με κάποια αναπηρία ή άλλες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (πειραματική ομάδα).

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων 47,6% είχαν ηλικία 31-40 ετών, ενώ το 39,2% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών και η συχνότητα αποτυπώνεται με 68 και 56 αντίστοιχα.

Οι μητέρες που βρίσκονταν στο ηλικιακό φάσμα των 20-30 ετών έχουν συχνότητα 4 και ποσοστό 2,8 %. Άνω των 60 ετών βρέθηκε μόνο μία μητέρα που δηλώνει ποσοστό 0,7% (βλέπε πίνακα 1, Παράρτημα II).

Οι μητέρες κατάγονταν από αστικές και μη αστικές περιοχές της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα 13,3% εξ αυτών προέρχονταν από μη αστική περιοχή και το 86,7% προέρχονταν από αστική περιοχή . Η συχνότητά τους είναι αντίστοιχα 19 και 124 (βλέπε πίνακα 2, Παράρτημα II).

Σχετικά με την εκπαίδευση βρέθηκε πως το 35% των συμμετεχόντων με συχνότητα 50 ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου, το 26,6% με συχνότητα 38 ήταν απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης ενώ το 18,9% με συχνότητα 27 ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος. Οι μητέρες σε ποσοστό 6,3% και συχνότητα 9 κατείχαν απολυτήριο Γυμνασίου και οι μητέρες με ποσοστό 13,3% και συχνότητα 19 είχαν απολυτήριο Λυκείου. (βλέπε πίνακα 3, Παράρτημα II).

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, οι περισσότερες γυναίκες, ήταν παντρεμένες και πιο συγκεκριμένα 113 που σημαίνει 79%. Οι άγαμες και οι χήρες ήταν στο σύνολο από 6 σε κάθε κατηγορία δηλαδή σε ποσοστό 4.2. Οι διαζευγμένες ήταν 14 με ποσοστό 9.8 % και στο τέλος υπήρχαν οι μητέρες που είχαν ξαναπαντρευτεί, οι οποίες ήταν 3 με ποσοστό 2.1 % (βλέπε πίνακα 4, Παράρτημα II).

Σχετικά με τον τύπο αναπηρίας του παιδιού, το 15,4% των μητέρων είχαν παιδιά με ΔΕΠΥ, το 12,6% είχαν παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, το 10,5% είχαν παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, το 6,3% των μητέρων είχαν παιδιά με νοητική αναπηρία ή σύνδρομο Down και το 9,1% ήταν μητέρες παιδιών με άλλες αναπηρίες, όπως κώφωση, τύφλωση και εγκεφαλική παράλυση.

3.7 Διαδικασία συγκέντρωσης δείγματος

Για τη συγκέντρωση του δείγματος, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε μητέρες με παιδιά τυπικώς και μη τυπικώς αναπτυσσόμενα στην περιοχή των Ιωαννίνων, καθώς και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας, είτε δια ζώσης, είτε μέσω e-mail. Ο καθορισμός του δείγματος για τη διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τυχαία δειγματοληψία. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, κάθε μέλος του μελετώμενου πληθυσμού έχει ίσες ευκαιρίες να επιλεγεί (Cohen & Manion, 1997:128).

Η περίοδος συγκέντρωσης υλικού πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο του 2019 ως τον Ιανουάριο του 2020. Συγκεκριμένα, ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε Δημοτικά και Γυμνάσια γενικής αγωγής με και χωρίς τμήματα ένταξης, σε Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης, σε συλλόγους που σχετίζονταν με την αναπηρία και σε ιδιωτικά θεραπευτήρια ειδικής αγωγής.

Πριν τη διανομή των ερωτηματολογίων υπήρχε επαφή και ενημέρωση των διευθυντών των σχολικών μονάδων και των υπευθύνων διοίκησης των συλλόγων και των θεραπευτηρίων, που αφορούσε την έρευνα και το σκοπό αυτής. Έπειτα, μέσω των προσώπων αυτών ενημερώνονταν και οι μητέρες για τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους με τη συμμετοχή τους στην εν λόγω έρευνα και πως μπορούσαν, αν φυσικά επιθυμούσαν, να έρθουν σε επαφή και με την ερευνήτρια για οποιαδήποτε πληροφορία ή απορία τους. Η συμμετοχή τους ασφαλώς ήταν οικειοθελής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 5 φαίνονται τα δεδομένα για τον βαθμό κατάθλιψης και μετατραυματικής ανάπτυξης ανάμεσα στις δύο ομάδες. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης με εξαρτημένες μεταβλητές τις απαντήσεις των μητέρων στα εργαλεία για την κατάθλιψη και την μετατραυματική εξέλιξη και ανεξάρτητη μεταβλητή την ομάδα στην οποία ανήκαν οι μητέρες (ομάδα ελέγχου ή πειραματική) βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στον βαθμό κατάθλιψης. Ο μέσος όρος των μητέρων με παιδιά με αναπηρία ήταν 11,54, ενώ των μητέρων με τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά ήταν 8,02. Όσον αφορά την μετατραυματική ανάπτυξη, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο σύνολο του εργαλείου, στον παράγοντα «Νέες δυνατότητες» και στον παράγοντα «Εκτίμηση της ζωής» του ερωτηματολογίου. Οι μητέρες που έχουν παιδιά με αναπηρία σημείωσαν χαμηλότερους μέσους όρους από τις μητέρες της ομάδας ελέγχου και στις τρεις μεταβλητές.

Στον Πίνακα 6 φαίνονται τα αποτελέσματα για την κοινωνική στήριξη σύμφωνα με τα εργαλεία QFSSS και MSPSS. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης με εξαρτημένες μεταβλητές την κοινωνική στήριξη από τον σύντροφο, την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα σύμφωνα με τα δύο εργαλεία και με ανεξάρτητη μεταβλητή την ομάδα στην οποία ανήκαν οι μητέρες, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την υποστήριξη που προσφέρει ο σύντροφος. Στο ερωτηματολόγιο QFSSS οι μητέρες που έχουν τυπικά παιδιά, σημείωσαν υψηλότερο μέσο όρο για την στήριξη που τους προσφέρει ο σύντροφός τους, συγκριτικά με τις μητέρες που έχουν παιδιά με αναπηρία. Αναφορικά με το εργαλείο MSPSS, προέκυψαν οριακά στατιστικά μη σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά τη στήριξη από την οικογένεια και από τον σύντροφο.

Πίνακας 5. Σύγκριση των δύο ομάδων στον βαθμό κατάθλιψης και μετατραυματικής ανάπτυξης

| | Ομάδα μητέρας | N | M.O. | T.A. | F | p |
|---|--------------------------|----------|-------------|-------------|----------|----------|
| Βαθμός κατάθλιψης | Ελέγχου | 61 | 8,02 | 6,72 | 7,544 | 0,007 |
| | Πειραματική | 82 | 11,54 | 8,16 | | |
| Σχέσεις με τους άλλους | Ελέγχου | 61 | 26,46 | 3,00 | 1,802 | 0,182 |
| | Πειραματική | 82 | 25,60 | 4,46 | | |
| Νέες δυνατότητες | Ελέγχου | 61 | 18,70 | 2,56 | 4,597 | 0,034 |
| | Πειραματική | 82 | 17,70 | 2,94 | | |
| Προσωπική δύναμη | Ελέγχου | 61 | 15,28 | 1,91 | 0,957 | 0,330 |
| | Πειραματική | 82 | 14,93 | 2,28 | | |
| Πνευματική αλλαγή | Ελέγχου | 61 | 6,38 | 1,68 | 0,848 | 0,359 |
| | Πειραματική | 82 | 6,09 | 2,00 | | |
| Εκτίμηση της ζωής | Ελέγχου | 61 | 12,51 | 1,74 | 4,859 | 0,029 |
| | Πειραματική | 82 | 11,80 | 1,99 | | |
| Μετατραυματική ανάπτυξη (Σύνολο) | Ελέγχου | 61 | 79,33 | 7,02 | 4,334 | 0,039 |
| | Πειραματική | 82 | 76,09 | 10,54 | | |

Πίνακας 6. Σύγκριση των δύο ομάδων στα εργαλεία μέτρησης κοινωνικής υποστήριξης

| | Ομάδα μητέρας | N | M.O. | T.A. | F | p |
|--|--------------------------|----------|-------------|-------------|----------|----------|
| QFSSS – Υποστήριξη από τον σύντροφο | Ελέγχου | 61 | 22,46 | 5,56 | 6,312 | 0,013 |
| | Πειραματική | 82 | 19,57 | 7,60 | | |
| QFSSS – Υποστήριξη από την οικογένεια | Ελέγχου | 61 | 23,62 | 5,70 | 2,129 | 0,147 |
| | Πειραματική | 82 | 22,07 | 6,68 | | |
| QFSSS – Υποστήριξη από τους φίλους | Ελέγχου | 61 | 22,57 | 6,82 | 2,085 | 0,151 |
| | Πειραματική | 82 | 20,90 | 6,95 | | |
| QFSSS – Υποστήριξη από την κοινότητα | Ελέγχου | 61 | 14,44 | 6,26 | 1,047 | 0,308 |
| | Πειραματική | 82 | 13,39 | 5,95 | | |
| MSPSS – Υποστήριξη από τον σύντροφο | Ελέγχου | 61 | 17,70 | 2,84 | 3,657 | 0,058 |
| | Πειραματική | 82 | 16,65 | 3,56 | | |
| MSPSS – Υποστήριξη από την οικογένεια | Ελέγχου | 61 | 16,74 | 3,11 | 3,760 | 0,055 |
| | Πειραματική | 82 | 15,65 | 3,48 | | |
| MSPSS – Υποστήριξη από τους φίλους | Ελέγχου | 61 | 15,84 | 4,04 | 0,776 | 0,380 |
| | Πειραματική | 82 | 15,24 | 3,93 | | |

Το μοντέλο παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον βαθμό κατάθλιψης και ανεξάρτητες μεταβλητές την υποστήριξη από τον σύντροφο, την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα με βάση το εργαλείο QFSSS, καθώς και για τον βαθμό σοβαρότητας της δυσκολίας του παιδιού όπως το δήλωσαν οι μητέρες, έδειξε ότι για τις μητέρες που έχουν παιδιά με αναπηρία, ο βαθμός κατάθλιψης εξαρτάται από τον βαθμό σοβαρότητας της δυσκολίας του παιδιού και από την στήριξη φίλων (Πίνακας 7). Επομένως, όσο πιο σύνθετος είναι ο τύπος αναπηρίας του παιδιού, τόσο αυξάνεται η κατάθλιψη των μητέρων και όσο πιο πολύ στηρίζουν τις μητέρες οι φίλοι, τόσο μειώνεται ο βαθμός της κατάθλιψής τους. Αντίθετα, για τις μητέρες με τυπικά παιδιά, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την κατάθλιψη (Πίνακας 7).

Από το μοντέλο παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον βαθμό κατάθλιψης και ανεξάρτητες μεταβλητές την υποστήριξη από τον σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους από το εργαλείο MSPSS, καθώς και τον βαθμό σοβαρότητας της δυσκολίας του παιδιού, προέκυψε ότι για τις μητέρες που έχουν παιδιά με αναπηρία, ο βαθμός κατάθλιψης εξαρτάται από τον βαθμό σοβαρότητας της δυσκολίας του παιδιού και από την υποστήριξη των φίλων, εύρημα που συμφωνεί με το μοντέλο παλινδρόμησης για το εργαλείο QFSSS. Όσον αφορά τις μητέρες με τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά, βρέθηκε ότι ο βαθμός κατάθλιψης εξαρτάται από την στήριξη της οικογένειας (Πίνακας 8).

Πίνακας 7. Παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη των μητέρων σύμφωνα με το εργαλείο QFSSS

| Model | Unstandardized Coefficients | | Standardized | t | Sig. | R ² | |
|-------------------|-------------------------------------|------------|--------------|-------|--------|----------------|------|
| | B | Std. Error | Coefficients | | | | |
| Πειραματική ομάδα | (Constant) | 11,731 | 4,931 | | 2,379 | ,020 | |
| | βαθμός σοβαρότητας δυσκολίας | 2,847 | ,939 | ,325 | 3,033 | ,003 | |
| | QFSSS-Υποστήριξη από τον σύντροφο | -,172 | ,135 | -,158 | -1,273 | ,207 | |
| | QFSSS-Υποστήριξη από την οικογένεια | -,015 | ,173 | -,012 | -,088 | ,930 | 0,25 |
| | QFSSS-Υποστήριξη από τους φίλους | -,434 | ,152 | -,366 | -2,856 | ,006 | |
| | QFSSS-Υποστήριξη από την κοινότητα | ,267 | ,184 | ,194 | 1,450 | ,151 | |
| | (Constant) | 23,677 | 3,912 | | 6,052 | ,000 | |
| | QFSSS-Υποστήριξη από τον σύντροφο | -,166 | ,166 | -,137 | -1,001 | ,321 | |
| | QFSSS-Υποστήριξη από την οικογένεια | -,187 | ,166 | -,159 | -1,130 | ,263 | 0,27 |
| | QFSSS-Υποστήριξη από τους φίλους | -,214 | ,129 | -,217 | -1,660 | ,103 | |
| Ομάδα ελέγχου | QFSSS-Υποστήριξη από την κοινότητα | -,185 | ,148 | -,173 | -1,249 | ,217 | |

Πίνακας 8. Παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη των μητέρων σύμφωνα με το εργαλείο MSPSS

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized | t | Sig. | R ² |
|-------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------|----------------------|--------|------|----------------|
| | | B | Std. Error | Coefficients Beta | | | |
| Πειραματική ομάδα | (Constant) | 20,730 | 5,280 | | 3,926 | ,000 | 0,32 |
| | βαθμός σοβαρότητας δυσκολίας | 2,526 | ,847 | ,288 | 2,983 | ,004 | |
| | MSPSS-Υποστήριξη από τον σύντροφο | -,194 | ,376 | -,084 | -,516 | ,608 | |
| | MSPSS-Υποστήριξη από την οικογένεια | -,207 | ,297 | -,088 | -,696 | ,489 | |
| | MSPSS-Υποστήριξη από τους φίλους | -,704 | ,291 | -,336 | -2,420 | ,018 | |
| | (Constant) | 32,446 | 4,883 | | 6,645 | ,000 | |
| Ομάδα ελέγχου | MSPSS-Υποστήριξη από τον σύντροφο | -,451 | ,363 | -,190 | -1,242 | ,219 | 0,32 |
| | MSPSS-Υποστήριξη από την οικογένεια | -,761 | ,294 | -,352 | -2,589 | ,012 | |
| | MSPSS-Υποστήριξη από τους φίλους | -,234 | ,217 | -,141 | -1,079 | ,285 | |
| | | | | | | | |

Όσον αφορά το μοντέλο παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την μετατραυματική εξέλιξη και ανεξάρτητες μεταβλητές την υποστήριξη από τον σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους από το εργαλείο MSPSS, καθώς και τον βαθμό σοβαρότητας, βρέθηκε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη των μητέρων παιδιών με αναπηρία επηρεάζεται από την υποστήριξη του συντρόφου (Πίνακας 9). Επομένως, όσο περισσότερη είναι η στήριξη από τον σύντροφο, τόσο αυξάνεται η ανάπτυξη των μητέρων μετά από το τραυματικό γεγονός. Για την ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκαν σημαντικά αποτελέσματα για τις μεταβλητές από το εργαλείο MSPSS.

Πίνακας 9. Παράγοντες που συμβάλλουν στη μετατραυματική ανάπτυξη των μητέρων σύμφωνα με το εργαλείο MSPSS

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized | t | Sig. | R ² |
|-------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------|----------------------|--------|------|----------------|
| | | B | Std. Error | Coefficients Beta | | | |
| Πειραματική ομάδα | (Constant) | 50,248 | 7,127 | | 7,050 | ,000 | 0,26 |
| | βαθμός σοβαρότητας δυσκολίας | -,050 | 1,143 | -,004 | -,044 | ,965 | |
| | MSPSS-Υποστήριξη από τον σύντροφο | 1,089 | ,508 | ,368 | 2,145 | ,035 | |
| | MSPSS-Υποστήριξη από την οικογένεια | ,179 | ,401 | ,059 | ,446 | ,657 | |
| | MSPSS-Υποστήριξη από τους φίλους | ,330 | ,393 | ,122 | ,840 | ,403 | |
| | (Constant) | 74,787 | 6,170 | | 12,122 | ,000 | |
| Ομάδα ελέγχου | MSPSS-Υποστήριξη από τον σύντροφο | ,241 | ,459 | ,097 | ,525 | ,602 | 0,01 |
| | MSPSS-Υποστήριξη από την οικογένεια | -,025 | ,371 | -,011 | -,066 | ,947 | |
| | MSPSS-Υποστήριξη από τους φίλους | ,043 | ,275 | ,025 | ,158 | ,158 | |
| | | | | | | | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Συζήτηση/ Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα μελέτησε τον βαθμό κατάθλιψης σε μητέρες μαθητών με και δίχως αναπηρία και τη σύνδεση της κοινωνικής στήριξης με την κατάθλιψη και τη μετατραυματική ανάπτυξη που βιώνουν οι εν λόγω μητέρες.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι μητέρες με παιδιά τυπικής ανάπτυξης εμφανίζουν χαμηλότερο βαθμό κατάθλιψης σε σχέση με τις μητέρες παιδιών με αναπηρία, αναφέρουν μεγαλύτερη υποστήριξη ιδιαίτερα από την οικογένεια και τείνουν να έχουν καλύτερη ανάπτυξη σε τραυματικές εμπειρίες. Οι μητέρες μαθητών με αναπηρία ή άλλες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες βιώνουν μεγαλύτερη κατάθλιψη, δυσκολεύονται περισσότερο στη μετατραυματική ανάπτυξη, ιδιαίτερα σε παραμέτρους όπως η εκτίμηση της ζωής και οι νέες δυνατότητες.

Η κατάθλιψη που βιώνουν επηρεάζεται από το μέγεθος της δυσκολίας του παιδιού, ενώ οι φίλοι προσφέρουν υποστηρικτική βοήθεια που μειώνει τις επιδράσεις της θλίψης. Καθώς οι περισσότερες μητέρες του δείγματος ήταν παντρεμένες, βρέθηκε ότι η υποστήριξη από τον σύντροφο βοηθά τη μετατραυματική τους ανάπτυξη.

Η κατάθλιψη των μητέρων μαθητών με ειδικές ανάγκες είναι συχνό εύρημα στη βιβλιογραφία (π.χ. Raina, 2005; Halstead, Griffith & Hastings 2017; Bailey et al., 2007; Resch, Elliott & Benz, 2012; Gogoi, Kumar & Deuri 2016; Gallagher & Hannigan, 2014; Ingersoll, Meyer & Becker, 2010; Tekinarslan 2013; Carlson & Miller, 2017; Breslau, 1982; Padden & James, 2017; Milgram & Atzil (1988, όπ. αναφ. στο Moes et al., 1992). Οι μητέρες μαθητών με αναπηρία έχουν περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με κατάθλιψη, ενώ οι πιθανότητες κατάθλιψης αυξάνουν εάν υπάρχουν περισσότερα από ένα

παιδιά με αναπηρία στην οικογένεια. Επιπρόσθετα, καθώς η ηλικία του παιδιού μεγαλώνει, οι πιθανότητες κατάθλιψης αυξάνουν (Cohrs & Leslie, 2017).

Επίσης, η κατάθλιψη των μητέρων παιδιών με ειδικές ανάγκες επηρεάζεται από τον βαθμό σοβαρότητας της αναπηρίας του παιδιού. Κι άλλες έρευνες έδειξαν επίσης ότι όσο πιο σοβαρή είναι η αναπηρία, τόσο πιο έντονος είναι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στις μητέρες (Chandravanshi et al., 2017; Pozo, Sarriá & Brioso, 2014; Smith, Greenberg & Seltzer, 2012 ; Carlson & Miller, 2017 ; Breslau, 1982; Tekinarslan, 2013). Καθώς αυξάνεται η σοβαρότητα του τύπου αναπηρίας του παιδιού, αυξάνεται η εξάρτησή του από τη μητέρα για τις καθημερινές δραστηριότητες.

Από την έρευνα επίσης προέκυψε ότι η κατάθλιψη των μητέρων παιδιών με αναπηρία επηρεάζεται από την υποστήριξη φίλων. Αντίστοιχα, σε άλλες έρευνες διαπιστώθηκε ότι η κοινωνική απομόνωση, η απώλεια στενών φίλων σε συνδυασμό με τη φροντίδα ατόμου με αναπηρία μπορεί να θέσει τη μητέρα σε κίνδυνο κατάθλιψης (Mbugua, Kuria & Ndetei, 2011; Myers, Mackintosh & Goin-Kochel, 2009; Uskun & Gundogar, 2010; Halstead, Griffith & Hastings 2017; Zaidman-Zait et al., 2016; O'Connell, O'Halloran & Doody, 2013; Carlson & Miller, 2017; Breslau, 1982).

Σημαντικός παράγοντας για τη μετατραυματική ανάπτυξη μητέρων με παιδιά με αναπηρία αποτελεί η κοινωνική υποστήριξη με διάφορες μορφές, όπως η υποστήριξη του συζύγου και οι στενές φιλικές σχέσεις (Zhang et al., 2013; Wayment, Al-Kire & Brookshire, 2018; Beighton & Wills, 2017). Όπως φάνηκε και στην παρούσα έρευνα, η μετατραυματική ανάπτυξη επηρεάζεται από την κοινωνική υποστήριξη και κατ' επέκταση από την υποστήριξη του συντρόφου.

Με βάση την έρευνα που διεξήχθη, διαπιστώνεται ότι η κατάθλιψη και η μετατραυματική ανάπτυξη εμφανίζονται στις μητέρες μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης και επηρεάζονται από την κοινωνική υποστήριξη ατόμων όπως ο σύντροφος, οι συγγενείς και

οι φίλοι, παράγοντες που καθορίζουν και την ποιότητα ζωής. Επομένως, υποστήριξη και εκπαίδευση πρέπει να παρέχονται τόσο στις μητέρες όσο και στους πατέρες ενός παιδιού με γνωμάτευση αναπηρίας και να συνεχίζονται καθώς το παιδί μεγαλώνει (Cohrs & Leslie, 2017).

Τα ευρήματα που παρουσιάζονται στην μελέτη αυτή μπορεί να εμπνεύσουν περαιτέρω αναζήτηση για αποτελεσματικούς τρόπους στήριξης οικογενειών παιδιών με αναπηρία, και μελετών για τη σημασία του τραύματος που σχετίζεται με τη διάγνωση αναπηρίας του παιδιού και για τη διαδικασία της γονικής προσαρμογής.

5.2 Περιορισμοί της έρευνας

Αρχικός περιορισμός της παρούσας έρευνας αφορά το δείγμα της που είναι σχετικά μικρό, γεγονός το οποίο με βάση τον Bryman (2017), αποκλείει τη γενίκευση των ευρημάτων, εφόσον το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό ολόκληρου του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, τα εργαλεία συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, επομένως ενδέχεται οι μητέρες να έδωσαν απαντήσεις με βάση τις κοινωνικές επιθυμίες και ανάγκες τους.

Στη συνέχεια, αξίζει να αναφερθεί πως στα ερωτηματολόγια δε συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις ανοιχτού τύπου οι οποίες δίνουν στον ερευνητή τη δυνατότητα παροχής περισσότερων πληροφοριών σχετικά με το θέμα που ερευνά.

Επιπλέον, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και άλλες ερευνητικές μέθοδοι, όπως για παράδειγμα η ημιδομημένη συνέντευξη που προσφέρει τη δυνατότητα στο υποκείμενο της έρευνας να αποδώσει ενδελεχείς λεπτομέρειες αναφορικά με το ζήτημα προς εξέταση.

Εκτός των άλλων η παρούσα μελέτη δεν είναι διαχρονική αλλά συγχρονική, επομένως δεν τέθηκε επισκόπηση του ίδιου δείγματος σε διαφορετικά χρονικά πλαίσια, ούτως ώστε

να γινόταν η σύγκριση και να επιβεβαιωνόταν η επαλήθευση ή η μη επαλήθευση των αποτελεσμάτων (Bryman, 2017).

5.3 Μελλοντικές προς έρευνα προτάσεις

Έχοντας προαναφερθεί οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας θα μπορούσε στο μέλλον να εκπονηθεί μία παρεμφερής έρευνα, όχι μόνο σε μητέρες με παιδιά τυπικής ανάπτυξης και μη τυπικής ανάπτυξης , αλλά και σε πατέρες οι οποίοι δεν είναι τόσο ενεργοί συμμετέχοντες σε έρευνες όσο οι μητέρες.

Κάτι τέτοιο θα μας βοηθούσε να κατανοήσουμε όχι μόνο στοιχεία που επιδρούν στη ποιότητα ζωής της μητέρας φροντιστή, αλλά και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας γενικότερα.

Επιπλέον, θα μπορούσε να γίνει μια έρευνα όχι μόνο σε ποσοτικό αλλά και σε ποιοτικό πλαίσιο, που θα περιλάμβανε την ημιδομημένη συνέντευξη , όπως επίσης και ένα που ποσοτικό εργαλείο που θα χρησίμευε να μετρηθεί η ποιότητα της συμπεριφοράς του παιδιού, προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο αυτή επιδρά στους γονείς.

Επιπρόσθετα, η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να γίνει και διαχρονική με σκοπό να μελετηθεί με την πάροδο του χρόνου η συσχέτιση της ψυχικής διάθεσης και κατάστασης των γονέων φροντιστών με την ποιοτική εξέλιξη της αναπηρίας του παιδιού.

5.4 Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις. Προτάσεις

Με γνώμονα τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι έκδηλο το γεγονός πως οι μητέρες που ανατρέφουν παιδιά με διάφορες μορφές αναπηρίας βιώνουν τη μετατραυματική ανάπτυξη την κοινωνική υποστήριξη και την κατάθλιψη σε διαφορετικό βαθμό εν συγκρίσει με τις μητέρες παιδιών τυπικώς αναπτυσσόμενων.

Οι μητέρες μαθητών με αναπηρία βιώνουν άγχος για πολλές πτυχές της ζωής των παιδιών αυτών. Γνωρίζουν και αισθάνονται πως η εκπαίδευση είναι ένα βασικό όπλο για την εξέλιξη, την προσωπική ηρεμία των παιδιών τους, αλλά και για την ψυχική τους ενδυνάμωση.

Αρχικά αναζητούν δομές εκπαίδευσης στις οποίες δε θα εκδηλώνονται διάφορες μορφές βίας, όπως αναφέρει σε άρθρο της η Νικολάου (2004). Στο εν λόγω άρθρο αναφέρεται πως σε πολλά σχολεία η βία εμφανίζεται με διάφορες μορφές και διαστάσεις. Η ψυχική βία στην οποία γίνεται λόγος δεν είναι τόσο αντιληπτή όσο η σωματική και προκαλείται λόγω της διαφορετικότητας, η οποία διαφορετικότητα ενέχει μεταξύ άλλων είτε την εξωτερική εμφάνιση, είτε την αναπηρία, είτε τη σχολική επίδοση, είτε την εθνικότητα.

Κατ' επέκταση οι μητέρες φροντιστές επιδιώκουν το κατάλληλο σχολικό πλαίσιο όχι μόνο για την απόκτηση δεξιοτήτων αλλά και για την ενσωμάτωση και την αποδοχή των παιδιών τους από το κοινωνικό σύνολο. Επίσης, καθώς η αυτονομία των παιδιών τους τις προβληματίζει περισσότερο σε σχέση με τις μητέρες παιδιών δίχως αναπηρία, αναζητούν πιο εξειδικευμένες γνώσεις του προσωπικού όχι μόνο στη διδασκαλία αλλά στην εκπαίδευση της λειτουργικότητας. Το περιθώριο βελτίωσης στην κοινωνική υποστήριξη διευρύνεται πρωτίστως με την επιλογή ενός σχολείου που ενώ παρέχει τις

προαναφερόμενες υπηρεσίες μειώνει και το άγχος και την απογοήτευση που μπορεί να έχουν αισθητή παρουσία και να αποφέρουν δυσάρεστες καταστάσεις.

Οι μητέρες ιδίως μαθητών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού πολλές φορές απαιτούν από τις δομές εκπαίδευσης πληροφορίες και διαβεβαιώσεις σχετικά με το γεγονός πως οι ανάγκες των παιδιών τους κατανοούνται επαρκώς από το εξειδικευμένο προσωπικό και καλύπτονται από το πρόγραμμα σπουδών (Parsons, Lewis & Ellins, 2009).

Σε έρευνα των Solomon, Pistrang & Barker (2001) που είχε ως στόχο να ανακαλύψει την εκπαίδευση που αποκομίζουν οι μητέρες μαθητών με αναπηρίες και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες φροντιστές μαθητών με αναπηρία που ήταν μέλη ομάδων αμοιβαίας υποστήριξης, πράγματι εκπαιδεύτηκαν στην απόκτηση υψηλής συνοχής, εκφραστικότητας και προσανατολισμού καθηκόντων και δικαιωμάτων, τόσο των ίδιων όσο και των παιδιών τους. Τα ποιοτικά δεδομένα έδειξαν ότι οι ομάδες αυτές ήταν χρήσιμες για τις μητέρες μαθητών με αναπηρία στην ανάπτυξη του κοινωνικοπολιτικού πλαισίου και των διαπροσωπικών σχέσεων τους.

Σε άλλη έρευνα του Hsiao (2017), τεκμηριώθηκε πως οι μητέρες μαθητών μη τυπικώς αναπτυσσόμενων μέσα από ομάδες κοινωνικής υποστήριξης εκπαιδεύονται στον τομέα των στρατηγικών αντιμετώπισης που παραθέτουν στην ανατροφή των παιδιών τους. Σε αυτού του είδους τις ομάδες, οι μητέρες μαθαίνουν πως να αντιμετωπίζουν καταστάσεις συμπεριφοράς και διαχείρισης ποικίλων θεμάτων που αφορούν τη μετατραυματική ανάπτυξη, συγκρίνουν γεγονότα, περιστατικά και εμπειρίες και σκέφτονται τι κάνουν διαφορετικά. Μέσα από αυτές τις δραστηριότητες, οι μητέρες όχι μόνο διαμορφώνουν στρατηγικές αντιμετώπισης αλλά επίσης μαθαίνουν η μία από την άλλη, μοιράζονται τα συναισθήματά τους και βοηθούν τους εαυτούς τους με την ανακούφιση από το άγχος, που σχετίζεται με την ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία.

Παρόλη όμως την προσπάθεια που κάνουν οι γονείς και ιδίως οι μητέρες φροντιστές μαθητών με αναπηρία προκειμένου να επιτευχθεί η αυτονομία και η ευτυχία των παιδιών τους, ουσιαστικά ο στόχος παραμένει ατελής. Η κρατική βοήθεια πρέπει να είναι αυτή που θα παρέχει σε επαρκή βαθμό την κάλυψη ποικίλων αναγκών που προκύπτουν από την ανατροφή παιδιών με αναπηρία.

Η οικονομική ενίσχυση με τη μορφή επιδόματος στην περίοδο εκπαίδευσης του παιδιού είναι όχι μόνο αναγκαία αλλά και απαραίτητη. Επίσης, η δωρεάν πρώιμη παρέμβαση στο παιδί και η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη τόσο του ίδιου όσο των γονέων του αποτελούν παράγοντες σημαίνουσας εξέλιξης όλων των μελών της οικογένειας.

Επομένως, η αρωγή που πρέπει να παρέχεται σε οικογένειες μαθητών με αναπηρία οφείλει να είναι ποικίλης μορφής.

Οι μητέρες των μαθητών μη τυπικής ανάπτυξης δεν επιτελούν το ρόλο της γενικής αγωγής στην ανατροφή των παιδιών αλλά της ειδικής που απαιτεί όχι μόνο την αγάπη και το ενδιαφέρον αλλά και τη γνώση σε συνδυασμό με το επιπρόσθετο σωματικό και ψυχικό σθένος, το κουράγιο και την πίστη στο έργο τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσσα

American College of Physicians, *ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟΝ 21^ο ΑΙΩΝΑ*. (2000). (Ν. Πρατσίνης, Α. Μουτσοπούλου, Μ. Περαντάκου – Κουκ, Μτφ.).Ελλάδα: Δομική

Bryman, A. (2017). *Μέθοδοι Κοινωνικής Έρευνας*. (Επιστημονική Επιμέλεια : Α. Αϊδίνης & Μτφ. Π. Σακελλαρίου.) Αθήνα: Gutenberg.

Cohen, L., & Manion, L. (1997). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. (Χρ. Μητσοπούλου & Μ. Φίλοπούλου, Μτφ.). (4η Εκδ.). Αθήνα: Έκφραση/Μεταίχιμο.

Νικολάου Σ-Μ. (2004). Η Βία, η Επιθετική Συμπεριφορά και η Τηλεοπτική επίδραση. *Εκπαίδευση & Επιστήμη* 1: 74 87 ISSN: 1790- 0328

Ανακτήθηκε 08 Ιουνίου 2021 από:

https://scholar.google.com/scholar?start=10&q=%CF%83%CE%BF%CF%85%CE%B6%CE%B1%CE%BD%CE%BD%CE%B1+%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%AC%CE%BF%CF%85&hl=en&as_sdt=0,5

Παντελιάδου Σ. (2011). *Μαθησιακές Δυσκολίες και Εκπαιδευτική Πράξη: Τι και γιατί* Αθήνα: Πεδίο.

Στασινός Δ.(2013). *Η Ειδική Εκπαίδευση 2020: Για μια συμπεριληπτική ή ολική εκπαίδευση στο νέο ψηφιακό σχολείο με ψηφιακούς πρωταθλητές*. Αθήνα: Παπαζήση

Τζιβνίκου Σ. (2015). *Μαθησιακές Δυσκολίες Διδακτικές Παρεμβάσεις*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. www.kallipos.gr

Ανακτήθηκε 08 Ιουνίου 2021 από:

<https://scholar.google.gr/citations?user=1ul9xdAAAAJ&hl=el>

[https://scholar.google.gr/citations?user=1ul9xdAAAAAJ&hl=el#d=gs_md_cita-
d&u=%2Fcitations%3Fview_op%3Dview_citation%26hl%3Del%26user%3D1ul9x
dAAAAAJ%26citation_for_view%3D1ul9xdAAAAAJ%3AabG-
DnoFyZgC%26tzom%3D-180](https://scholar.google.gr/citations?user=1ul9xdAAAAAJ&hl=el#d=gs_md_cita-
d&u=%2Fcitations%3Fview_op%3Dview_citation%26hl%3Del%26user%3D1ul9x
dAAAAAJ%26citation_for_view%3D1ul9xdAAAAAJ%3AabG-
DnoFyZgC%26tzom%3D-180)

Ξενογλώσση

Akturk, U. & Aylaz, R. (2017). An Evaluation of Anxiety in Parents with Disabled Children and their Coping Strategies. *International Journal of Caring Sciences*. 10(1), 342.

Ανακτήθηκε 25 Μαρτίου 2021 από:

https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=PARENTS+AND+ANXIETY+AND+DISABLED+CHILDREN&btnG=

http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/38_akturk_original_10_1.pdf

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Bailey, D. B., Golden, R. N., Roberts, J., & Ford, A. (2007). Maternal depression and developmental disability: *Research critique*. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 321–329. doi:10.1002/mrdd.20172

- 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(4), 325–345. doi:10.1177/1744629516656073
- Braithwaite, D. O., Waldron, V. R., & Finn, J. (1999). Communication of Social Support in Computer-Mediated Groups for People with Disabilities. *Health Communication*, 11(2), 123–151. doi:10.1207/s15327027hc1102_2
- Breslau, N. (1982). Psychological Distress in Mothers of Disabled Children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 136(8), 682. doi:10.1001/archpedi.1982.03970440026007
- Byra, S., Zyta, A., & Ćwirynkało, K. (2017). Posttraumatic growth in mothers of children with disabilities. *Hrvatska Revija Za RehabilitacijskaIstraživanja*, 53, 15-27.
- Byra, S., & Ćwirynkało, K. (2020). Do beliefs influence posttraumatic growth in fathers of children with intellectual disabilities? *Research in Developmental Disabilities*, 104, 103687. doi:10.1016/j.ridd.2020.103687
- Carlson, J. M., & Miller, P. A. (2017). Family burden, child disability, and the adjustment of mothers caring for children with epilepsy: Role of social support and coping. *Epilepsy & Behavior*, 68, 168–173. doi:10.1016/j.yebeh.2017.01.013
- Catalano, D., Holloway, L., & Mpofu, E. (2018). Mental Health Interventions for Parent Carers of Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 341. doi:10.3390/ijerph15020341
- Chandravanshi, G., Sharma, K. K., Jilowa, C. S., Meena, P. S., Jain, M., & Plakash, O. (2017). Prevalence of depression in mothers of intellectually disabled children: A

- Cross – sectional study. *Medical Journal of D.r. D.Y. Patil University*, 10(2), 156-161. doi:10.4103/0975-2870.202103
- Cohrs, A. C. & Leslie, D. L. (2017). Depression in Parents of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Claims – Based Analysis. *Journal of autism and developmental disorders* 47(5), 1416-1422. doi:10.1007/s10803-017-3063-y
- Cooklin, A. R., Giallo, R., & Rose, N. (2011). Parental fatigue and parenting practices during early childhood: an Australian community survey. *Child: Care, Health and Development*, 38(5), 654–664. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01333.x
- Counselman-Carpenter, E. A. (2016). The presence of posttraumatic growth (PTG) in mothers whose children are born unexpectedly with Down syndrome. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 42(4), 351–363. doi:10.3109/13668250.2016.1247207
- Das, S., Das, B., Nath, K., Dutta, A., Bora, 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. doi:10.1016/j.ajp.2017.03.040
- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 94–101. doi:10.1037/a0021865
- Findler, L. S. (2000). The Role of Grandparents in the Social Support System of Mothers of Children with a Physical Disability. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 81(4), 370–381. doi:10.1606/1044-3894.1033
- Gallagher, S., & Hannigan, A. (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland

- cohort study. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 448-454.
Doi:10.1016/j.ridd.2013.11.029
- García-Martín, M. Á., Hombrados-Mendieta, I., & Gómez-Jacinto, L. (2016). A *Multidimensional Approach to Social Support: The Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS)*. *Anales de Psicología*, 32(2), 501. doi:10.6018/analesps.32.2.201941
- Gogoi, R. R., Kumar, R., & Deuri, S. P. (2016). Anxiety, depression, and quality of life in mothers of children with intellectual disability. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, 8(1), 71-75. doi:10.5958/2394-2061.2016.00046.X
- Grant, S., Cross, E., Wraith, J. E., Jones, S., Mahon, L., Lomax, M., ... Hare, D. (2012). Parental social support, coping strategies, resilience factors, stress, anxiety and depression levels in parents of children with MPS III (Sanfilippo syndrome) or children with intellectual disabilities (ID). *Journal of Inherited Metabolic Disease*, 36(2), 281–291. doi:10.1007/s10545-012-9558-y
- Hadadian, A. (1994). Stress and Social Support in Fathers and Mothers of Young Children with and without Disabilities. *Early Education & Development*, 5(3), 226–235. doi:10.1207/s15566935eed0503_4
- Halstead, E. J., Griffith, G. M., & Hastings, R. P. (2017). Social support, coping, and positive perceptions as potential protective factors for the well-being of mothers of children with intellectual and developmental disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1–9. doi:10.1080/20473869.2017.1329192
- Hsiao, Y.-J. (2017). Parental Stress in Families of Children with Disabilities. *Intervention in School and Clinic*, 53(4), 201–205. doi:10.1177/1053451217712956

- Ingersoll, B., Meyer, K., & Becker, M.W. (2010). Increased rates of depressed mood in mothers of children with ASD associated with the presence of the broader autism phenotype. *Autism Research, 4*(2), 143-148. doi:10.1002/aur.170
- Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior, 27*(3), 250. doi:10.2307/2136745
- Jin, Y., Xu, J., & Liu, D. (2014). The relationship between post-traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(12), 1903–1910. doi:10.1007/s00127-014-0865-5
- Keller, D. & Honig, A. S. (2004). Maternal and Parental Stress in Families With School – Aged Children With Disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*(3), 337-348. doi: 101037/0002-9432.74.3.337
- Kielb, K., Bargiel – Matusiewicz, K. M., & Pisula, E. (2019). Posttraumatic Stress Symptoms and Posttraumatic Growth in Mothers of Children With Intellectual Disability – The Role of Intrusive and Deliberate Ruminations: A Preliminary Report. *Frontiers in Psychology, 10*, 2011. doi: [10.3389/fpsyg.2019.02011](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02011)
- Kostiukow, A., Strzelecki, W., Poniewierski, P., & Samborski, W. (2019). The estimation of the functioning of families with ASD children. *AIMS Public Health, 6*(4), 587–599. doi: 10.3934/publichealth.2019.4.587
- Lin, N., Ensel, W. M, Simeone, R. S. & Kuo, W. (1979). Social Support, Stressful Life Events, and Illness: A Model and an Empirical Test. *Journal of Health and Social Behavior, 20*(2), 108-119. doi: 10.2307/2136433

- Mbugua, M. N., Kuria, M. W. & Ndetei, D. M. (2011). The Prevalence of Depression among Family Caregivers of Children With Intellectual Disability in a Rural Setting in Kenya. *International Journal of Family Medicine*, 2011. doi:[10.1155/2011/534513](https://doi.org/10.1155/2011/534513)
- McGuire, B. K., Crowe, T.K., Law, M., & VanLeit, B. (2004). Mothers of children with Disabilities: Occupational Concerns and Solutions. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24(2), 54-63. doi: 10.1177/153944920402400203
- Miodrag, N., & Hodapp, R. M. (2010). Chronic stress and health among parents of children with intellectual and developmental disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(5), 407–411. doi:10.1097/yco.0b013e32833a8796
- Moes, D., Koegel, R. L., Schreibman, L., & Loos, L. M. (1992). Stress Profiles for Mothers and Fathers of Children with Autism. *Psychological Reports*, 71(3_suppl), 1272–1274. doi:10.2466/pr0.1992.71.3f.1272
- Myers, B. J., Mackintosh, V.H. & Goin- Kochel, R.P. (2009). My greatest joy and my greatest heart ache: Parents’ own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families’ lives. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(3), 670-684. doi:10.1016/j.rasd.2009.01.004
- Olsson, M. B. & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535-543. doi: 10.1046/j.1365-2788.2001.00372.x
- O’Connell, T., O’Halloran, M., & Doody, O. (2013). Raising a child with disability and dealing with life events. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(4), 376–386. doi:10.1177/1744629513509794

- Ow, R., Tan, N. T., & Goh, S. (2004). Diverse Perceptions of Social Support: Asian Mothers of Children with Intellectual Disability. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 85(2), 214–220. doi:10.1606/1044-3894.327
- Ozer, E. M. (1995). The Impact of Childcare Responsibility and Self-Efficacy on the Psychological Health of Professional Working Mothers. *Psychology of Women Quarterly*, 19(3), 315–335. doi:10.1111/j.1471-6402.1995.tb00078.x
- Padden, C., & 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. doi:10.1007/s10882-017-9547-z
- Parsons, S., Lewis, A., & Ellins, J. (2009). The views and experiences of parents of children with autistic spectrum disorder about educational provision: comparisons with parents of children with other disabilities from an online survey. *European Journal of Special Needs Education*, 24(1), 37–58. doi:10.1080/08856250802596790
- Pearson, J. E. (1986). The Definition and Measurement of Social Support. *Journal of Counseling & Development*, 64(6), 390–395. doi:10.1002/j.1556-6676.1986.tb01144.x
- Pozo, P., Sarria, E. & Brioso, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(5), 442-458 doi: 10.1111/jir.12042
- Raina, P. (2005). The Health and Well-Being of Caregivers of Children With Cerebral Palsy. *PEDIATRICS*, 115(6), e626–e636. doi:10.1542/peds.2004-1689

- Resch, J. A., Elliott, T. R., & Benz, M. R. (2012). *Depression among parents of children with disabilities. Families, Systems, & Health, 30(4), 291–301.* doi:10.1037/a0030366
- Sen, E., & Yurtsever, S. (2007). Difficulties experienced by families with disabled children. *Journal for specialists in pediatric nursing, 12(4), 238- 252.* doi: 10.1111/j.1744-6155.2007.00119.x
- Smith, L.E., Greenberg, J.S., & Seltzer, M.M. (2012). Social support and well -being at mid life among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 42, 1818-26.*
<https://doi.org/10.1007/s10803-011-1420-9>
- Solomon, M., Pistrang, N., & Barker, C. (2001). The Benefits of Mutual Support Groups for Parents of Children With Disabilities. *American Journal of Community Psychology, 29(1), 113–132.* doi:10.1023/a:1005253514140
- Tabassum, R. & Mohsin, N. (2013). Depression and anxiety among parents of children with disabilities: A case study from developing world. *International Journal of Environment, Ecology, Family and Urban Studies, 3(5), 33 -40.*
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9(3), 455-471.*
doi:[10.1002/jts.2490090305](https://doi.org/10.1002/jts.2490090305)
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence”. *Psychological Inquiry, 15(1), 1–18.* doi:10.1207/s15327965pli1501_01
- Tekinarslan, I. C. (2013). A Comparison Study of Depression and Quality of Life in Turkish Mothers of Children with down Syndrome, Cerebral Palsy, and Autism

Spectrum Disorder. *Psychological Reports*, 112(1), 266–287. doi:10.2466/21.02.15.pr0.112.1.266-287

Uskun, E., & Gundogar, D. (2010). The levels of stress, depression and anxiety of parents of disabled children in Turkey. *Disability and Rehabilitation*, 32(23), 1917-1927. doi :10.3109/09638281003763804

Wayment, H. A., Al-Kire, R., & Brookshire, K. (2018). Challenged and changed: Quiet ego and posttraumatic growth in mothers raising children with autism spectrum disorder. *Autism*, 23(3), 607-618. [https:// doi.org/10.1177/1362361318763971](https://doi.org/10.1177/1362361318763971)

Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E., Vaillancourt, T., Smith, I. M., Szatmari, P., ... Thompson, A. (2016). Impact of personal and social resources on parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(2), 155–166. doi:10.1177/1362361316633033

Zhang, W., Yan, T. T., Barriball, K. L., While, A. E., & Liu, X. H. (2015). Post-traumatic growth in mothers of children with autism: A phenomenological study. *Autism*, 19(1), 29-37. doi:10.1177/1362361313509732

Zhang, W., Yan, T., Du, Y., & Liu, X. (2013). Relationship between coping, rumination and posttraumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(10), 1204–1210. doi:10.1016/j.rasd.2013.07.008

Zhang, W., Yan, T., Du, Y., & Liu, X. (2014). Brief Report: Effects of Solution-Focused Brief Therapy Group-Work on Promoting Post-traumatic Growth of Mothers Who Have a Child with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 2052–2056. doi:10.1007/s10803-014-2051-8

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητές μητέρες, χορηγείται αυτό το ανώνυμο ερωτηματολόγιο στα πλαίσια εκπόνησης έρευνας των απόψεων των μητέρων που έχουν παιδιά με ή δίχως δυσκολίες. Παρακαλώ σημειώστε μόνο 1 (μία) απάντηση σε κάθε ερώτηση. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να σας ανακοινωθούν μετά από σχετική επικοινωνία. Στοιχεία επικοινωνίας: kardamakhkyriakh@gmail.com

Η συμβολή σας θα είναι πολύτιμη. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο και τη συνεργασία.

Η ερευνήτρια

Κυριακή Καρδαμάκη

Στοιχεία μητέρας

Παρακαλούμε σημειώστε με «ν» την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

Ηλικία

20-30

31-40

41-50

51-60

πάνω από 61

Επάγγελμα _____

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμη

Παντρεμένη

Διαζευγμένη

Δεύτερη οικογένεια

Χήρα

Άλλο _____

Παιδιά

1

2

3

4

5

Άλλο _____

Ηλικία παιδιών

Επίπεδο εκπαίδευσης

Απολυτήριο Γυμνασίου

Απολυτήριο Λυκείου

Απόφοιτος μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, Μέση εκπαίδευση)

Απόφοιτος Πανεπιστημίου

Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό δίπλωμα

Τόπος κατοικίας

Αστική περιοχή

Μη αστική περιοχή

Θρησκευτικό συναίσθημα. Κυκλώστε 1 (μία) από τις επιλογές.

1. Έχω ανεπτυγμένο θρησκευτικό συναίσθημα/πίστη.

0. Καθόλου

1. Λίγο

2. Μέτρια

3. Αρκετά

4. Πολύ

2. Η πίστη μου στο Θεό δίνει νόημα και σκοπό στη ζωή μου.

0. Καθόλου

1. Λίγο

2. Μέτρια

3. Αρκετά

4. Πολύ

3. Προσπαθώ να εκκλησιάζομαι και να προσεύχομαι τακτικά

0. Καθόλου

1. Λίγο

2. Μέτρια

3. Αρκετά

4. Πολύ

Τύπος δυσκολίας του παιδιού: _____

Φύλο του παιδιού

Αγόρι Κορίτσι

Έτη με διάγνωση: _____

Συννοσηρότητα: _____

Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση του παιδιού. Κυκλώστε 1 (μία) από τις επιλογές.

Βαθμός Σοβαρότητας Δυσκολίας

1 (αμελητέα) 2 (μικρή) 3 (μέτρια) 4 (αρκετά σοβαρή) 5 (πολύ σοβαρή)

Κυκλώστε ένα από τα παρακάτω.

| | Διαφωνώ πολύ | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ πολύ |
|---|-----------------|---------|------------------------------------|---------|-----------------|
| 1. Άλλαξαν οι προτεραιότητές μου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ενισχύθηκε η εκτίμηση για την αξία της ζωής μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ανέπτυξα νέα ενδιαφέροντα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Έχω ένα αίσθημα αυτάρκειας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Απέκτησα μία καλύτερη κατανόηση των πνευματικών θεμάτων. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Γνωρίζω ότι μπορώ να βασιστώ σε ανθρώπους στις δύσκολες περιόδους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Άνοιξα ένα νέο μονοπάτι στη ζωή μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Έχω μια αίσθηση εγγύτητας με άλλους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Έχω την ανάγκη να εκφράσω τα συναισθήματά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Γνωρίζω ότι μπορώ να χειριστώ δυσκολίες. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Μπορώ να κάνω καλύτερα πράγματα στη ζωή μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 12. Μπορώ να δεχτώ τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν τα πράγματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Εκτιμώ την κάθε μέρα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Ανοίγουν νέες ευκαιρίες που δε θα υπήρχαν διαφορετικά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Έχω αίσθημα συμπόνιας για τους άλλους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Προσπαθώ για τις σχέσεις μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Προσπαθώ πιο έντονα να αλλάξω πράγματα που χρειάζονται αλλαγές. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Έχω πιο ισχυρή θρησκευτική πίστη. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ανακάλυψα ότι είμαι πιο δυνατή από όσο νόμιζα ότι ήμουν. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Έμαθα πολλά για το πόσο υπέροχοι είναι οι άνθρωποι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Αποδέχομαι ότι χρειάζομαι τους άλλους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Κυκλώστε ένα από τα παρακάτω. Όποιο νομίζετε ότι ταιριάζει.

- A.**
1. Δεν αισθάνομαι λυπημένη.
 2. Αισθάνομαι λυπημένη ή μελαγχολική.
 3. Είμαι λυπημένη ή μελαγχολική συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό.
 4. Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχημένη ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.
- B.**
1. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξη ή αποθαρρυσμένη για το μέλλον.
 2. Αισθάνομαι αποθαρρυσμένη για το μέλλον.
 3. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω για το μέλλον.
 4. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν.
- Γ.**
1. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένη.
 2. Μου φαίνεται ότι είμαι περισσότερο αποτυχημένη από τους άλλους ανθρώπους.
 3. Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες.
 4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένη σαν άτομο (σύζυγος-μητέρα).
- Δ.**
1. Λαμβάνω ευχαρίστηση από τα πράγματα όπως και πρώτα.
 2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.
 3. Δε με ευχαριστεί πια τίποτα.
 4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένη ή βαριεστημένη με το καθετί.
- Ε.**
1. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχη για τον εαυτό μου.
 2. Αισθάνομαι ένοχη.
 3. Αισθάνομαι συχνά ένοχη.
 4. Αισθάνομαι διαρκώς ένοχη.

- Ζ.**
1. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
 2. Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρηθώ.
 3. Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.
 4. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
- Η.**
1. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου.
 2. Αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου.
 3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.
 4. Μισώ τον εαυτό μου.
- Θ.**
1. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερη από άλλους.
 2. Ασκώ κριτική στον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.
 3. Κατηγορώ συνεχώς τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
 4. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει.
- Ι.**
1. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.
 2. Κλαίω τώρα περισσότερο από όσο συνήθιζα να κλαίω.
 3. Πλέον κλαίω συνεχώς.
 4. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω.
- Κ.**
1. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένη τώρα απ' όσο ήμουν.
 2. Εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
 3. Αισθάνομαι αρκετά συχνά εκνευρισμένη ή ενοχλημένη.
 4. Αισθάνομαι εκνευρισμένη όλη την ώρα.
- Λ.**
1. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
 2. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ό,τι παλαιότερα.

3. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
 4. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
- Μ.**
1. Είμαι το ίδιο αποφασιστική όπως πάντα.
 2. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις περισσότερο από ό,τι συνήθως.
 3. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.
 4. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση.
- Ν.**
1. Δε μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από ποτέ.
 2. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένη και μη ελκυστική.
 3. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή στην εμφάνισή μου, που με κάνει να φαίνομαι απωθητική.
 4. Πιστεύω ότι είμαι άσχημη.
- Ξ.**
1. Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα.
 2. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά.
 3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
 4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.
- Ο.**
1. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
 2. Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
 3. Ξυπνώ το πρωί 1-2 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
 4. Ξυπνώ το πρωί πολλές ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.
- Π.**
1. Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
 2. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.
 3. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω.
 4. Είμαι τόσο κουρασμένη που δεν μπορώ να κάνω τίποτα.

- P.**
1. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.
 2. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.
 3. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
 4. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
- Σ.**
1. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.
 2. Έχω χάσει περισσότερα από 2 κιλά.
 3. Έχω χάσει περισσότερα από 4 κιλά.
 4. Έχω χάσει περισσότερα από 7 κιλά.
- T.**
1. Δε με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.
 2. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα.
 3. Με απασχολεί τόσο πολύ η υγεία ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτα άλλο.
 4. Με απασχολεί τόσο πολύ η υγεία μου ώστε δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο.
- Υ.**
1. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.
 2. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ό,τι συνήθως.
 3. Δε με ενδιαφέρει σχεδόν καθόλου το σεξ.
 4. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

Κυκλώστε ένα από τα παρακάτω.

Πόσο συχνά λαμβάνετε υποστήριξη;

1. Σπάνια
2. Μερικές φορές
3. Αρκετά συχνά
4. Σχεδόν πάντα
5. Πάντα

Πόσο ικανοποιημένη είστε με την υποστήριξη που λαμβάνετε;

1. Καθόλου ικανοποιημένη
2. Μόλις ικανοποιημένη
3. Αρκετά ικανοποιημένη
4. Σχεδόν ικανοποιημένη
5. Πολύ ικανοποιημένη

Κυκλώστε ένα από τα παρακάτω.

1 = Σπάνια 2 = Μερικές φορές 3 = Αρκετά συχνά 4 = Σχεδόν πάντα 5 = Πάντα

| ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ/ ΣΥΖΥΓΟΣ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ |
|--|-------------------|--------------------|
| 1. Ο σύντροφός/ ο σύζυγός σας σας αγαπάει, είναι στοργικός και σας ακούει όταν θέλετε να μιλήσετε και να εκφράσετε τα συναισθήματά σας; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 2. Θα έκανε μια χάρη σε εσάς αν χρειαζόταν ή θα έκανε συγκεκριμένα πράγματα για εσάς, π.χ. να σας παρέχει χρήματα, να σας συνοδεύσει σε ιατρική επίσκεψη ή να βοηθήσει με κάποια άλλη δραστηριότητα; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 3. Σας δίνει χρήσιμες συμβουλές και πληροφορίες σχετικά με ερωτήσεις, προβλήματα ή καθημερινές ασχολίες; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ |
| 1. Σαν αγαπάνε, είναι στοργικοί και σας ακούνε όταν θέλετε να μιλήσετε και να εκφράσετε τα συναισθήματά σας; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

| | | |
|---|------------------|--------------------|
| 2. Θα σας έκαναν μια χάρη αν χρειαζόταν ή θα έκαναν συγκεκριμένα πράγματα για εσάς, όπως να σας παρέχουν χρήματα, να σας συνοδεύσουν σε ιατρική επίσκεψη ή να βοηθήσουν με κάποια άλλη δραστηριότητα; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 3. Σας δίνουν χρήσιμες συμβουλές και πληροφορίες σχετικά με ερωτήσεις, προβλήματα ή καθημερινές ασχολίες; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| ΦΙΛΟΙ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ |
| 1.Σας αγαπάνε, είναι στοργικοί και σας ακούνε όταν θέλετε να μιλήσετε και να εκφράσετε τα συναισθήματά σας; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 2. Θα σας έκαναν μια χάρη αν χρειαζόταν ή θα έκαναν συγκεκριμένα πράγματα για εσάς, όπως να σας παρέχουν χρήματα, να σας συνοδεύσουν σε ιατρική επίσκεψη ή να βοηθήσουν με κάποια άλλη δραστηριότητα; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 3. Σας δίνουν χρήσιμες συμβουλές και πληροφορίες σχετικά με ερωτήσεις, προβλήματα ή καθημερινές ασχολίες; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (υποστήριξη από γείτονες, ενορία, ομάδες και την κοινωνία γενικότερα) | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ |
| 1.Σας αγαπάνε, είναι στοργικοί και σας ακούνε όταν θέλετε να μιλήσετε και να εκφράσετε τα συναισθήματά σας; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 2. Θα σας έκαναν μια χάρη αν χρειαζόταν ή θα έκαναν συγκεκριμένα πράγματα για εσάς, όπως να σας παρέχουν χρήματα, να σας συνοδεύσουν σε ιατρική επίσκεψη ή να βοηθήσουν με κάποια άλλη δραστηριότητα; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 3. Σας δίνουν χρήσιμες συμβουλές και πληροφορίες σχετικά με ερωτήσεις, προβλήματα ή καθημερινές ασχολίες; | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

Κυκλώστε ένα από τα παρακάτω.

| | Διαφωνώ πολύ | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ πολύ |
|---|-------------------------|----------------|--|----------------|-------------------------|
| 1. Υπάρχει ένα άτομο που είναι κοντά μου όταν το χρειάζομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Υπάρχει ένα άτομο με το οποίο μπορώ να μοιραστώ τις χαρές και τις λύπες. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Η οικογένειά μου πραγματικά προσπαθεί να με βοηθάει. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Λαμβάνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Έχω ένα άτομο που είναι πραγματική πηγή παρηγοριάς για εμένα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Οι φίλοι μου πραγματικά προσπαθούν να με βοηθούν. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Μπορώ να βασιστώ στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Μπορώ να μιλάω για τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Υπάρχει ένα άτομο στη ζωή μου που ενδιαφέρεται για τα συναισθήματά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να λάβω αποφάσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Μπορώ να μιλάω για τα προβλήματά μου με τους φίλους μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Πίνακας 1. Ηλικία μητέρων μαθητών τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης

| | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|--------|-----------|---------|
| 20-30 | 4 | 2.8 |
| 31-40 | 68 | 47.6 |
| 41-50 | 56 | 39.2 |
| 51-60 | 14 | 9.8 |
| >61 | 1 | .7 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 143 | 100.0 |

Πίνακας 2. Τόπος κατοικίας μητέρων μαθητών τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης

| | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-------------------|-----------|---------|
| Μη αστική περιοχή | 19 | 13.3 |
| Αστική περιοχή | 124 | 86.7 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 143 | 100.0 |

Πίνακας 3. Εκπαίδευση μητέρων μαθητών τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης

| | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|--|-----------|---------|
| Απολυτήριο Γυμνασίου | 9 | 6.3 |
| Απολυτήριο Λυκείου | 19 | 13.3 |
| Απόφοιτος μεταλυκειακής εκπαίδευσης (IEK, Μέση Εκπαίδευση) | 38 | 26.6 |
| Απόφοιτος Πανεπιστημίου | 50 | 35.0 |
| Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό δίπλωμα | 27 | 18.9 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 143 | 100.0 |

Πίνακας 4. Οικογενειακή κατάσταση μητέρων μαθητών τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης

| | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|--------------------|-----------|---------|
| Άγαμη | 6 | 4.2 |
| Χήρα | 6 | 4.2 |
| Διαζευγμένη | 14 | 9.8 |
| Παντρεμένη | 113 | 79.0 |
| Δεύτερη οικογένεια | 3 | 2.1 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 142 | 99.3 |
| Missing System | 1 | .7 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 143 | 100.0 |