



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Διπλωματική εργασία

«Γονεϊκό άγχος, κατάθλιψη και συζυγική ικανοποίηση πατέρων μαθητών με αναπηρία: Εκπαιδευτικές προεκτάσεις»

Αθηνά-Μαρία Λάμπρου

(Α.Μ.:28)

Ιωάννινα, 2022

Διπλωματική εργασία:

«Γονεϊκό άγχος, κατάθλιψη και συζυγική ικανοποίηση πατέρων μαθητών με
αναπηρία: Εκπαιδευτικές προεκτάσεις»

Αθηνά- Μαρία Λάμπρου

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

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

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

Μέλος: Μαρία Κυπριωτάκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Π.Τ.Π.Ε., Πανεπιστήμιο
Κρήτης

Ιωάννινα, 2022

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση» της Σχολής Επιστημών Αγωγής του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Ολοκληρώνοντας τη διπλωματική μου εργασία, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σπυρίδων- Γεώργιο Σούλη για τη συμβολή του στη κατάρτισή μου ως ειδική παιδαγωγό και για τη πολύτιμη βοήθεια και αδιάκοπη καθοδήγηση κατά την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Παράλληλα, ευχαριστώ όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών για τις διδασκαλίες, τις γνώσεις και τις συμβουλές τους. Ιδιαίτερος ευγνώμων είμαι ξεχωριστά για την κ. Ελένη Μορφίδη και την κ. Μαρία Κυπριωτάκη που αποτέλεσαν μέλη της εξεταστικής επιτροπής και αφιέρωσαν χρόνο.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους πατέρες των παιδιών με αναπηρία που συμμετείχαν στην παρούσα εργασία και αφιέρωσαν προσωπικό χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αλλά και τους φορείς (σχολεία, σύλλογοι, το μουσείο σύγχρονης τέχνης MOMus, ΚΠΑΔμεΑ κ.ά.) που με έφεραν σε επαφή με τους πατέρες. Ιδιαίτερη μνεία αξίζει στον ξάδερφό μου Θεοφάνη, ο οποίος αποτέλεσε πηγή έμπνευσης για τη παρούσα εργασία καθώς είναι και ο ίδιο πατέρας τέκνου με αναπηρία.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω τους αγαπητούς μου γονείς για την ηθική βοήθεια και συμπαράσταση που μου παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μου. Το ίδιο ισχύει και για άλλα αγαπητά μου πρόσωπα που ήταν διαρκώς δίπλα μου τόσο στις εύκολες όσο και στις δύσκολες στιγμές. Τους ευχαριστώ που ήταν εκεί όταν χανόμουν στις σκέψεις μου, όταν έπεφτα ψυχολογικά και πίστευαν πως μπορώ να τα καταφέρω.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	6
Abstract	7
Κατάλογος πινάκων	9
Εισαγωγή	11
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ	14
1.1. Προσδιορισμός της έννοιας «αναπηρία»	14
1.2. Κατηγορίες αναπηρίας	16
1.2.1. Κινητική ή σωματική αναπηρία	16
1.2.2. Οπτική αναπηρία	19
1.2.3. Ακουστική αναπηρία	21
1.2.4. Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ.)	24
1.2.5. Νοητική αναπηρία	27
1.2.6. Προβλήματα λόγου και ομιλίας	29
1.2.7. Προβλήματα συμπεριφοράς	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΗ ΟΡΩΝ	35
2.1. Ο όρος «γονεϊκό άγχος»	35
2.2. Ο όρος «κατάθλιψη»	38
2.3. Ο όρος «συζυγική ικανοποίηση»	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	43
3.1. Ο ρόλος του πατέρα στη διαμόρφωση του παιδιού	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	56
4.1. Έρευνες σχετικά με το άγχος των πατέρων παιδιών με αναπηρία	56
4.2. Έρευνες σχετικά με την κατάθλιψη των πατέρων παιδιών με αναπηρία	59
4.3. Έρευνες σχετικά με τη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων παιδιών με αναπηρία	61
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	65
5.1. Περιγραφή κεφαλαίου	65
5.2. Σκοπός της έρευνας- Ερευνητικά ερωτήματα	65
5.3. Εργαλεία της έρευνας	66
5.4. Συλλογή Δεδομένων	69
5.5. Περιγραφή του Δείγματος	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	81
6.1. Στατιστική ανάλυση	81
6.2. Αποτελέσματα της έρευνας	82
6.3. Συζήτηση- συμπεράσματα	95
6.4. Περιορισμοί της έρευνας- Συστάσεις για μελλοντική έρευνα	98
Βιβλιογραφία	100
Παράρτημα	121

Περίληψη

Πλέον θεωρείται αναμφισβήτητη η σημαντικότητα του ρόλου των γονέων όσον αφορά την ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού. Ιδιαίτερα, η σημαντικότητα αυτή επαυξάνεται, όταν πρόκειται για παιδί με αναπηρία, καθώς οι γονείς καλούνται να διαχειρίζονται τις επιπτώσεις της αναπηρίας που πλήττει όχι μόνο την ποιότητα ζωής του αλλά ευρύτερα την ομαλή λειτουργία της οικογένειας. Παράλληλα, οι απαιτήσεις της καθημερινότητας, τα προβλήματα που προκύπτουν κατά τη διεξαγωγή των δραστηριοτήτων, οι δυσκολίες προσβασιμότητας καθώς και η συνεχόμενη αγωνία και οι σκέψεις για το αβέβαιο μέλλον του παιδιού, λόγω της αναπηρίας, εξαντλούν τους γονείς ψυχικά και σωματικά. Δημιουργούν ή και εντείνουν το γονεϊκό άγχος, ενώ συχνά τους οδηγούν σε κατάθλιψη και σε συζυγική δυσαρέσκεια. Ταυτόχρονα, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος όπου το παιδί με αναπηρία βιώνει ανάλογα αρνητικά συναισθήματα παρατηρώντας τους γονείς του με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται περαιτέρω η ψυχική του κατάσταση. Γι' αυτό τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον για τη μελέτη και διερεύνηση της ψυχοσύνθεσης των γονέων αλλά και των αδελφών ατόμων με αναπηρία. Ωστόσο, παρά την σημαντικότητα του πατρικού ρόλου δεν φαίνεται οι πατέρες να αποτελούν πόλο έλξης για τους ερευνητές, οπότε διαπιστώνεται ένα βιβλιογραφικό κενό. Στο πλαίσιο των προαναφερομένων, επιχειρήθηκε η διερεύνηση του γονεϊκού άγχους, της κατάθλιψης και της συζυγικής ικανοποίησης των πατέρων παιδιών με αναπηρία. Συγκεκριμένα διεξήχθη έρευνα στην οποία συμμετείχαν 235 πατέρες, εκ των οποίων οι 118 είναι πατέρες παιδιών με αναπηρία. Ως εργαλείο έρευνας αξιοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς πέντε ενοτήτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι πατέρες παιδιών με αναπηρία διαφοροποιούνται από τους πατέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών ως προς το γονεϊκό άγχος. Φάνηκε πως το γονεϊκό άγχος επηρεάζει τη συζυγική ικανοποίηση και όσο αυξάνεται το γονεϊκό άγχος αυξάνεται και η κατάθλιψη. Τέλος, η περιοχή διαβίωσης, το εισόδημα και η ηλικία αποτέλεσαν μερικά δημογραφικά χαρακτηριστικά που μπορούν να επηρεάσουν τις ερευνητικές μεταβλητές.

Λέξεις κλειδιά: πατέρες παιδιών με αναπηρία, γονεϊκό άγχος, κατάθλιψη, συζυγική ικανοποίηση

Abstract

Nowadays, the importance of the parents' role in children's personality development is an undisputable fact. This importance is enhanced in case of a disabled child, as parents have to cope with the consequences of this "disability" that affects not only the child's quality of life but also the generally smooth function of the family. At the same time, daily life's obligations, arising problems during everyday activities, accessibility problems as well as the perpetual anxiety and thoughts of the child's unsafe future due to that disability deplete parents both psychologically and physically. They are held responsible for the creation or even the heightening of the parents' stress, while often enough lead them to depression or marital disappointment. At the same time, there is a catch-22 situation in which the disabled child experiences accordingly negative feelings, observing their parents and as a result the child's psychological state gets even worse. That is the reason why, over the few years, there has been an increase in the scientific interest in studying and researching the disabled child's parents' and siblings' mentality. However, despite the significance of the paternal role, fathers do not seem to draw the researchers' attention so there is a bibliographical gap. Keeping that in mind, there has been an attempt to research the parents' stress, depression, and marital satisfaction of fathers of disabled children. Specifically, there has been a research of 235 fathers, of whom 118 are fathers of disabled children. A self-gauge questionnaire which contained five parts was used as a tool for research. Results depicted that fathers of disabled children differed from fathers of typically developing children in terms of parental stress. Parental stress has been shown to affect marital satisfaction, and as parental stress increases, also increases depression. Finally, their place of living, their income and their age are some demographic points that can affect these variables.

Keywords: fathers of children with disabilities, parental stress, depression, marital satisfaction

Αφιερωμένη στους γονείς μου.

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1: Ηλικία πατέρων.....	71
Πίνακας 2: Περιοχή διαβίωσης πατέρων	71
Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση πατέρων.....	72
Πίνακας 4: Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρων.....	72
Πίνακας 5: Εργασιακή κατάσταση πατέρων	73
Πίνακας 6: Μηνιαίο καθαρό εισόδημα πατέρων.....	73
Πίνακας 7: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά για το θρήσκευμα των πατέρων	74
Πίνακας 8: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με τον χρόνο που αφιερώνουν στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης οι πατέρες.....	74
Πίνακας 9: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το αν έχουν κάποιο χόμπι οι πατέρες.....	75
Πίνακας 10: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το ποιους αισθάνονται πιο κοντά τους οι πατέρες.....	75
Πίνακας 11: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το πόσους στενούς φίλους έχουν οι πατέρες	76
Πίνακας 12: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το πόσες φορές την εβδομάδα οι πατέρες βγαίνουν για διασκέδαση χωρίς την οικογένεια.....	76
Πίνακας 13: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το πόσες φορές την εβδομάδα οι πατέρες βγαίνουν για διασκέδαση μαζί με τα παιδιά.....	77
Πίνακας 14: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των παιδιών των πατέρων.....	78
Πίνακας 15: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με την αναπηρία του παιδιού	78
Πίνακας 16: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το πότε έγινε η διάγνωση του παιδιού με αναπηρία	79
Πίνακας 17: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το φύλο του παιδιού για το οποίο συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο	79

Πίνακας 18: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με την ηλικία του παιδιού για το οποίο συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο	80
Πίνακας 19: Αποτελέσματα t-test γονεϊκού άγχους, κατάθλιψης και συζυγικής ικανοποίησης ως προς τις δύο ομάδες	84
Πίνακας 20: Αποτελέσματα ελέγχου ανεξαρτησίας χαρακτηρισμού και κατάστασης πατέρα	85
Πίνακας 21: Συνάφεια ανάμεσα στη Βαθμολογία Φόρτισης Γονέα και στην ομάδα του πατέρα	86
Πίνακας 22: Συνάφεια ανάμεσα στη Βαθμολογία Δυσλειτουργικής αλληλεπίδρασης Γονέα- Παιδιού και της ομάδας του πατέρα	87
Πίνακας 23: Συνάφεια ανάμεσα στη Βαθμολογία Δύσκολου Παιδιού και στην ομάδα πατέρα	88
Πίνακας 24: Συνάφεια ανάμεσα στη Βαθμολογία Συνολικού Άγχους και στην ομάδα πατέρα	89
Πίνακας 25: Πολλαπλές Συγκρίσεις με τη μέθοδο της Ελάχιστης Σημαντικής Διαφοράς για τη συζυγική ικανοποίηση και τη Βαθμολογία Συνολικού Άγχους στους πατέρες συνολικά	90
Πίνακας 26: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης της κατάθλιψης του Beck και του συνολικού γονεϊκού άγχους	92
Πίνακας 27: Ενιαίο μοντέλο για την Βαθμολογία του Άγχους και την κατάθλιψη του Beck στις δύο ομάδες	92
Πίνακας 28: Στατιστικά Σημαντικά Αποτελέσματα ελέγχου t-test ως προς δημογραφικά (εντός της πειραματικής ομάδας)	93
Πίνακας 29: Στατιστικά Σημαντικά Αποτελέσματα Kruskal-Wallis ως προς δημογραφικά (εντός της πειραματικής ομάδας)	93

Εισαγωγή

Η αναπηρία είναι μια πολύπλοκη έννοια, δύσκολη στον ορισμό της, που στο παρελθόν συχνά χαρακτηρίζονταν ως το «αποτέλεσμα μιας πάθησης ή βλάβης» ενώ στο πέρασμα του χρόνου φαίνεται πως πήρε και διαφορετικές ερμηνείες. (Smith & Tyler, 2019, σ. 50) Πέρα των δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα άτομο από την αναπηρία που φέρει, σημαντικό είναι και το αίσθημα φραγμού και ματαιώσης από τις προκαταλήψεις και την απορριπτική στάση που ενδέχεται να βιώνει από τους μη αναπήρους. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο όλα τα άτομα του περιβάλλοντός του μπορούν να αποβούν σημαντικά για την πορεία της ζωής του (Ζώνιου - Σιδέρη, 2009).

Για τα άτομα με αναπηρία έχει αποδειχθεί αδιαμφισβήτητος ο ρόλος της οικογένειάς τους και συγκεκριμένα των γονέων τους (Μαργαρίτη, 2004· Συριοπούλου-Δελλή, 2020). Η οικογένεια αποτελεί την πρώτη κοινωνική ομάδα στην οποία γίνεται μέλος το άτομο με αναπηρία μετά τη γέννησή του και κρίνεται ιδιαίτερος σημαντική η πορεία του μέσα σε αυτή για την εξέλιξή του (Ζήση & Σαββάκης, 2019). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, λοιπόν, οι γονείς ενός παιδιού με αναπηρία έρχονται αντιμέτωποι με πολλά ζητήματα καθώς πέρα από τις υποχρεώσεις για την ανατροφή ενός παιδιού έχουν επιπροσθέτως να αντιμετωπίσουν πρωτόγνωρες καταστάσεις που φέρει η αναπηρία του παιδιού τους (Καραβασίλη & Σκορδιαλός, 2018).

Οι γονείς ήδη από τη σύλληψη ενός παιδιού αρχίζουν να κάνουν σχέδια για ένα παιδί έξυπνο, όμορφο και υγιές το οποίο θα λειτουργεί σαν προέκταση του δικού τους εαυτού, που θα μπορεί να ανταπεξέρχεται στις προκλήσεις της ζωής και θα τους κάνει να αισθανθούν πληρότητα (Αρμπουνιώτη, Κουτσοκλένη & Μαρνελάκης, 2007). Η έλευση, ωστόσο, ενός παιδιού με αναπηρία αρχικά δημιουργεί αντί για θετικά μια σειρά από αρνητικά συναισθήματα για τους γονείς, οι οποίοι περνούν από διάφορα στάδια μέχρι να αποδεχτούν την αναπηρία του παιδιού τους και να αρχίσουν να σχεδιάζουν εκ νέου τη ζωή τους με πρωταρχικό στόχο τη καλύτερευση της διαβίωσης του παιδιού τους (Αγγελόπουλος, Αλεξιάς, Θεοδώρου, Κωσταγιόλας & Αναγνωστόπουλος, 2020· Κυπριωτάκη & Φραγγογιάννη, 2010).

Από τη βιβλιογραφία όμως φαίνεται πως δεν έχει απασχολήσει ιδιαίτερος τους ερευνητές ο ρόλος του πατέρα στην ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία όσο αυτός της μητέρας. Διάφορες ερμηνείες αιτιολογούν αυτό το γεγονός στην περιορισμένη φροντίδα και στον χρόνο που παρείχαν παλαιότερα οι πατέρες στα παιδιά τους. Η νέα

όμως τάση των ανδρών τους θέλει να εμπλέκονται ενεργά στην ανατροφή των παιδιών τους και να καταρρίπτουν τον διπολισμό ανάμεσα στον πατρικό και μητρικό ρόλο (Bonsall, 2013). Συνεπώς, γίνεται ακόμη πιο επιτακτική η ανάγκη διερεύνησης των αναγκών, των σκέψεων και των δυσκολιών των πατέρων, οι οποίοι και αποτελούν δείγμα της παρούσας εργασίας.

Με βάση τα παραπάνω, στο θεωρητικό μέρος της εργασίας διασαφηνίζεται ο όρος της αναπηρία. Επίσης, παρουσιάζονται οι κατηγορίες της αναπηρίας με τους ορισμούς, τα αίτια, τα συμπτώματα και τους περιορισμούς που φέρουν στα άτομα. Επιπλέον, αποσαφηνίζονται και οι όροι «γονεϊκό άγχος», «κατάθλιψη» και «συζυγική ικανοποίηση» που θα μας απασχολήσουν στη συνέχεια, ενώ γίνεται και βιβλιογραφική ανασκόπηση των εννοιών που προαναφέρθηκαν. Παράλληλα, δίνεται μια περιγραφή των οικογενειών των παιδιών με αναπηρία με ιδιαίτερη έμφαση στους πατέρες.

Στη συνέχεια, στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται το ερευνητικό κομμάτι. Γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία της έρευνας, στους στόχους και στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, παρουσιάζονται τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και περιγράφεται η διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Επιπροσθέτως, γίνεται περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος, ενώ παρατίθενται και εξηγούνται και τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, τα οποία συζητούνται με παρόμοια αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Γίνεται αναφορά στους περιορισμούς της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντικές έρευνες σχετικές με το θέμα της παρούσας εργασίας. Τέλος, παρατίθενται οι βιβλιογραφικές πηγές που χρησιμοποιήθηκαν και το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ

1.1. Προσδιορισμός της έννοιας «αναπηρία»

Αποτελεί αδήριτη ανάγκη να επισημανθεί η δυσκολία εξαγωγής ενός αδιαμφισβήτητα αποδεκτού επιστημονικού προσδιορισμού της αναπηρίας («disability») εξαιτίας της πολυδιάστατης και πολύπλοκης φύσης της (Ζώνιου - Σιδέρη & Ντεροπούλου - Ντέρου, 2019). Μάλιστα, αυτή η δυσκολία έγκειται ακριβώς στο γεγονός της διαφορετικής κατάστασης του κάθε ατόμου που την φέρει, της κοινωνικής ομάδας και εποχής στην οποία ανήκει και φυσικά του επιστημονικού κλάδου βάση του οποίου μελετάται. Με άλλα λόγια, διαφορετικό ορισμό για την αναπηρία θα διατυπώσει κάποιος ο οποίος εντοπίζει τα αίτια της αναπηρίας σε βιολογικές παραμέτρους και διεργασίες και διαφορετικό κάποιος κατά τον οποίο η αναπηρία προσδιορίζεται και διαμορφώνεται κοινωνικά (Σούλης, 2008). Μάλιστα, κρίνεται ορθό να αναφερθεί ότι η αναπηρία αποτελεί μια κατάσταση που δεν μπορεί να διαχωριστεί από τον άνθρωπο αφού εντοπίζεται με την εμφάνιση του ανθρώπινου είδους. Από πηγές της αρχαιότητας εντοπίζονται αναφορές για ανθρώπους που αποκλίνουν από το «κανονικό». Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι αυτά της Αγαθής, της κόρης του βασιλιά Μελίπου που φαίνεται να παρουσίαζε νοητική αναπηρία, στη Σπάρτη με τον Καιάδα, η θεραπεία ατόμων με σωματική αναπηρία από τον Ιησού κ.ά. (Σούλης, 2020).

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα που προσπαθούν να αποδώσουν τον ορισμό της αναπηρίας όπως π.χ. το μοντέλο Nagi, το μοντέλο Verbrugge και Jette κ.α. (Ζώνιου-Σιδέρη & Ντεροπούλου - Ντέρου, 2019). Ωστόσο, τα δύο επικρατέστερα μοντέλα που επιχειρούν να προσδιορίσουν σαφέστερα την έννοια της αναπηρίας είναι το ιατρικό-βιολογικό και κοινωνικό-οικοσυστημικό μοντέλο. Πιο αναλυτικά, στο ιατρικό μοντέλο η αναπηρία περιγράφεται ως ένα οργανικό ατομικό έλλειμμα ενός «μη φυσιολογικού και μη υγιούς» ατόμου και αναφέρεται η ανάγκη ιατρικής αντιμετώπισής της. Ενώ, στο κοινωνικό μοντέλο η αναπηρία παρουσιάζεται ως μια κοινωνική κατασκευή, η οποία διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση του ατόμου με αναπηρία και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει και είναι προσανατολισμένο στους παράγοντες που παρεμποδίζουν την ισότιμη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε διάφορες εκδηλώσεις της ζωής (Florian, 1982 όπ. αναφ. στο Βλάχου & Κλεφτάρας, 2019· WHO, 2001). Με άλλα λόγια, σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο η αναπηρία

αποτελεί μια παθολογία του ατόμου, μια προσωπική τραγωδία, μια ανωμαλία, ενώ στο κοινωνικό μοντέλο τα προβλήματα της αναπηρίας πηγάζουν από την κοινωνική καταπίεση, κάτι που απαιτεί την αλλαγή των αντιλήψεων του κοινωνικού συνόλου και αντιλαμβάνεται την αναπηρία όχι σαν ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά ως κοινωνικό περιορισμό που αποκλείει τα άτομα με αναπηρία από το δικαίωμα της πλήρους συμμετοχής τους στο κοινωνικό γίνεσθαι (Oliver, 1996 όπ. αναφ. στο Καραγιάννη & Ζώνιου- Σιδέρη, 2006· Ζήση & Σαββάκη, 2019).

Οι διάφοροι ορισμοί που διατυπώθηκαν διαχρονικά για την αναπηρία βασίζονται ακριβώς ή πάνω στο ιατρικό μοντέλο ή στο κοινωνικό μοντέλο ή στον συνδυασμό και των δύο. Στην συνέχεια παρατίθενται μερικοί χαρακτηριστικοί ορισμοί της αναπηρίας που τονίζουν την πολυδιάστατη έννοιά της. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2013) τονίζεται ότι η αναπηρία δεν αποτελεί πρόβλημα υγείας, αλλά ορίζεται ως ένα πολυσύνθετο φαινόμενο που αντανακλά την αντίδραση μεταξύ χαρακτηριστικών του σώματος και της κοινωνίας στην οποία ζει και αναπτύσσεται το άτομο που φέρει μια αναπηρία. Αντίθετα, παλαιότεροι ορισμοί αναφέρουν ότι «η αναπηρία αποτελεί ατομικό πρόβλημα, που έχει όμως αναχθεί σε κοινωνικό, στο βαθμό που το κράτος αναλαμβάνει μέρος των δαπανών για την οικονομική στήριξη, την παροχή υπηρεσιών υγείας και κάθε άλλης μορφής φροντίδας στους αναπήρους». (Στεργίου, 1999, σ.3) Με παρόμοιο τρόπο και σύμφωνα με το Κοινωνικό και Οικονομικό Συμβούλιο του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών ως ανάπηρο άτομο χαρακτηρίζεται αυτό που αδυνατεί να ανταπεξέλθει, σε ατομικό ή κοινωνικό επίπεδο, στις ανάγκες του εξαιτίας κάποιου σωματικού ή πνευματικού του ελλείμματος (Σταθόπουλος, 1996).

Βέβαια, η προσπάθεια διατύπωσης ενός ορισμούς της αναπηρίας με βάση τα θεωρητικά μοντέλα, τα σχήματα ταξινόμησης κ.λπ. φαίνεται να οδηγεί σε περαιτέρω σύγχυση και λαθεμένη χρήση των όρων καθώς αναδεικνύεται πως οι λειτουργικές μετρήσεις της αναπηρίας ταυτίζονται εσφαλμένα με τον ορισμό της εκάστοτε αναπηρίας. Κατά την ανάγνωση διάφορων ορισμών της αναπηρίας συνίσταται στους αναγνώστες να αποβάλουν τυχόν ιδέες για τη σημασία του όρου της αναπηρίας ώστε να αντιλαμβάνονται τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ των ποικιλόμορφων ορισμών (Ζώνιου - Σιδέρη & Ντεροπούλου - Ντέρου, 2019).

Μάλιστα, κατά την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία- Ε.Σ.Α.μ.Ε.Α (2017) τονίζεται ότι η προσέγγιση του ζητήματος της αναπηρίας ήταν τις τελευταίες δεκαετίες υπό διαρκή εξέλιξη. Και αυτό επειδή, αναφέρεται πως ο σαφής ορισμός, τα στατιστικά στοιχεία κ.ά. για την αναπηρία απαιτούνται τόσο για την καταγραφή και γνώση της σημερινής κατάστασης όσο και για το σχεδιασμό των νέων πολιτικών μέτρων για την αναπηρία. Υπογραμμίζεται, ακόμη, πως ο σκοπός της οριοθέτησης της αναπηρίας είναι κρίσιμος διότι θεωρητικές προσεγγίσεις και διαφορετικοί ορισμοί οδηγούν σε διαφορετικά συμπεράσματα και αυτό μπορεί να έχει επιπτώσεις τόσο για την πολιτική σχεδιασμού μέτρων όσο και για την καθημερινή ζωή των ατόμων με αναπηρία.

Τέλος, από την νομική πλευρά, σύμφωνα με τον Νόμο 5582/ 2018 «Άτομα με αναπηρία είναι τα άτομα με κάθε είδους κινητική, νοητική ή αισθητηριακή αναπηρία, εκ γενετής ή επίκτητη, ακολουθούμενη ή μη από δευτερογενείς παθήσεις και διαταραχές, τα οποία δεν μπορούν να διαβιώσουν αυτόνομα χωρίς κατάλληλη υποστήριξη». Ακολουθώντας, με τον Νόμο 2817/14.3.2000, Άρθρο 1, στην ελληνική σχολική πραγματικότητα, τα άτομα με αναπηρία χαρακτηρίζονται ως «άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες». Αναλυτικότερα, στα άτομα αυτά περιλαμβάνονται άτομα με νοητική αναπηρία, με σοβαρά προβλήματα όρασης ή ακοής, νευρολογικά ή ορθοπαιδικά ελαττώματα ή προβλήματα υγείας, με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (π.χ. δυσλεξία), όσοι παρουσιάζουν σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες και αυτισμό ή άλλες διαταραχές ανάπτυξης. Παρακάτω θα αναλυθούν σύντομα όλες οι κατηγορίες αναπηριών, οι οποίες εξετάζονται στην παρούσα εργασία.

1.2. Κατηγορίες αναπηριών

1.2.1. Κινητική ή σωματική αναπηρία

Σε αυτό το είδος αναπηρίας η εννοιολογική οριοθέτηση δεν αποτελεί περίπλοκο εγχείρημα. Ο αρμονικός συντονισμός ορισμένων συστημάτων του οργανισμού (μυϊκό, νευρικό και οστικό) αποτελεί την κινητική λειτουργία ή κίνηση. Οποιαδήποτε, όμως, αλλοίωση της κίνησης (απώλεια ή βλάβη) αποτελεί την κινητική αναπηρία με σοβαρές συνέπειες στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, δηλαδή στην

αυτοεξυπηρέτηση, στη μάθηση, στην επαγγελματική δραστηριότητα, στις κοινωνικές συναναστροφές και στην ανεξαρτησία (Thomson, 2017).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) περιγράφει την «κινητική αναπηρία» («physical disability») ως μια κατάσταση στην οποία το σώμα φέρει σημαντικό ελάττωμα, περιορισμό ή αδυναμία σε ορισμένα όργανα ή διεργασίες, οι οποίες δημιουργούν εμπόδια στην εκτέλεση φυσιολογικών σωματικών κινήσεων με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η φυσιολογική λειτουργία σε διάφορους τομείς της ζωής (WHO, 2001). Μάλιστα, σύμφωνα με την Ε.Σ.Α.μ.Ε.Α τα άτομα με κινητική αναπηρία συγκροτούν μια ιδιαίτερη, πολυπληθή και ποικιλόμορφη ομάδα λόγω της αιτίας που προκάλεσε την αναπηρία, της λειτουργικότητας που επιτρέπει στο άτομο και του χρόνου εμφάνισής της. Δηλαδή, αν προήλθε από τροχαίο, εγκεφαλική παράλυση κ.λπ. ή αν γίνεται λόγος για τετραπληγία, ημιπληγία κ.λπ. ή ακόμη αν είναι επίκτητη ή εκ γενετής.

Αναλυτικότερα, η κινητική αναπηρία περιλαμβάνει πλήθος ασθενειών και διαταραχών που οφείλονται σε αιτίες με νευρολογικές καταβολές, μυϊκή δυστροφία, μυοσκελετικά προβλήματα και άλλα (Δελλασούδας, 2005). Πιο αναλυτικά, φαίνεται ότι και για την ιατρική επιστήμη η κινητική αναπηρία χωρίζεται σε δύο ομάδες. Σε αυτή των μυοσκελετικών προβλημάτων όπου είτε μύες είτε οστά εμποδίζουν την εκτέλεση εντολών του νευρικού συστήματος και σε αυτή των νευρολογικών προβλημάτων όπου τα άτομα δυσκολεύονται να πραγματοποιήσουν ελεγχόμενες κινήσεις των τμημάτων του σώματος που επηρεάζονται εξαιτίας διαταραχής του κεντρικού νευρικού συστήματος, άλλων ασθενειών ή εκφυλιστικών παθήσεων (Handicaps Welfare Association, 2013).

Σχετικά με την αιτιολόγηση των κινητικών αναπηριών υπάρχει μια σειρά από λόγους οι οποίοι εκτείνονται σε διάφορους τομείς. Οι αιτίες αυτές μπορεί να είναι παρούσες κατά τη γέννηση του ατόμου ή να εμφανίζονται στη πορεία της ζωής του. Χαρακτηριστικά αναφέρονται οι λοιμώξεις και οι αλλεργίες, η κληρονομικότητα, τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί (Smith & Tyler, 2019). Αξίζει, μάλιστα, σε αυτό τον σημείο να τονιστεί ότι η εγκεφαλική παράλυση αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες που προκαλούν κινητικά προβλήματα και επηρεάζουν τις σωματικές λειτουργίες και η οποία με τη σειρά της βασίζεται σε περιγεννητικές, μεταγεννητικές, επίκτητες ή κληρονομικές αιτίες (Στασινός, 2013).

Μάλιστα, η εγκεφαλική παράλυση ταξινομείται με βάση τα μέρη του σώματος που προσβάλλει π.χ. ημιπληγία, όταν μόνο μια πλευρά του σώματος του ατόμου έχει υποστεί προβλήματα, παραπληγία όταν τα προβλήματα αφορούν μέρη των ποδιών, μονοπληγία όταν μόνο το ένα πόδι έχει υποστεί βλάβη, τριπληγία όταν τα δύο πόδια και το ένα χέρι έχουν προσβληθεί, τετραπληγία όταν και τα τέσσερα άκρα έχουν επηρεαστεί από βλάβη, διπληγία όταν έχουν υποστεί όλα τα άκρα αλλά τα κάτω έχουν μεγαλύτερο πρόβλημα και διπλή ημιπληγία όταν υπάρχει πρόβλημα και στα κάτω και στα άνω άκρα αλλά τα άνω παρουσιάζουν μεγαλύτερο πρόβλημα. Παράλληλα, οι ασθένειες χωρίζονται σε σπαστικότητα, αθέτωση, αταξία, υποτονία, δυσκαμψία και τρόμο. Τέλος, η δισχιδής ράχη, η πολιομυελίτιδα, μυοπάθειες και μετατραυματικές κακώσεις (ατυχήματα ή πτώσεις) είναι μερικές παθήσεις που μπορούν να προκαλέσουν κινητικές διαταραχές (Heward, 2011).

Από όλα τα παραπάνω, εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς πως τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα άτομο με σωματική - κινητική αναπηρία εκκινούν από τις κινητικές δυσλειτουργίες και εκτείνονται σε διάφορες περιοχές επηρεάζοντας σημαντικά το κοινωνικό προφίλ των ατόμων που την φέρουν, αλλά και την ίδια τους τη σύσταση. Οι δυσκολίες λόγω του ελλιπούς μυϊκού συντονισμού, της μυϊκής δυσπραγίας, της απουσίας μελών του σώματος, πιθανά προβλήματα στην λεπτή και αδρή κινητικότητα, πόνοι σε διάφορα μέρη του σώματος, η χρήση αναπηρικού αμαξιδίου ή άλλου υποστηρικτικού εξοπλισμού αποτελούν την καθημερινότητα των ατόμων με κινητική αναπηρία που ενίοτε τους δημιουργούν προβλήματα στον εκπαιδευτικό, επαγγελματικό και προσωπικό- κοινωνικό τομέα. Αξίζει, μάλιστα, να επισημανθεί πως όλες οι δυσκολίες που αναφέρθηκαν περιορίζουν την ανεξαρτησία των ατόμων με κινητική αναπηρία και έχουν αντίκτυπο στην κοινωνική ενσωμάτωσή τους. Μάλιστα, η κινητική αναπηρία φαίνεται ότι μπορεί να επηρεάσει και παράγοντες όπως την αυτοαντίληψη και την αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου που την φέρει (Σιδηρόπουλος - Δημακάκου, Μυλωνάς & Αργυροπούλου, 2008· Thomson, 2017).

Η ζωή των ατόμων με σωματικές αναπηρίες μπορεί να βελτιωθεί τόσο με την αλλαγή των στάσεων και των προκαταλήψεων όσο και με την εξάλειψη όλων των εμποδίων που καθιστούν δυσχερή την πρόσβαση σε καθημερινές δραστηριότητες. Σημαντικές αλλαγές αποτελούν τα προσβάσιμα μονοπάτια, οι ελαφριές πόρτες, οι κατάλληλα διαμορφωμένες τουαλέτες, οι ειδικά διαμορφωμένες οικιακές συσκευές, τα ευρύχωρα ταξί, οι δραστηριότητες αναψυχής κ.ά. (Smith & Tyler, 2019).

1.2.2. Οπτική αναπηρία

Πρώτα από όλα, αξίζει να επισημανθεί ότι ως οπτική αντίληψη ορίζεται η διαδικασία, η οποία είναι υπεύθυνη για τη λήψη και γνώση των οπτικών ερεθισμάτων. Η αναγνώριση και η ταυτοποίηση μορφών, αντικειμένων, χρωμάτων κ.ά. αποτελούν βασικές οπτικές δεξιότητες, οι οποίες επιτρέπουν στο άτομο να κάνει ακριβείς κρίσεις σχετικά με το μέγεθος, τη διαμόρφωση και τις χωρικές θέσεις των αντικειμένων (Schneck, 2005). Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η οπτική ικανότητα διαβαθμίζεται σε κανονική όραση, ήπια οπτική βλάβη, σοβαρή βλάβη και τύφλωση (WHO, 2016).

Στην ουσία, μιλώντας για κανονική - αποτελεσματική όραση γίνεται λόγος για την άρτια λειτουργία τριών ανατομικών συστημάτων του ματιού (του οπτικού, του νευρικού και του μυϊκού). Το οπτικό σύστημα συλλέγει και εστιάζει τις ακτίνες του φωτός που αντανακλώνται από τα αντικείμενα στο οπτικό πεδίο. Ακολουθεί μια συγκεκριμένη διαδικασία όπου το φως διαπερνά το μάτι, προσπίπτει στον κερατοειδή χιτώνα, περνά από το υδατοειδές υγρό, έπειτα από την κόρη, από τον κρυσταλλοειδή φακό και καταλήγει στον εσωτερικό χιτώνα του ματιού. Σε αυτόν τον τελικό ιστό, τον αμφιβληστροειδή, η φωτεινή ενέργεια μετατρέπεται σε νευρικές οπτικές ώσεις, οι οποίες μεταφέρονται στον εγκέφαλο ως οπτική πλέον εικόνα (Heward, 2011).

Από την άλλη πλευρά, ως «οπτική αναπηρία» («vision impairment») ορίζεται η απώλεια όρασης ενός ατόμου σε τέτοιο βαθμό ώστε να υπάρχει ανάγκη επιπρόσθετης βοήθειας, εξαιτίας σοβαρής μείωσης της οπτικής ικανότητας είτε από ασθένεια, είτε από τραύμα και είτε αυτή είναι εκ γενετής, είτε από εκφυλιστικές τάσεις. Η μείωση, μάλιστα, αυτής της ικανότητας δεν δύναται να διορθωθεί από συμβατικά μέσα. Ο όρος της οπτικής αναπηρίας λειτουργεί ως ομπρέλα καθώς περιλαμβάνει όλα τα επίπεδα απώλειας της όρασης (Pant & Joshi, 2016). Στην επιστημονική, δηλαδή, κοινότητα η οπτική αναπηρία χρησιμοποιείται και για κάποιον με «τύφλωση» αλλά και με «μειωμένη ικανότητα όρασης» (WHO, 2016).

Πιο αναλυτικά, ως τύφλωση χαρακτηρίζεται η πλήρης απουσία αντίληψης κάθε μορφής φωτός. Στην πιο πρόσφατη έκδοση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αναφέρθηκε ότι για χαμηλή όραση γίνεται λόγος για το πιο λειτουργικό μάτι

ενός ατόμου στο οποίο η οπτική οξύτητα με διόρθωση ανέρχεται από 0.3 έως 0.05 ή/ και παρουσιάζει ανάλογη απώλεια στο οπτικό του πεδίο κάτω από 20 βαθμούς. Στην πράξη αυτό σημαίνει ότι με οπτική οξύτητα 0.3 το μάτι μπορεί να αναγνωρίσει οποιοδήποτε οπτικό σύμβολο βρίσκεται στα 6 μέτρα, το οποίο σύμβολο θα μπορούσε να αναγνωριστεί στα 20 μέτρα από έναν οφθαλμό με κανονική όραση (Heward, 2011). Ένας οφθαλμός με κανονική όραση εμφανίζει οξύτητα 1 που αναλογεί σε όραση 6/6 ή 20/20, ενώ στη περίπτωση της τύφλωσης εμφανίζεται οξύτητα 0.05 που αναλογεί σε όραση 6/12 ή 20/40 (WHO, 2016).

Μάλιστα από το ελληνικό κράτος με τον Νόμο 1904/1951 ως «νομικά τυφλό άτομο» ορίζεται το άτομο εκείνο που εμφανίζει οπτική οξύτητα κάτω του 1/20 στο καλύτερο μάτι με την καλύτερη δυνατή διόρθωση και με ένα σαφώς περιορισμένο οπτικό πεδίο. Παράλληλα, έπειτα από όλα τα προαναφερθέντα δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η διαφορά των ατόμων με οπτική αναπηρία από τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι ότι αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις της ζωής με διαφορετικό τρόπο. Όπως γίνεται αντιληπτό, παρατηρούν και λαμβάνουν πληροφορίες με αισθήσεις διαφορετικές από αυτή της όρασης και αυτό μπορεί να επηρεάσει δραστικά την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του (Pant & Joshi, 2016). Άμεσες συνέπειες της οπτικής αναπηρίας παρατηρούνται στην επικοινωνία, στην πραγμάτωση ορισμένων καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων, στην σωματική και ψυχική υγεία και στη μαθησιακή διαδικασία (Ζήση & Σαββάκης, 2019). Επιπροσθέτως, από καθαρά εκπαιδευτική σκοπιά ως άτομο με τύφλωση θεωρείται όταν κάποιος είναι εξαρτημένος από τις άλλες αισθήσεις (αφή και ακοή) πλην της οράσεως και αξιοποιεί μόνο αυτές για να αποκτήσει γνώσεις (Παπαδόπουλος, 2007).

Επομένως, ακριβώς επειδή το μάτι αποτελεί ένα εξαιρετικά ευαίσθητο όργανο του ανθρώπινου σώματος και σε οποιοδήποτε τμήμα εμφανιστεί βλάβη, μπορεί να προκληθούν σοβαρές συνέπειες στη ζωή του ανθρώπου, κρίνεται αναγκαίο να επισημανθούν οι σημαντικότερες αιτίες, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην τύφλωση. Από τις πρωταρχικές, λοιπόν, αιτίες τύφλωσης αποτελεί το τράχωμα, ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, ο στραβισμός, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, οι τραυματισμοί, οι μολυσματικές ασθένειες, οι μολυσματικές ασθένειες κατά τη παιδική ηλικία, οι διαθλαστικές δυσλειτουργίες του οπτικού οργάνου, οι φλοιώδεις οπτικές διαταραχές, η υποξία και η υδροκεφαλία (Heward, 2011· Λιοδάκης, 2000).

Τέλος, αξίζει να τονιστεί πως οι μαθητές με χαμηλή όραση διαφέρουν σημαντικά από τους μαθητές με τύφλωση καθώς μπορούν να διαβάσουν έντυπο κείμενο και παρακολουθούν κανονικά το αναλυτικό πρόγραμμα με επιπλέον βοήθεια από τους συμμαθητές και τους εκπαιδευτικούς. Από την άλλη, οι μαθητές με τύφλωση διαφέρουν σημαντικά διότι δεν μπορούν να διαβάσουν έντυπο τύπου αλλά κάνουν χρήση μεταφραστών κειμένου σε ηχογραφημένο κείμενο ή κώδικα Braille, χρησιμοποιούν βοηθήματα για να κινηθούν στον χώρο (λευκό μαστούνι) ενώ δυσκολεύονται στον προσανατολισμό και στην κινητικότητα. Είναι σημαντικό να γίνει σωστή διαρρύθμιση της τάξης όπως να στερεώνονται τα χαλιά και τα πατάκια γερά στο πάτωμα, να τοποθετούνται οι καρέκλες κάτω από τα θρανία, να μην υπάρχουν μισάνοιχτες πόρτες κ.ά. Το ίδιο φυσικά ισχύει και για την μετά του σχολείου ζωή (Smith & Tyler, 2019).

1.2.3. Ακουστική αναπηρία

Αποτελεί αδιαμφισβήτητη παραδοχή στις μέρες μας πως η ανάπτυξη του λόγου σε ένα άτομο επηρεάζει δραστικά τη ζωή του. Μέσω αυτού το άτομο επικοινωνεί, εκφράζει τα συναισθήματά του, λαμβάνει πληροφορίες, σχηματίζει έννοιες, εκδηλώνει τη σκέψη του και εν γένει κοινωνικοποιείται. Δεν πρέπει να ξεχνάμε, ωστόσο, ότι ο λόγος και η ομιλία συνδέονται άρρηκτα με την ακοή, η οποία αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αισθήσεις του ανθρώπου ακριβώς λόγω της τόσο στενής σχέσης με την ομιλία. Ένα άτομο που παρουσιάζει προβλήματα ακοής και, άρα, στερείται ακουστικών ερεθισμάτων βιώνει δυσκολία ανάπτυξης σωστής προφοράς και άρθρωσης (Δελλασούδας, 2005). Για την «ακουστική αναπηρία» («hearing impairment») και την εκμάθηση της γλώσσας καθοριστικής σημασίας αποτελεί και το χρονικό σημείο εμφάνισης της αναπηρίας το οποίο και μπορεί να την χαρακτηρίζει ως προγλωσσική (πληθυσμιακές ομάδες που έχασαν την ακοή τους πριν τα 2-3 τους χρόνια) ή μεταγλωσσική (έχασαν την ακοή του σε ηλικία που είχαν ήδη κατακτήσει τις βασικές δομές της ομιλούμενης γλώσσας) (Espeso, Owens & Williams, 2006).

Σχετικά με την ακουστική ικανότητα, την λειτουργικότητα, δηλαδή, του αυτιού απάντηση δύνανται να φέρει η ειδική κλινική εξέταση, το ακουόγραμμα, το οποίο μετράει σε decibel (dB). Γίνεται λόγος για μια γραφική παράσταση στην οποία απεικονίζονται οι ακουστικές ικανότητες του ατόμου. Πιο αναλυτικά, 0-20 dB

χαρακτηρίζουν την κανονική ακοή, 21-40 dB την ήπια ακουστική βλάβη, 41-60 dB την μέτρια ακουστική βλάβη, 61-85 dB τη σοβαρή ακουστική βλάβη, 86-95 dB την εκτεταμένη ακουστική βλάβη και πάνω από 95 dB την υπολειμματική ακοή/ κώφωση (Δανηλίδης & Ασημακόπουλος, 2006· Smith & Tyler, 2019).

Διαταραχές ακοής ήπιας, μέτριας ή σοβαρής αλλά και ολικής απώλειας αυτής μπορεί να εμφανίσει ένα άτομο στο ένα ή και στα δύο αυτιά. Το μέγεθος της απώλειας ακοής χαρακτηρίζει ένα άτομο ως βαρήκοο ή κωφό. Πιο συγκεκριμένα, άτομα με ολική απώλεια ακοής χαρακτηρίζονται ως κωφά, ενώ άτομα που αντιμετωπίζουν από ήπια έως σοβαρή απώλεια ακοής χαρακτηρίζονται ως βαρήκοα (WHO, 2017). Η σημαντική απώλεια ακοής την οποία παρουσιάζει ένα βαρήκοο άτομο καθιστά αναγκαία την εφαρμογή ορισμένων ειδικών προσαρμογών. Τα βαρήκοα άτομα, δηλαδή, χρησιμοποιούν ένα ακουστικό ώστε μέσω της ακοής να κατανοήσουν την ομιλία καλύτερα. Αντίστοιχα, στην απώλεια της αίσθησης της ακοής, στην κώφωση, όπου το άτομο παρουσιάζει σημαντική αδυναμία στο να συλλάβει ακουστικά ερεθίσματα, οι δυσμενείς συνέπειες είναι αισθητά περισσότερες (Δελλασούδας, 2005).

Πολλοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν βασικές αιτίες εκδήλωσης προβλημάτων ακοής. Για την κώφωση, συγκεκριμένα, φαίνεται ότι τα αίτια χωρίζονται σε τρεις γενικές κατηγορίες και μπορεί να είναι γενετικά, περιβαλλοντικά ή που δεν έχουν καθοριστεί. Στους γενετικούς παράγοντες εντοπίζονται κυρίως στοιχεία κληρονομικότητας και προβλήματα στη κατασκευή του αυτιού (στη σκλήρυνσή του και στον εκφυλισμό του ακουστικού νεύρου). Σε προγεννητικούς παράγοντες σημειώνονται ασθένειες της μητέρας όπως γρίπη, ιλαρά, ερυθρά και παρωτίτιδα. Στους περιγεννητικούς παράγοντες σημειώνονται το εγκεφαλικό τραύμα, η εκτεταμένη κύηση, η πρόωρη γέννα και βλάβες σχετικές με την παραμονή του εμβρύου στη θερμοκοιτίδα. Ενώ στους περιβαλλοντικούς παράγοντες σημειώνονται ασθένειες όπως η γρίπη, η εγκεφαλίτιδα, οι εγκεφαλικοί όγκοι, η μηνιγγίτιδα και η ωτίτιδα. Στην ίδια κατηγορία συγκαταλέγονται και βλάβες στο ακουστικό νεύρο, θόρυβοι ή ήχοι υψηλής έντασης και ψυχολογικοί παράγοντες (Sass - Lehrer, 2003· Smith & Tyler, 2019).

Σχετικά με τους τρόπους επικοινωνίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία αξίζει να επισημανθεί πως αυτοί διαμορφώνονται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Αρχικά, αξιοσημείωτη είναι η επικοινωνία μέσω της δίγλωσσης εκπαίδευσης, δηλαδή η προώθηση της μάθησης της νοηματικής γλώσσας και του γραπτού λόγου.

Αυτή μάλιστα η μορφή επικοινωνίας θεωρείται και ως η πρώτη γλώσσα ενός παιδιού με κώφωση. Παράλληλα, αναφέρεται και ο προφορικός λόγος. Αυτή η μέθοδος επικοινωνίας αποτελείται από δύο διαφορετικές μορφές, την ακουστική- λεκτική και την προφορική- ακουστική. Στην πρώτη μορφή, το άτομο μαθαίνει μέσα από την εντατική διδασκαλία να χρησιμοποιεί τα υπολείμματα ακοής του ώστε να μάθει να μιλάει, δεν χρησιμοποιούνται οι εκφράσεις του προσώπου ούτε οι χειρονομίες καθώς η στόχευση είναι να ενισχυθεί η ακοή του ατόμου. Αντιθέτως, η δεύτερη μορφή επικοινωνίας έχει ως στόχο την ενίσχυση των φυσικών χειρονομιών και την ανάγνωση των χειλιών. Τέλος, η τρίτη μορφή επικοινωνίας είναι η νοηματική. Η γλώσσα, δηλαδή, των δαχτύλων και των σημείων. Μια γλώσσα αποτελούμενη από θέσεις και χειρονομίες, με δική της γραμματική εντελώς διαφορετική από την προφορική (Deaf Children Australia 150, 2012).

Η αντιμετώπιση των προκλήσεων των ατόμων με ακουστική αναπηρία έρχεται από την τεχνολογία και τις υποστηρικτικές συσκευές. Οι περισσότεροι άνθρωποι με ακουστική αναπηρία κάνουν χρήση ακουστικών βαρηκοΐας ή κοχλιακού εμφυτεύματος. Τα ακουστικά βαρηκοΐας ενισχύουν τον ήχο για να ακούει το άτομο πιο εύκολα και έχουν τρία μέρη, δηλαδή το μικρόφωνο, τον ενισχυτή και το μεγάφωνο-ηχείο. Τα κοχλιακά εμφυτεύματα τοποθετούνται με χειρουργική επέμβαση και έχουν τέσσερα μέρη, δηλαδή το μικρόφωνο, τον επεξεργαστή ομιλίας, τον πομπό και τη διάταξη ηλεκτροδίων (Smith & Tyler, 2019).

Παράλληλα, θα αποτελούσε παράληψη αν δεν αναφερόταν πως η ανάπτυξη ενός κωφού ή βαρήκοου ατόμου όπως και εκείνου που δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα ακοής διαμορφώνεται από διάφορους παράγοντες όπως το οικογενειακό περιβάλλον, τα χαρακτηριστικά του ατόμου, το σχολείο ή το εργασιακό περιβάλλον και την ευρύτερη κοινωνία. Ιδιαίτερα τα κωφά και βαρήκοα άτομα, παρουσιάζουν αρκετές προκλήσεις που πρέπει να ξεπεραστούν και χρήζουν μεγάλης προσοχής. Πιο αναλυτικά, ένα παιδί με κώφωση, στο σχολικό περιβάλλον είναι πιθανό να αντιμετωπίσει κάποιο συναισθηματικό έλλειμμα σε βαθμό που να δυσχεραίνει τις κοινωνικές του σχέσεις και να διαφοροποιείται από τα αποδεκτά πρότυπα του σχολείου σε σχέση με τα ακούοντα (ή τυπικώς αναπτυσσόμενα) παιδιά. Και φυσικά κατά την εφηβεία, οι προκλήσεις γίνονται εντονότερες για όλα τα παιδιά, καθώς όπως είναι ευρέως αποδεκτό είναι η περίοδος κατά την οποία το άτομο χτίζει την προσωπικότητά

του και δυναμώνει το κοινωνικό του δίκτυο μέσα στην ομάδα των συνομηλίκων του και της οικογένειάς του (Vogel - Walcutt, Schatschneider & Bowers, 2011).

Τέλος, όπως αναδεικνύεται από την βιβλιογραφία υπάρχουν τέσσερα είδη κοινωνικών ταυτοτήτων των κωφών ατόμων: Η ταυτότητα των κωφών όταν χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα και επιλέγουν να επικοινωνούν και να συναναστρέφονται με άλλα κωφά ή βαρήκοα άτομα, ταυτιζόμενοι με τη κουλτούρα των κωφών, η ταυτότητα ακουόντων, όταν αναπτύσσουν φιλίες με ακούντες και επιλέγουν να επικοινωνούν μέσω της ομιλίας καθώς αισθάνονται πιο κοντά στους ακούντες, η διαπολιτισμική ταυτότητα, όπου χρησιμοποιούν τον δίγλωσσο τρόπο επικοινωνίας (νοηματική και προφορική γλώσσα) και ταυτίζονται εξίσου με κωφούς και ακούντες και η περιθωριοποιημένη ταυτότητα, όταν αισθάνονται ότι δεν ανήκουν κάπου και δεν είναι σε θέση να ταυτιστούν ούτε με τους κωφούς ούτε με τους ακούντες. Η τελική επιλογή της κοινωνικής ταυτότητας εξαρτάται από το ίδιο το άτομο και τις εμπειρίες που θα φέρει κατά τη διάρκεια της ζωής του (Χατζηκακού & Νικολαράιζη, 2006).

1.2.4. Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ.)

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, ως «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος»- «Δ.Α.Φ.» («Autism Spectrum Disorder»- «A.S.D») ορίζει μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει δυσκολίες στην επικοινωνία, στις κοινωνικές συναλλαγές και περιορισμένα- επαναλαμβανόμενα πρότυπα στη συμπεριφορά, στα ενδιαφέροντα ή στις δραστηριότητες. Μάλιστα, αποτελεί μια διαβίου κατάσταση που εκδηλώνεται από την πρώιμη παιδική ηλικία (Noterdaeme, Ullrich & Enders, 2017 όπ. αναφ. στο Σούλης, 2020). Πιο αναλυτικά, ο όρος «φάσμα» χρησιμοποιείται λόγω της διαφορετικότητας και ποικιλίας που εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά της ΔΑΦ για κάθε άτομο, όπως, επίσης, και οι ικανότητες και ο βαθμός «λειτουργικότητας» των ατόμων που χαρακτηρίζονται με ΔΑΦ (APA, 2013). Η διάγνωση της ΔΑΦ συνήθως είναι δυνατή πριν από τα τρία έτη και όσο πιο νωρίς πραγματοποιηθεί τόσο περισσότερα οφέλη παρουσιάζονται στο παιδί, στην οικογένεια και στο περιβάλλον του (Συριοπούλου- Δελλή, 2020).

Σύμφωνα με το DSM-5 στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος εντάσσονται η Αυτιστική διαταραχή, το Σύνδρομο Asperger και η Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή-

μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (ΔΑΔ-ΜΠΑ) (ΑΡΑ, 2013). Σε αυτό το σημείο, αξίζει να τονιστεί ότι ο «Αυτισμός» χρησιμοποιείται για μια και μόνη Διαταραχή και όχι για όλο το φάσμα του αυτισμού όπως λανθασμένα θεωρείται. Συνήθως εμφανίζεται πριν τα τρία έτη, διαγιγνώσκεται περισσότερο στα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια και το αυτιστικό παιδί δεν παρουσιάζει φυσιολογική ανάπτυξη. Παράλληλα, στο Σύνδρομο Asperger παρατηρούνται δυσκολίες στην κοινωνικότητα, ελάχιστα και μη-συνηθισμένα ενδιαφέροντα. Τα άτομα αυτά δεν αντιλαμβάνονται μεταφορές, αστεία, χειρονομίες κ.λπ. και χρησιμοποιούν τον λόγο μόνο κυριολεκτικά, ενώ η νοημοσύνη χαρακτηρίζεται φυσιολογική. Είναι αδέξια και δυσκολεύονται στις κοινωνικές συναλλαγές, συζητούν συνεχώς με εμμονή ένα συγκεκριμένο θέμα που τους ενδιαφέρει, δεν μπορούν τις αλλαγές στην καθημερινότητα, δεν κατανοούν το πώς αισθάνονται οι άλλοι, αγχώνονται πολύ και είναι συναισθηματικά ευάλωτα, είναι καταθλιπτικά και δεν έχουν καλή εικόνα για τον εαυτό τους, ενώ παρουσιάζουν και προβλήματα με τις αισθήσεις. Η τρίτη διαταραχή που εντάσσεται στις ΔΑΦ είναι μια ξεχωριστή από τις άλλες διαταραχές των ΔΑΦ. Έχει τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια με τον Αυτισμό, δηλαδή, δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στην επικοινωνία και στερεότυπες συμπεριφορές. Τα χαρακτηριστικά της ΔΑΔ-ΜΠΑ μπορεί να είναι όμοια με αυτά του Αυτισμού και του συνδρόμου Asperger δεν είναι όμως το ίδιο φανερά (Smith & Tyler, 2019).

Ωστόσο, πέρα από τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω παρατηρούνται και άλλες σημαντικές πτυχές από την ζωή των ατόμων με ΔΑΦ που εμφανίζουν σοβαρές «ελλείψεις». Πιο αναλυτικά, χαρακτηριστική είναι η δυσκολία στη συγκέντρωση προσοχής με απουσία της βλεμματικής επαφής, αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής σε κάτι για μακρό χρονικό διάστημα, «εμμονικό ενδιαφέρον» με δραστηριότητες, καταστάσεις και αντικείμενα και «ακατάπαυστες επαναληπτικές κινήσεις κορμού και άκρων» από άγχος και φόβο. Παράλληλα, σχετικά με τον λόγο και την ομιλία σημειώνεται δυσκολία κατανόησης του λόγου και ως εκ τούτου της επικοινωνίας και έκφρασης με τους γύρω του. Χρήση εκφράσεων στο γ' πρόσωπο του ενικού όταν αναφέρονται στον εαυτό τους, «ηχολαλία», επανάληψη, δηλαδή, μη επικοινωνιακών, μεμονωμένων ήχων, φράσεων, λέξεων, δυσνόητη ομιλία, διακυμάνσεις στην «χροιά» της φωνής, χρησιμοποιούν συγκεκριμένο λεξιλόγιο και «θεματολογία» και παρουσιάζουν δυσκολία με την χρονική ακολουθία και τα επιρρήματα που δηλώνουν χρόνο (Γενά, 2017).

Αναφορικά με τις κοινωνικές συναναστροφές και τις εκδηλώσεις συναισθημάτων δεν συνάπτουν φιλικές σχέσεις, αλλά όταν συνάψουν γίνονται πολύ έμπιστοι φίλοι και πολύ ειλικρινείς. Σπάνια εκφράζουν στοργή και ενσυναίσθηση. Δεν μπορούν να αποχωριστούν την μητέρα τους, όμως μπορεί να εκδηλώσουν τα ίδια συναισθήματα και για κάποιο άλλο άτομο του περιβάλλοντός τους. Χαρακτηριστική είναι η εκδήλωση ακραίων συμπεριφορών, εάν αισθανθούν φόβο. Παράλληλα, σχετικά με τις γνωστικές λειτουργίες είναι αξιοσημείωτο ότι κάποιες περιπτώσεις ατόμων με ΔΑΦ χαρακτηρίζονται από υψηλή λειτουργικότητα, ευφυΐα μέχρι και νοητική αναπηρία (Γενά, 2017). Χαρακτηριστικά το 75-80% έχουν νοητική αναπηρία με Δ.Ν κάτω του 70, το 25% με Δ.Ν στο μέσο ή κάτω του μέσου και ένα μικρό ποσοστό έχει υψηλή νοημοσύνη (Στασινός, 2013). Στο σχολείο εμφανίζουν αναπτυξιακά χάσματα κατά την μάθηση, μπορεί να εμφανίσουν «μαθησιακή παλινδρόμηση», ενώ απαιτείται να γίνεται επανάληψη των γνώσεων, καθώς καταλαμβάνονται από έντονο άγχος, απογοήτευση και παραίτηση (Γενά, 2017).

Όλα αυτά βέβαια τα χαρακτηριστικά φέρουν μια αιτιολογία. Πρώτα από όλα, κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί ότι λόγω της ετερογένειας που παρουσιάζουν τα άτομα με ΔΑΦ και λόγω των διαφορετικών χαρακτηριστικών που φέρουν είναι δύσκολο να εντοπιστούν τα ακριβή αίτια. Είναι ευρέως αποδεκτό όμως ότι οι ΔΑΦ αποτελούν αναπτυξιακές διαταραχές, οι οποίες είναι αποτέλεσμα περιβαλλοντικών και νευροβιολογικών αιτιών που «αλληλοεπιδρούν» και φέρουν σημαντικά αποτελέσματα στον εγκέφαλο. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί με μαγνητική τομογραφία δείχνουν αύξηση μεγέθους και βάρους του εγκεφάλου, του φλοιού του εγκεφάλου, της διαμέτρου του κεφαλιού, των νευρικών δενδριτώνων και της λευκής ουσίας. Όλες αυτές οι αλλαγές έχουν εντοπιστεί στον μετωπιαίο λοβό, στην αμυγδαλή, στο μεσολόβιο, και στην παρεγκεφαλίτιδα. Ενώ έχουν εντοπιστεί, επίσης, και ανωμαλίες στα 2 ημισφαίρια και στην λειτουργική σύνδεση μεταξύ τους. Στα περιβαλλοντικά αίτια, αναφέρονται αδέλφια με άλλα αδέλφια δίδυμα (ετεροζυγωτικά ή μονοζυγωτικά), η μεγάλη ηλικία των δύο γονέων και η κατάσταση της υγείας τους (Βλάχος, 2018). Αξίζει να επισημανθεί πως όσο πιο γρήγορα διαγνωστεί η διαταραχή, τόσο μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα θα έχει η παρέμβαση (Πολυχρονοπούλου, 2017).

Οι μαθητές με ΔΑΦ μπορούν να προσαρμοστούν στο αναλυτικό πρόγραμμα της γενικής εκπαίδευσης. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν, ωστόσο, να προσαρμόζουν το πρόγραμμα στις ανάγκες των μαθητών με ΔΑΦ, να προάγουν τις κοινωνικές επαφές

των μαθητών, να καλλιεργούν θετικό περιβάλλον μάθησης, να μεριμνούν για προβλέψιμα γεγονότα, να δίνουν προσεκτικά τις προσδοκίες κάθε εγχειρήματος και να κάνουν χρήση Κοινωνικών Ιστοριών και της τεχνολογίας (Smith & Tyler, 2019).

1.2.5. Νοητική αναπηρία

Στο συγκεκριμένο είδος αναπηρίας συναντώνται διάφοροι όροι όπως «νοητική ανεπάρκεια», «νοητική αναπηρία», «νοητική υστέρηση», «νοητική καθυστέρηση», «σοβαρές δυσκολίες μάθησης», οι οποίοι παλαιότερα ήταν συνώνυμοι με όρους όπως «ηλιθιότητα», «ιδιωτεία», «αμβλύνοια», «άνοια» κ.ά. (Σούλης, 2020). Σύμφωνα, με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία ο επίσημος όρος, πλέον, είναι «νοητική αναπηρία» («intellectual disability»). Πρόκειται για μια πνευματική αναπτυξιακή διαταραχή με αφετηρία την περίοδο της ανάπτυξης και περιλαμβάνει βλάβες στο γνωστικό, κοινωνικό και πρακτικό επίπεδο (APA, 2013) ενώ επισημαίνεται και η ανάγκη υποστήριξης του ατόμου που την φέρει (Smith & Tyler, 2019).

Τα αίτια που φαίνεται να σχετίζονται με την νοητική αναπηρία και γενικότερα με την λειτουργία του εγκεφάλου ταξινομούνται σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα συνδέει την νοητική αναπηρία με χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Η δεύτερη ομάδα την αποδίδει σε διαταραχές του μεταβολισμού και η τρίτη την παραπέμπει σε παθογενείς αιτίες που σχετίζονται με το περιβάλλον, δηλαδή προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά αίτια (Smith & Tyler, 2019· Σούλης, 2020).

Η διάγνωση της νοητικής αναπηρίας γίνεται έπειτα από χορήγηση τεστ νοημοσύνης. Πιο αναλυτικά, υπάρχουν τέσσερα επίπεδα που μπορεί να αναδείξει το τεστ. Το πρώτο επίπεδο Οριακής Νοημοσύνης με Δείκτη Νοημοσύνης (Δ.Ν.): 70-84, το δεύτερο επίπεδο Ελαφράς νοητικής αναπηρίας με Δ.Ν.: 55-69, το τρίτο επίπεδο Μέτριας νοητικής αναπηρίας με Δ.Ν.: 40-54 και το τέταρτο της Βαριάς Νοητικής αναπηρίας με Δ.Ν.: κάτω του 25. Στο πρώτο επίπεδο τα άτομα δεν φαίνεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη κοινωνική, συναισθηματική, σωματική και κινητική ανάπτυξη, μόνο στο γνωστικό τομέα και είναι αυτόαρκεις στην ενήλικη ζωή τους. Στο δεύτερο επίπεδο, τα άτομα αναπτύσσουν ικανότητες ανάγνωσης, γραφής και αριθμητικής, ζουν σχετικά ανεξάρτητα και μπορούν να εργαστούν μετά από ειδική εκπαίδευση. Στο τρίτο επίπεδο, τα άτομα αυτά μαθαίνουν βασική ανάγνωση καθώς οι γνωστικές τους ικανότητες περιορίζονται σε αυτές της τάξης του νηπιαγωγείου και της

πρώτης δημοτικού και χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής τους. Τέλος, στο τέταρτο επίπεδο τα άτομα έχουν περιορισμένες ικανότητες σε όλους τους τομείς και χρειάζονται υποστήριξη σε όλες τις πτυχές της ζωής τους (APA, 2013).

Εκδοχές της νοητικής αναπηρίας αποτελούν διάφορα σύνδρομα, συμπλέγματα, δηλαδή, από ταυτόχρονες ενδείξεις και συμπτώματα. Την συχνότερη μορφή νοητικής αναπηρίας αποτελεί το Σύνδρομο Down ή Τρισωμία 21, μια χρωμοσωμική διαταραχή που σχετίζεται με ένα επιπλέον αντίγραφο γενετικού υλικού στο 21^ο ζεύγος χρωμοσωμάτων και επηρεάζει την ανάπτυξη του σώματος και του εγκεφάλου. Στη συνέχεια, μια κληρονομική εκδοχή της νοητικής αναπηρίας αποτελεί και το Σύνδρομο εύθραυστου Χ χρωμοσώματος, το οποίο σχετίζεται με συγκεκριμένα σωματικά χαρακτηριστικά (μακρόστενο κεφάλι, πεταχτά αυτιά, πλατύ μέτωπο). Παράλληλα, αξίζει να αναφερθεί και το Σύνδρομο Prader- Willi (PWS) ή Σύνδρομο Prader-Labhart- Willi, το οποίο συνδέεται με μια αυτοσωμική ανωμαλία. Τα άτομα με αυτό το σύνδρομο παρουσιάζουν στενό μέτωπο, κοντά και χοντρά άκρα, είναι χαμηλού αναστήματος, υποτονικά και ιδιαίτερα παχύσαρκα. Ακόμη, αξίζει να αναφερθεί το Σύνδρομο Cri-du-Chat ή Σύνδρομο Cat Cry το οποίο σύνδρομο δεν φαίνεται να οφείλεται στην κληρονομικότητα και τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται για την υψίφωνη φωνή, από μικροκεφαλία, ασυμμετρία προσώπου και ανεπαρκή ανάπτυξη. Τέλος, επιγραμματικά αναφέρονται το Σύνδρομο Klinefelter, το Σύνδρομο Williams ή Σύνδρομο Williams- Beuren, το Σύνδρομο Angelman, το Σύνδρομο Lesch- Nuhan, το Σύνδρομο Wolf- Hirschhorn, το Σύνδρομο Turner, το Σύνδρομο Phelan- McDermid και το Fetal Alcohol Syndrome/ FAS (Σούλης, 2020).

Αποτελεί, μάλιστα, κοινή παραδοχή πως τα άτομα με νοητική αναπηρία μπορούν να αναπτύξουν περαιτέρω τις ικανότητες και δυνατότητές τους μέσω της εκπαίδευσης. Γίνεται λόγος, δηλαδή, για μια δυναμική διαδικασία με δια βίου εξέλιξη κατά την οποία η εκπαίδευση μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση που βρίσκεται το άτομο με νοητική αναπηρία. Σε αυτή τη διαδικασία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά όπως το πως αντιλαμβάνεται κανείς τη νοητική αναπηρία, η προσωπικότητα του ατόμου με νοητική αναπηρία, διάφορα χαρακτηριστικά που διαθέτουν τα άτομα με αναπηρία, η ψυχική τους κατάσταση, οι κινητικές τους ικανότητες και η κοινωνική τους συμπεριφορά (Σούλης, 2020).

Αυτά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαθέτουν συγκροτούν και το μαθησιακό προφίλ τους. Οι γνωστικές δυσκολίες που συναντούν τα άτομα με νοητική αναπηρία είναι σαφώς σημαντικές με ελλείμματα στη προσοχή, στην επεξεργασία των πληροφοριών, στη μνήμη, στην επίλυση προβλημάτων και στα κίνητρα. Οι δυσκολίες αυτές πολλές φορές οδηγούν σε έναν φαύλο κύκλο μαθημένης αδυναμίας που βιώνουν οι μαθητές με νοητική αναπηρία και οδηγούνται συχνά σε μειωμένη επιθυμία να πηγαίνουν σχολείο, ακόμη και να το εγκαταλείπουν. Έχουν, ωστόσο, διατυπωθεί αρκετές θεωρίες οι οποίες περιγράφουν τον τρόπο μάθησης των ατόμων με νοητική αναπηρία και έχουν ταξινομηθεί σε συμπεριφοριστικές, κοινωνικογνωστικές και γνωστικές θεωρίες. Έτσι, από όλα τα παραπάνω φαίνεται ότι η αποτελεσματική εκπαίδευση των ατόμων με νοητική αναπηρία απαιτεί την εμπειριστατωμένη γνώση των θεωριών μάθησης ανεξάρτητα από το μοντέλο ερμηνείας του μοντέλου μάθησης που ενστερνίζεται ο εκπαιδευτικός (Σούλης, 2020).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως οι μαθητές με νοητική αναπηρία συμπεριλαμβάνονται όλο και συχνότερα σε γενικές τάξεις και οι εκπαιδευτικοί καλούνται να προσαρμόσουν τις τεχνικές τους, ρυθμίζουν κατάλληλα το αναλυτικό πρόγραμμα, τροποποιούν τα φύλλα εργασίας, δίνουν περισσότερες οδηγίες κ.ά. Επίσης, αποτελεί αδήριτη ανάγκη να επισημανθούν οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν πολλοί μαθητές με νοητική αναπηρία στο σχολικό περιβάλλον καθώς η αναπηρία τους καθιστά την μάθηση ένα δύσκολο εγχείρημα και κάτι που μοιάζει εύκολο και φυσικό στους περισσότερους ανθρώπους να αποτελεί τεράστια δυσκολία για αυτούς. Έρχονται αντιμέτωποι με προκαταλήψεις και διακρίσεις και στιγματίζονται για την αναπηρία που φέρουν. Έρχεται, έτσι, στην επιφάνεια η ανάγκη για κατάλληλα καταρτισμένους εκπαιδευτικούς, συνεργατικές σχέσεις με την οικογένεια, θετικές αλληλεπιδράσεις με τους συμμαθητές κ.λπ. (Smith & Tyler, 2019).

1.2.6. Προβλήματα λόγου και ομιλίας

Η ανάγκη του ανθρώπου για επικοινωνία είναι αυτή που τον χαρακτηρίζει από τα πρώτα κιόλας λεπτά της ζωής του και οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να επιτευχθεί αυτή η διαδικασία ποικίλουν. Η σημαντικότερη δυσκολία που μπορεί να αντιμετωπίσει κανείς στη διαδικασία της επικοινωνίας είναι να μην μπορεί να κατανοήσει τον

συνομιλητή του ή να μην τον κατανοήσει αυτός. Αυτή είναι και η βασικότερη επίπτωση των διαταραχών της επικοινωνίας (Ζαχάκου, 2015).

Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας από τις πιο κοινές αναπτυξιακές δυσκολίες φαίνεται να είναι οι διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Στις διαταραχές του λόγου παρατηρούνται δυσκολίες στην κατανόηση, στην έκφραση και τη χρήση του λόγου (Dockrell & Hurry, 2018) ενώ, στις διαταραχές της ομιλίας δυσκολίες παρατηρούνται στον συνδυασμό των ήχων κατά την άρθρωση των λέξεων, στη φωνή και στον ρυθμό (Μπόντσιου, 2014). Τα διάφορα προβλήματα στον προφορικό λόγο μπορεί να αποτελέσουν σοβαρότατο φραγμό στην ανάπτυξη του αλφαριθμητισμού και προάγεται αναγνωστικών δυσκολιών (Μορφίδη, 2011). Η ομάδα των παιδιών με διαταραχές λόγου και ομιλίας παρουσιάζει ετερογένεια καθώς ορισμένοι φέρουν μόνο διαταραχές ομιλίας ή μόνο διαταραχές λόγου ή και διαταραχές λόγου και διαταραχές ομιλίας μαζί ή ακόμη και συνυπάρχουσες αναπηρίες ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Smith & Tyler, 2019).

Στο DSM-5, για τα «προβλήματα λόγου και ομιλίας» («speech and language disorders») πληροφορίες υπάρχουν στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και αναφέρονται ως «Διαταραχές Επικοινωνίας» και ο όρος αυτός περιλαμβάνει τη διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης, τη φωνολογική διαταραχή, την έναρξη διαταραχής της ροής της ομιλίας στην παιδική ηλικία (τραυλισμός), τη κοινωνική (πραγματιστική) διαταραχή της επικοινωνίας και την απροσδιόριστη διαταραχή της επικοινωνίας (APA, 2013).

Σχετικά με τη διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης παρατηρείται περιορισμένο λεξιλόγιο, δυσκολία στη χρήση της γλώσσας και των ρημάτων, δυσκολία στη δομή της πρότασης κ.ά. (APA, 2013). Στη φωνολογική διαταραχή καταγράφονται αντικαταστάσεις φωνημάτων, πτώση συλλαβής ή φωνήματος, πτώση τελικού συμφώνου, απλοποίηση συμπλεγμάτων, αναδιπλασιασμοί, εναρμονίσεις και μεταθέσεις/ μετακινήσεις (Shipley & McAfee, 2013). Στη συνέχεια, ο τραυλισμός αποτελεί την παλαιότερη γνωστή διαταραχή επικοινωνίας και πρόκειται στην πραγματικότητα για «μία διατάραξη στη ροή της λεκτικής έκφρασης, η οποία χαρακτηρίζεται από ακούσιες, ακουστές ή σιωπηλές επαναλήψεις ή επιμηκύνσεις στο εκφώνημα σύντομων στοιχείων». (Anderson & Shames, 2013, σ. 208) Στην κοινωνική/πραγματιστική διαταραχή είναι χαρακτηριστικές οι δυσκολίες στη λεκτική και μη

λεκτική επικοινωνία, δυσκολίες στην ακολουθία κανόνων, δυσκολία στην εξαγωγή συμπερασμάτων κ.ά. Τέλος, στην απροσδιόριστη διαταραχή της επικοινωνίας δεν υπάρχει μια εξακριβωμένη διάγνωση από τον κλινικό και δεν προσδιορίζεται ο λόγος για τον οποίο δεν πληρούνται τα κριτήρια για Διαταραχή της Επικοινωνίας ή για μια Ειδική Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή (APA, 2013).

Στα αίτια διαταραχών του λόγου υπογραμμίζονται οι οργανικοί, οι περιβαλλοντικοί και οι συναισθηματικοί παράγοντες. Πιο αναλυτικά, στα οργανικά αίτια για την καθυστέρηση του λόγου μπορεί να οφείλονται η νοητική αναπηρία, οι νευρολογικές παθήσεις, η ακουστική αναπηρία κ.ά. Στα περιβαλλοντικά αίτια σημειώνεται η διγλωσσία και η έλλειψη ερεθισμάτων από το άμεσο περιβάλλον του παιδιού και στα συναισθηματικά αίτια τονίζεται η συναισθηματική ανωριμότητα του παιδιού (Μπόντσιου, 2014). Παράλληλα, για τα αίτια των διαταραχών της ομιλίας αναφέρονται η μερική απώλεια ακοής (π.χ. λόγω ωτίτιδας), η μειωμένη ακουστική μνήμη/ διάκριση (κυρίως των ήχων, που μοιάζουν μεταξύ τους, π.χ. /θ/ και /δ/), η συναισθηματική ανωριμότητα, τα ελλιπή ερεθίσματα από το άμεσο περιβάλλον του παιδιού, η διγλωσσία, η μίμηση ομιλίας ατόμου με αποκλίνουσα άρθρωση και τα ανατομικά/ δομικά προβλήματα των αρθρωτών (π.χ. κοντός χαλινός της γλώσσας, σοβαρές οδοντικές ανωμαλίες κ.ά.) (Shipley & McAfee, 2013).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί πως για να μπορέσει κανείς να μιλήσει για πιθανά προβλήματα που η γλωσσική ανάπτυξη μπορεί να επηρεάσει την μάθηση πρέπει να λάβει υπόψη του τον τύπο, τη σοβαρότητα, άλλες ιατρικές καταστάσεις (π.χ. ωτίτιδα, βαρηκοΐα), την αποτελεσματικότητα χειρουργικών επεμβάσεων, την στάση των γονέων και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Kummer, 2011). Επισημαίνεται, μάλιστα, πως το κάθε γλωσσικό πρόβλημα πρέπει να εξετάζεται μέσα από τις ατομικές ιδιαιτερότητες και ως εκδήλωση ψυχοσωματικής και ψυχοδιανοητικής ανάπτυξης. Το ειδικό γλωσσικό πρόβλημα δεν αναφέρεται ως ιατρικό αλλά ως παιδαγωγικό, το οποίο απαιτεί παιδοψυχολογική γνώση για την κατάστρωση ενός σχεδίου παρέμβασης. Απαιτείται λογοπαιδευτική, λογοθεραπευτική αγωγή, διδασκαλία και άσκηση (Σαρρή, 2021).

Επομένως, καθώς οι διαταραχές του λόγου και της ομιλίας έχουν άμεσες επιπτώσεις στην επικοινωνία του ατόμου που τις φέρει δεν πρέπει να λησμονείται πως αυτό το άτομο ενδέχεται να αναπτύξει δυσκολίες στο σχολικό, κοινωνικό και

επαγγελματικό περιβάλλον. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει ο τραυλισμός, ο οποίος δημιουργεί στρες στο άτομο και σκέψεις για το αν οι ακροατές κατανοήσουν αυτά που λέει, αντιδράσουν, θυμώσουν και δυσανασχετήσουν. Ενώ στο μέλλον οι επιπτώσεις μπορεί να γίνουν πιο σοβαρές, καθώς ορισμένα άτομα με διαταραχές λόγου και ομιλίας μπορεί να παρουσιάσουν επιθετικές συμπεριφορές, να οδηγηθούν στην κοινωνική απόσυρση και στην απομόνωση αφού θα αποφεύγουν καταστάσεις που χρειάζεται να μιλήσουν για να μην εκτεθούν ή να αποφεύγουν λέξεις και ήχους που δυσκολεύονται να εκφέρουν (Smith & Tyler, 2019).

1.2.7. Προβλήματα συμπεριφοράς

«Όλες οι εκδηλώσεις συμπεριφοράς διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση γονιδίων και περιβάλλοντος». (Kandel, Schawatz & Jessell, 2014, σ. 583) Η συμπεριφορά διαιρείται σε δύο κατηγορίες, στην ενστικτώδη και στην επίκτητη. Η πρώτη κατηγορία, δηλαδή, η ενστικτώδης συμπεριφορά εξαρτάται από το γενετικό υλικό. Σε αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαίο να επισημανθεί, ότι η συμπεριφορά αυτή καθ' αυτή δεν κληρονομείται, αλλά αυτό που κληρονομείται είναι το DNA. Στα γονίδια του DNA, δηλαδή, υπάρχουν πρωτεΐνες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη, τη διατήρηση και τη ρύθμιση των νευρωτικών κυκλωμάτων που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά (Kandel et al., 2014).

Η αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των κυκλωμάτων με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες αναπτύσσουν σταδιακά την κάθε συμπεριφορά. Πιο αναλυτικά, το περιβάλλον φαίνεται να ασκεί επίδραση από το προγεννητικό στάδιο και κορυφώνεται μετά τη γέννηση. Αυτό έχει ως επακόλουθο την σημασία κατανόησης της συμπεριφοράς πρωτίστως από τους περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες αλλά και από τους γενετικούς και αναπτυξιακούς εγγενείς παράγοντες (Kandel et al., 2014).

Σχετικά με τους εγγενείς παράγοντες ακόμα και σήμερα, σε σχετικές έρευνες, το θέμα της κληρονομικότητας της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι αμφιλεγόμενο. Έρευνες στις οποίες χωρίστηκαν μονοζυγωτικά δίδυμα στην αρχή της ζωής τους και μεγάλωσαν σε διαφορετικές οικογένειες απέδειξαν ότι έχουν ένα αξιοσημείωτο αριθμό κοινών χαρακτηριστικών συμπεριφοράς. Και σε άλλες έρευνες, ακόμη και σε ζώα, καταλήγουμε ότι «μια ολόκληρη συμπεριφορά δεν δημιουργείται ή προσδιορίζεται από τη φράση ενός μόνο γονιδίου». (Kandel et al., 2014, σ. 588)

Σχετικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, πρώτα από όλα, αξίζει να επισημανθεί η οικογένεια. Ως πρωταρχικό κύτταρο της κοινωνίας συμβάλει σημαντικά στη κοινωνικοποίηση του ατόμου και φέρει ευθύνες ως προς τις ικανότητες και προοπτικές που θα αναπτύξει το παιδί. Οι εκπαιδευτικοί και το σχολείο ενδέχεται, επίσης, να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη των μαθητών τόσο γνωστικά όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς. Βαρυσήμαντη αιτία θεωρείται, επίσης, και το περιβάλλον του μαθητή, κυρίως στην ομάδα των συνομηλίκων (Κανδαράκης, 2004).

Οι διαταραχές συναισθήματος και συμπεριφοράς (ΔΣΣ) είναι ιδιαίτερα δύσκολο να οριστούν καθώς διαφορετικοί κλάδοι (εκπαίδευσης, ψυχικής υγείας κ.λπ.) χρησιμοποιούν διαφορετικούς όρους για την περιγραφή τους. Σε γενικές γραμμές, ως Διαταραχές Συναισθήματος και Συμπεριφοράς ορίζεται «μια μορφή διαταραχής που χαρακτηρίζεται από συναισθηματικές ή συμπεριφορικές αντιδράσεις οι οποίες διαφέρουν πολύ από όλα τα τυπικά κριτήρια και τις ομάδες αναφοράς και οι οποίες έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην εκπαιδευτική επίδοση». (Smith & Tyler, 2019, σ. 466)

Από την άλλη μεριά, αξίζει να αναφερθεί ότι ως «ψυχική υγεία» ορίζεται η κατάσταση της υγείας κατά την οποία ένα άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, δύναται να αντεπεξέρχεται στις δυσκολίες που προκύπτουν από την καθημερινότητα, είναι παραγωγικό και μπορεί να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο (Υ.Υ. Κ. Α., 2011). Αντίθετα, ως ένα σύνδρομο αυτής της κατάστασης χαρακτηρίζεται μια «ψυχική διαταραχή» («mental disorder»), η οποία συνδέεται με σημαντική «διαταραχή της γνωστικής λειτουργίας του ατόμου, της ρύθμισης των συναισθημάτων ή της συμπεριφοράς που αντικατοπτρίζει δυσλειτουργίες στις ψυχολογικές, βιολογικές ή αναπτυξιακές διαδικασίες που διέπουν την ψυχική λειτουργικότητα». (APA, 2013, σ. 5) Ενόχληση παρουσιάζουν τα άτομα που τις φέρουν στις κοινωνικές, επαγγελματικές ή και άλλες σημαντικές καθημερινές δραστηριότητες (APA, 2013).

Βασικότερες κατηγορίες της Ψυχικής Διαταραχής είναι οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές, το φάσμα σχιζοφρένειας και άλλες ψυχωτικές Διαταραχές, διπολικές και συνδεόμενες διαταραχές, καταθλιπτικές διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές, ιδεοψυχαναγκαστικές και συνδεόμενες διαταραχές, διαταραχές συνδεόμενες με τραύματα και στρεσογόνους παράγοντες, αποσυνδετικές διαταραχές, διαταραχές σωματικών συμπτωμάτων και συνδεόμενες διαταραχές, διαταραχές σίτισης και

πρόσληψης τροφής, διαταραχές της απέκκρισης, διαταραχές ύπνου- αφύπνισης, σεξουαλικές διαταραχές, δυσφορία γένους, διασπαστικές διαταραχές, διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων και της διαγωγής, συνδεδεμένες με ουσίες διαταραχές και εθιστικές διαταραχές, νευρογνωστικές διαταραχές, διαταραχές της προσωπικότητας, παραφιλικές διαταραχές, άλλες ψυχικές διαταραχές προκαλούμενες από φάρμακα κινητικές διαταραχές και άλλες παρενέργειες των φαρμάκων και άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν κλινικής προσοχής (APA, 2013).

Παράλληλα, σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί και μια ακόμη διαταραχή της συμπεριφοράς, η οποία απασχόλησε και απασχολεί ιδιαίτερα τους ερευνητές. Γίνεται λόγος για τη «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (ή/ και Υποκινητικότητας)»- «ΔΕΠ-Υ» («Attention Deficit Hyperactivity Disorder»- «ADHD»). Πρόκειται για μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που προσδιορίζεται από απροσεξία, αποδιοργάνωση ή/και υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα. Αναφέρεται, αφενός, στη δυσκολία του παιδιού να παραμένει σε μία δραστηριότητα, στην εντύπωση ότι δεν ακούει όταν του μιλούν και στην απώλεια πραγμάτων. Και, αφετέρου, στην υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα αναφέρεται η υπερδραστηριότητα, η νευρικότητα και η ανικανότητα του παιδιού να παραμείνει καθισμένο ή να περιμένει. Τα συμπτώματα αυτά υπερισχύουν στην παιδική ηλικία ενώ συχνά επιμένουν και στην ενήλικη ζωή (π.χ. προβλήματα κοινωνικής, ακαδημαϊκής και επαγγελματικής λειτουργικότητας) (APA, 2015). Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνυπάρχει με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (π.χ. δυσλεξία, δυσκολίες στην ανάγνωση, την ορθογραφία ή τα μαθηματικά) (Ζήση & Σαββάκης, 2019· Pavlidis & Giannouli, 2014).

Τέλος, χαρακτηριστικά αναφέρεται πως οι μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς είναι από τις πιο δύσκολες περιπτώσεις μαθητών σχετικά με τη διδασκαλία καθώς πέρα από τις δυσκολίες στη συμπεριφορά παρουσιάζουν κοινωνικές και σχολικές δυσκολίες. Συχνά αποσπούν την προσοχή των εκπαιδευτικών, επηρεάζουν αρνητικά το μαθησιακό περιβάλλον, έχουν χαμηλές επιδόσεις, δημιουργούν τεταμένες σχέσεις κ.ά. (Smith & Tyler, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΗ ΟΡΩΝ

2.1. Ο όρος «γονεϊκό άγχος»

«Το άγχος, από το ρήμα άγχω: πιέζω σφικτά (ιδίως στο λαιμό), αποπνίγω, στραγγαλίζω (παράγωγα: αγχόνη, στηθάγχη, άγχομαι, αγκτήρ, άχθος- ιαπετική ρίζα angh), είναι μια συνειδητή ανθρώπινη εμπειρία, που ακολουθεί τον άνθρωπο από την εποχή του homo sapiens». (Αλεβίζος, 2008, σ. 2) Αξίζει, μάλιστα, να επισημανθεί πως αρχικά βιώνονταν από τον πρωτόγονο άνθρωπο ως απειλή κατά της ζωής του από φυσικούς κινδύνους π.χ. άγρια ζώα. Αυτό τον οδήγησε, φυσικά, στην υψίστης σημασίας ικανότητα να σκέφτεται, να προνοεί και να οργανώνει την άμυνά τους απέναντι στους επερχόμενους κινδύνους (Αλεβίζος, 2008).

Ακόμη και στις μέρες μας, το άγχος είναι αναπόφευκτο στη ζωή του ανθρώπου και παρατηρείται μια αλλαγή γύρω από αυτό κατά καιρούς κυρίως από τις αντιλήψεις που επικρατούσαν στην εκάστοτε κοινωνία. Παραδείγματος χάρη, ο άνθρωπος έπαψε να κινδυνεύει από τα άγρια ζώα και άρχισε να βιώνει την εμπειρία του άγχους από πολέμους, ήττες, καταστροφές κ.λπ. Παράλληλα, μπορεί να είναι καταστροφικό αλλά και δημιουργικό. Μπορεί το άγχος, δηλαδή να θεωρηθεί φυσιολογικό και να λειτουργεί ως σήμα εγρήγορσης όταν εκδηλώνεται σε καταστάσεις άμεσου κινδύνου, απειλής της αυτοεκτίμησης ή της ψυχολογικής ευεξίας κ.ά. ενώ, όταν γίνεται πολύ έντονο και παρατεταμένο γίνεται παθολογικό. Οι διαταραχές τους άγχους αποτελούν την διαταραχή πανικού, τη διαταραχή γενικευμένου άγχους, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, την κοινωνική φοβία και την απλή φοβία και την μετατραυματική stress διαταραχή (Αλεβίζος, 2008).

Ως μια συγκινησιακή- συνειδησιακή κατάσταση χαρακτηρίζεται το άγχος στις πιο τυπικές μορφές του. Φαίνεται να συνοδεύεται από συμπτώματα όπως ταχυπαλμία, ιδρώτας, αίσθημα λιποθυμίας, δύσπνοια κ.ά. Αξίζει όμως να αναφερθεί πως το παθολογικό άγχος είναι αποτέλεσμα διαταραχής της συνείδησης. Πιο αναλυτικά, το άγχος παρουσιάζεται ή σαν κρίση άγχους, σαν αποτέλεσμα, δηλαδή, μιας απλής διαταραχής ή σαν παθολογική- αγχώδης προσωπικότητα (νευρωτική, υποχονδριακή, ζηλότυπη, καταδιωκόμενη). Πρέπει το άγχος να θεωρείται νοσηρό σύμπτωμα (χρόνιος συμβιβασμός παθολογικού τύπου μεταξύ υποσυνείδητου και Εγώ) ακόμη και αν ο άνθρωπος εθίζεται σε αυτό από πολιτικές, οικονομικές και επαγγελματικές κρίσεις.

Πηγές του παθολογικού άγχους θεωρούνται οι απειλές του αποχωρισμού (απογαλακτισμός, εξαφάνιση, θάνατος κ.λπ.) και οι απειλές του ευνουχισμού (κίνδυνοι σωματικής ακεραιότητας, ανασφάλεια κ.λπ.) (Σταύρου, 2002). Είναι σημαντικό να τονιστεί πως το άγχος συνοδεύεται από ψυχοφυσιολογικές και σωματικές εκδηλώσεις από το καρδιαγγειακό σύστημα (ταχυκαρδία), το αναπνευστικό σύστημα (λαχάνιασμα), το δέρμα (εφίδρωση), το μυοσκελετικό σύστημα (τρόμος, μυϊκή τάση), το πεπτικό σύστημα (διάρροιες) κ.ά. (Samakouri, Bouchos, Kadoglou, Giantzelidou, Tsolaki & Livaditis, 2012).

Μια από τις κατηγορίες του άγχους αποτελεί και το «γονεϊκό άγχος» («parental anxiety»), το οποίο και αποτελεί μια περίπλοκη και διακριτή αντίδραση στις απαιτήσεις της γονεϊκής ιδιότητας (Lawrence, Murayama & Creswell, 2019). Οι απόψεις των γονέων για τη λειτουργία της οικογένειας και τον ρόλο που έχουν μέσα σε αυτή επηρεάζουν σημαντικά και τα επίπεδα του άγχους τους. Οι συζυγικές σχέσεις, τα καθημερινά προβλήματα, οι συμπεριφορές των παιδιών, το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο είναι ορισμένοι παράγοντες που μπορεί να διαμορφώσουν το γονεϊκό άγχος. Παράλληλα, οι δυσκολίες και οι απαιτήσεις, οι σκέψεις και οι προσδοκίες των γονέων για τα παιδιά τους, η ανησυχία για επάρκεια του ρόλου τους ως γονείς κ.ά. μπορούν να δημιουργήσουν ή και να εντείνουν το γονεϊκό άγχος (Βλαχογιάννη & Αγγελή, 2014).

Μάλιστα, αποτελεί αδιαμφισβήτητη παραδοχή στις μέρες μας ότι η οικογένεια είναι ο χώρος όπου λαμβάνει χώρα η πρώτη διαδικασία κοινωνικοποίησης του παιδιού και ακριβώς αυτός ο οικογενειακός παράγοντας φαίνεται μείζονος σημασίας για την περαιτέρω ανάπτυξη των κοινωνικών, ακαδημαϊκών, νοητικών κ.ά. ικανοτήτων του παιδιού (Ζήση & Σαββάκης, 2019). Στην κοινωνία μας ως οικογένεια ορίζεται «μια μικρή μονάδα που προκύπτει από τη σχέση ενός άνδρα και μιας γυναίκας που μέσω του γάμου συνδέονται νόμιμα μεταξύ τους ως σύζυγοι», ωστόσο, σήμερα αυτό έχει κάπως μεταβληθεί και είναι αποδεκτή και η ύπαρξη εναλλακτικών μορφών οικογένειας όπως οι εκτεταμένες, οι μονογονικές κ.ά. (Muncie, Wetherbell, Langan, Dallos & Cochrane, 2009, σ. 25).

Αν και όπως φαίνεται και θα δούμε και στη συνέχεια, η έννοια της οικογένειας μπορεί να πάρει διαφορετικές ερμηνείες ανάλογα την εποχή, τον πολιτισμό κ.λπ. με βάση τα οποία μελετάται, είναι ωστόσο δεδομένο πως παραμένει σταθερή η ανάγκη των γονέων να μεγαλώσουν τα παιδιά τους με σωστό τρόπο (Jokinen & Brown, 2011).

Επειδή, λοιπόν, οι γονείς αποτελούν τα πιο σημαντικά άτομα στις ζωές των παιδιών, καθώς όπως φαίνεται έχουν τεράστια επίδραση πάνω τους, επωμίζονται το σημαντικότερο μερίδιο ευθύνης και όλο αυτό ενδέχεται να δημιουργεί το γονεϊκό άγχος (Petry, Maes & Vlaskamp, 2005).

Το γονεϊκό άγχος, μάλιστα, παρατηρείται σε αυξημένα επίπεδα σε γονείς παιδιών με αναπηρία. Η οικογένεια των παιδιών με αναπηρία έχει σημαντικότερη επίδραση στο επίπεδο ζωής των παιδιών που φέρουν αναπηρία. Εξαιτίας της ανεπάρκειας των κατάλληλων δομών υποστήριξης ατόμων με αναπηρία, καθίσταται σαφές πως το μεγαλύτερο βάρος πέφτει πάνω στα μέλη της οικογένειας των παιδιών με αναπηρία. Από τη στιγμή της γέννησης ενός παιδιού με αναπηρία τα συναισθήματα που προκαλούνται είναι ανάμεικτα τα οποία και κορυφώνονται όταν επέλθει η συνειδητοποίηση της μη αναστρεψιμότητας της κατάστασης (Sen & Yurtsever, 2007).

Η ανατροφή και η καθημερινότητα ενός παιδιού με αναπηρία είναι σημαντικά διαφορετική από αυτή ενός τυπικώς αναπτυσσόμενου παιδιού. Στο ταξίδι των γονέων παιδιών με αναπηρία ενυπάρχουν πολλές δυσκολίες, εμπόδια, κρίσεις, παλινδρομήσεις, υποτροπές, χωρίς κανένα σημείο ανακούφισης και ξεκούρασης και με ένα αβέβαιο μέλλον. Και επειδή με τη γέννηση των παιδιών δεν έρχονται και οδηγίες που αναγράφουν σωστές και λάθος αποφάσεις και ενέργειες των γονέων δημιουργείται μια συνεχόμενη αγωνία για την κάθε τους ενέργεια που μακροπρόθεσμα αυτό τους εξαντλεί ψυχικά και σωματικά (Hsiao, 2018).

Είναι ιδιαιτέρως σημαντικό να επισημανθεί μια βαρυσήμαντη επίπτωση που φαίνεται να δημιουργεί το γονεϊκό άγχος. Αυτή η επίπτωση δεν είναι άλλη από τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται στα παιδιά και έχουν ως επακόλουθο την άσχημη συμπεριφορά τους, η οποία με τη σειρά της δημιουργεί επιπρόσθετο άγχος στους γονείς και δημιουργείται έτσι ένα φαύλος κύκλος. Τα υψηλά επίπεδα γονεϊκού άγχους επηρεάζουν αρνητικά τη γνωστική, τη γλωσσική, τη συμπεριφορική και την κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών (Pesonen, Raikkonen, Heinonen, Komsí, Jarvenpaa & Strandberg, 2008). Ακόμη, θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν αναφερόταν το άγχος που βιώνουν τα ίδια τα παιδιά εξαιτίας του άγχους που παρατηρούν στους γονείς τους. Τα άτομα ως μιμητικά όντα επηρεάζονται από τις περιβαλλοντικές συμπεριφορές που παρατηρούν και υιοθετούν τους τρόπους δράσεις των ατόμων του περιβάλλοντός τους. Μάλιστα από έρευνες φαίνεται ότι η μέση ηλικία εμφάνισης των αγχωδών διαταραχών

είναι τα 16 έτη που αυτό καθιστά σαφές ότι στην παιδική ηλικία αρχίζουν πολλές αγχώδεις διαταραχές των ενηλίκων (Αλεβίζος, 2008). Τέλος, «κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αγχώδεις διαταραχές συχνά συνυπάρχουν με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σε ποσοστό 30- 80%» και μπορεί να επηρεάσουν και τη σεξουαλική λειτουργία που θα μελετήσουμε στη συνέχεια. (Αλεβίζος, 2008, σ. 216) Φαίνεται πως οι σεξουαλικές παρορμήσεις είναι αυτές που γενούν και διατηρούν τις αγχώδεις νευρώσεις και υπερτονίζουν την σύνδεση του άγχους και της σεξουαλικής λειτουργίας. Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί πως το υγιές άγχος αυξάνει τη σεξουαλική διέγερση αλλά μπορεί να συμβεί και το αντίθετο (Αλεβίζος, 2008).

2.2. Ο όρος «κατάθλιψη»

Έχει παρατηρηθεί στην καθημερινή πράξη πως οι αγχώδεις ασθενείς είναι ταυτόχρονα και καταθλιπτικοί. Από διάφορες έρευνες πάντως προκύπτει ότι οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές θα πρέπει να θεωρούνται ξεχωριστές καταστάσεις και να διαχωρίζονται με συγκεκριμένα κριτήρια. Ως κατάθλιψη («depression») ορίζεται «μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από απελπισία και αίσθημα απόγνωσης». (Smith & Tyler, 2019, σ. 475) Η υποκατηγοριοποίηση της κατάθλιψης έχει οδηγήσει στην αναγνώριση της μείζονος κατάθλιψης, της δυσθυμίας, της περιοδικής κατάθλιψης και της διπλής κατάθλιψης (Αλεβίζος, 2008).

Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές χαρακτηρίζονται από έλλειψη ενδιαφέροντος ή χαράς, θλίψη, συναισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη, συναισθήματα κούρασης ή χαμηλής συγκέντρωσης κ.ά. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι καταθλιπτικές διαταραχές μπορούν να διακριθούν στην Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή ή καταθλιπτικό επεισόδιο και στη Δυσθυμία. Στην πρώτη κατηγορία παρουσιάζονται συναισθήματα όπως καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος και χαράς και μειωμένη ενέργεια, ενώ στη δεύτερη κατηγορία τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της προηγούμενης κατηγορίας με μεγαλύτερη, όμως, διάρκεια και ένταση (WHO, 2017b).

Σε γενικές γραμμές η θλίψη χαρακτηρίζεται ως μια φυσιολογική αντίδραση σε δύσκολες στιγμές, που όλοι έχουμε βιώσει και περνάει σε σύντομο χρονικό διάστημα. Όταν όμως αυτή η θλίψη δεν περνάει και το άτομο που την βιώνει αρχίζει να υπολειτουργεί και να μην έχει μια φυσιολογική καθημερινότητα γίνεται λόγος για την

καταθλιπτική διαταραχή (National Institute of Mental Health, 2015). «Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η κατάθλιψη είναι μια συνήθης ψυχική διαταραχή η οποία παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα: καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, μειωμένη ενέργεια, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές ύπνου ή όρεξης καθώς και κακή συγκέντρωση». (WHO, 2012, όπ. Αναφ. στο Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm, & Saxena, 2012, σελ. 6)

Το DSM-5 ταξινομεί τις καταθλιπτικές διαταραχές σε διασπαστική διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης, μείζων καταθλιπτική διαταραχή, επιμένουσα καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία), προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή, προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα καταθλιπτική διαταραχή, καταθλιπτική διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη σωματική κατάσταση, άλλη προσδιοριζόμενη καταθλιπτική διαταραχή και απροσδιόριστη καταθλιπτική διαταραχή (APA, 2013).

Κάποιοι παράγοντες που μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη είναι οι γενετικοί (βιολογία του εγκεφάλου και χημεία) και γεγονότα της ζωής (π.χ. ένα τραύμα, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μια δύσκολη σχέση, μια εμπειρία πρώιμης παιδικής ηλικίας ή οποιαδήποτε αγχωτική κατάσταση κ.ά.) (National Institute of Mental Health, 2015). Οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν συχνότερα κατάθλιψη (5,1%) σε σχέση με τους άνδρες (3,6%) (WHO, 2017b). Ορισμένοι παράγοντες που μπορεί να οφείλονται στο αυξημένο ποσοστό της κατάθλιψης των γυναικών είναι οι βιολογικοί, οι ορμονικοί και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και ο κύκλος της ζωής. Πολύ συχνή είναι η κατάθλιψη στις γυναίκες και μετά τον τοκετό, τότε που οι ορμονικές και φυσικές αλλαγές και η νέα ευθύνη για τη φροντίδα ενός νεογέννητου μπορεί να είναι συντριπτικές (National Institute of Mental Health, 2015). Ωστόσο, σύγχρονες έρευνες εστιάζουν στα συμπτώματα μεταγεννητικού άγχους και στους πατέρες, για τη διερεύνηση της συννοσηρότητας με μεταγεννητικά συμπτώματα κατάθλιψης και μπορεί πλέον να υπάρξουν αναφορές για επιλόχειο κατάθλιψη των πατέρων (Psouni, Frisk & Brocki, 2021).

Οφείλει οπωσδήποτε να αναφερθεί ότι οι γονείς των παιδιών με αναπηρία φαίνεται να βιώνουν αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης (Ekas, Pruitt, & McKay, 2016· Gosztyła & Prokopiak, 2017). Η αρνητική στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος των γονέων παιδιών με αναπηρία σε συνδυασμό με τη δυσκολία κατανόησης της

συμπεριφοράς του παιδιού με αναπηρία οδηγεί τους γονείς στο να αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές και σταδιακά να νιώθουν μοναξιά (Banasiak, 2008, όπ. αναφ. στο Gosztyła & Prokopiak, 2017). Η μοναξιά ορίζεται ως ένα αρνητικό συναίσθημα το οποίο προκύπτει από τις ελλείψεις κοινωνικές επαφές του ατόμου (Bhagchandani, 2017· Tiwari, 2013).

Σε γενικές γραμμές, οι έρευνες σε αυτόν τον τομέα αναδεικνύουν πως οι γονείς παιδιών με αναπηρία φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Ingersoll & Hambrick, 2011· Gallagher & Hannigan, 2014). Μάλιστα, πέρα από τους κοινότυπους παράγοντες εμφάνισης της κατάθλιψης οι οποίοι προαναφέρθηκαν, με τη γονεϊκή κατάθλιψη φαίνεται να συνδέονται σημαντικά τα συναισθήματα αβοηθησίας. Οι γονείς παιδιών με αναπηρία έρχονται αντιμέτωποι με μια κατάσταση που δεν μπορούσαν να φανταστούν και δεν γνωρίζουν και πως να τη διαχειριστούν (Gallagher & Hannigan, 2014).

Επιπλέον, πρέπει οπωσδήποτε να τονιστεί ως βασικός παράγοντας και το ότι βιώνουν ένα εύρος ψυχοπνευματικών καταστάσεων όπως είναι το στίγμα, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη παροχής εξειδικευμένων θεραπευτικών υπηρεσιών εκ μέρους του κράτους καθώς και η μεγάλη εξάρτηση του παιδιού τους από αυτούς (Lovell, Moss & Wetherell, 2015). Παράλληλα, δεν πρέπει να λησμονούνται και οι οικονομικοί λόγοι (π.χ. ειδικές θεραπείες του παιδιού κ.ά.) και η ταξική προέλευση των γονέων. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι γονείς παιδιών με αναπηρία προερχόμενοι από τα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (Newland, Cronic, Cox & MillsKoonce, 2013). Επίσης, και ο βαθμός αναπηρίας του παιδιού τους που μπορεί να συσχετιστεί με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (π.χ. η ύπαρξη ή όχι ομιλίας καθώς και ο βαθμός που επηρεάζει η αναπηρία την εξωτερική του εικόνα του παιδιού) (Ingersoll & Hambrick, 2011). Τέλος, αξίζει να τονιστεί πως η κατάθλιψη των γονέων παιδιού με αναπηρία αρχικά θεωρείται φυσιολογική καθώς αποτελεί μέρος των σταδίων της προσαρμογής τους στη γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία όπως θα αναλυθεί και στη συνέχεια (Γενά & Μπαλαμώτης, 2013).

2.3. Ο όρος «συζυγική ικανοποίηση»

Ως πρώτη σημαντική σχέση στη ζωή του κάθε ανθρώπου θεωρείται η σχέση του βρέφους με τη μητέρα του, ενώ η αμέσως επόμενη σημαντική σχέση είναι η συζυγική σχέση. Η συζυγική σχέση αναφέρεται είτε με την έννοια του γάμου, είτε και γενικότερα μιας ενήλικης σχέσης με ένα άλλο άτομο, όπου υπάρχει ερωτικός δεσμός και η έννοια της δέσμευσης (Scharff & Scharff, 2000). Σε πολλές μελέτες φαίνεται ότι ο γάμος συνδέεται με καλύτερα επίπεδα υγείας, υψηλότερο εισόδημα και μεγαλύτερη σταθερότητα της σχέσης μεταξύ των συντρόφων, γεγονός που οδηγεί τους ερευνητές να τον προτείνουν ως την ιδανική οικογενειακή δομή σε σύγκριση με τις μονογονεϊκές οικογένειες αλλά και με τη συγκατοίκηση εκτός γάμου (Waite & Gallagher, 2000).

Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει και η ικανοποίηση από αυτή τη σχέση. Μια κακή ή μια όχι τόσο ικανοποιητική σχέση μπορεί να επιβαρύνει το ζευγάρι και να εξαλείψει όλα τα οφέλη που προαναφέρθηκαν (Amato, 2014). Στην ελληνική πραγματικότητα σε έρευνα με 112 ζευγάρια, επισημάνθηκε πως η ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση προστατεύει τα μέλη της από το στρες και όσο αυτή αυξάνεται, το άγχος, τα σωματικά συμπτώματα, η κοινωνική δυσλειτουργία και η κατάθλιψη μειώνονται (Λοράνδος, 2014).

Επιπλέον, αξιοσημείωτο αναφοράς είναι πως η ποιότητα της συζυγικής σχέσης γίνεται καλύτερα κατανοητή όταν λαμβάνονται υπόψη οι αντιλήψεις και των δύο συζύγων για τη σχέση τους (Holmes & Huston, 2010). Οι παράγοντες που θεωρείται ότι έχουν σημαντική επίδραση στη συζυγική ικανοποίηση φαίνεται να είναι δημογραφικοί, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ατόμου, η επικοινωνία και η οικειότητα, η συγχώρεση και η θυσία, η θρησκεία, η συναισθηματική νοημοσύνη, η προσωπική υγιεινή και οι σεξουαλικές σχέσεις (sex) (Tavakol, Nikbakht, Behboodi, Moghadam, Salehiniya, Rezaei & Elham, 2017).

Ωστόσο, οι Eddy & Walker (1999) αναφέρουν πως η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να έχει αρνητική επίπτωση στη ποιότητα συντροφικής σχέσης των γονέων του. Και αυτό επειδή τα παιδιά συχνά επηρεάζουν τη σεξουαλική ζωή των γονέων. Είναι πιο δύσκολο να υπάρχει σεξουαλική σχέση με παιδιά στο σπίτι και αυτή η μείωση της σεξουαλικής επαφής και οικειότητας μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για τη συζυγική ικανοποίηση (Blumstein & Schwartz, 1983).

Το πεδίο σχετικά με τη συζυγική ικανοποίηση φαίνεται να απασχόλησε από πολύ παλιά τους ερευνητές. Μάλιστα, εύρος ερευνών δείχνουν ότι όσοι έχουν παιδιά αναφέρουν χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση από αυτούς που δεν έχουν. Τονίζεται, μάλιστα, ότι μία πιο αποδοτική κατανομή των ευθυνών μεταξύ των συζύγων μπορεί να βελτιώσει την ικανοποίηση των γυναικών από τον γάμο τους (Twenge, Campbell & Foster, 2003). Για παράδειγμα, οι Gjerdingen & Chaloner (1994) διαπίστωσαν ότι οι μητέρες των οποίων οι σύζυγοι συμμετείχαν περισσότερο στη φροντίδα των παιδιών είχαν καλύτερη ψυχική διάθεση, υγεία και υψηλότερη συζυγική ικανοποίηση.

Οι Di Giulio, Philipov & Jaschinski (2014) χαρακτηρίζουν ως τραυματική εμπειρία για τους γονείς την γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία. Το να ανατρέφει κανείς ένα παιδί με αναπηρία έχει τόσο αρνητικές όσο και θετικές επιπτώσεις στα μέλη της οικογένειας και επηρεάζει όλες τις πτυχές της οικογενειακής λειτουργίας και ζωής. Από τη μία πλευρά, επιβαρύνεται με πολλές ψυχικές, σωματικές και συναισθηματικές απαιτήσεις και από την άλλη, μπορεί να συνειδητοποιήσει την εσωτερική δύναμη που έχουν τα μέλη της και να ενισχυθεί η οικογενειακή συνοχή (Reichman, Corman & Noonam, 2007).

Επίσης, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η συζυγική ικανοποίηση δεν είναι το παν. Αξίζει να επισημανθεί πως η μειωμένη συζυγική ικανοποίηση μπορεί να αντισταθμιστεί περισσότερο από άλλα οφέλη. Για παράδειγμα, τα ζευγάρια με παιδιά μπορεί να βρουν περισσότερα νόημα στη ζωή π.χ. μπορεί να αισθάνονται αυξημένη ικανοποίηση και χαρά καθώς βλέπουν τα παιδιά τους να μεγαλώνουν (Twenge, Campbell & Foster, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Ο όρος «οικογένεια» («family») χρησιμοποιείται για να περιγράψει σύνολα με όμοια χαρακτηριστικά π.χ. στη Βιολογία γίνεται λόγος για οικογένειες φυτών ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους, στην παραγωγή αναφέρονται οικογένειες προϊόντων, ενώ στην περίπτωση των ανθρώπινων ομάδων ο όρος αποδίδεται στις ιδιαίτερες σχέσεις και την αλληλεγγύη που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών τους. Είναι δεδομένη η δυσκολία που συναντάται στην εξαγωγή ενός γενικού ορισμού της οικογένειας. Πολλές φορές ο όρος της οικογένειας συγγέεται με τον όρο του γάμου, για τον οποίο παρατηρείται και εκεί σχετική σύγχυση (Νόβα- Καλτσούνη, 2018).

Ο Stephens ορίζει την οικογένεια ως «κοινωνική συμφωνία η οποία βασίζεται στον γάμο και στο γαμήλιο συμβόλαιο, που εμπεριέχει αναγνώριση των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων της γονεϊκότητας, κοινή κατοικία των συζύγων και παιδιών, καθώς και αμοιβαίες οικονομικές υποχρεώσεις μεταξύ των συζύγων». (Stephens, 1962, σ. 4) Ένας πιο σύγχρονος ορισμός της οικογένειας αναφέρει πως η οικογένεια είναι «διαρκής ένωση δύο ετερόφυλων προσώπων, με ένα τουλάχιστον παιδί (βιολογικό, θετό ή ανάδοχο) και σταθερή, κοινή κατοικία». (Νόβα- Καλτσούνη, 2018, σ. 19) Ωστόσο, ούτε αυτός ο ορισμός είναι πλήρως ικανοποιητικός διότι αποκλείει π.χ. τα ομόφυλα ζευγάρια, τα άτεκνα ζευγάρια ή τα ζευγάρια που μπορεί για επαγγελματικούς ή άλλους λόγους να μένουν σε ξεχωριστές κατοικίες.

Ο Murdock (1949) διακρίνει σαφώς την οικογένεια από τον γάμο και ταξινομήσε την οικογένεια σε τρεις βασικές κατηγορίες. Την οικογένεια- πυρήνα, την πολυγαμική οικογένεια και την εκτεταμένη οικογένεια. Συγκεκριμένα, στην οικογένεια- πυρήνα υπάρχει ένα ετερόφυλο παντρεμένο ζευγάρι και οι απόγονοι του, στην πολυγαμικοί οικογένεια συνυπάρχουν δύο ή/ και περισσότερες οικογένειες- πυρήνες και στην εκτεταμένη, η οποία αποτελείται από την πατρική οικογένεια και τις οικογένειες των παιδιών της.

Σε γενικές γραμμές, οι ορισμοί που έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί για την οικογένεια μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες, σε δομικούς και σε λειτουργικούς. Με τους δομικούς γίνεται λόγος για την οργάνωση της οικογένειας με χαρακτηριστικά όπως σχέσεις αίματος, νομικούς δεσμούς και διαμονή, ενώ με τους

λειτουργικούς αναφέρονται σχέσεις οικονομικές, φροντίδας προς τους νέους και ηλικιωμένους κ.λπ. (Bogenschneider & Corbett, 2004).

Γίνεται, ωστόσο, φανερός στις μέρες μας ο συνεχόμενος μετασχηματισμός της οικογένειας, ο οποίος κάνει τα όρια μεταξύ οικογενειακής και μη οικογενειακής ζωής όλο και πιο ασαφή. Βέβαια και το φαινόμενο της συμβίωσης χωρίς γάμο δεν είναι εντελώς νέο στις κοινωνίες μας. Και φυσικά από έρευνες φαίνεται πως εκτός από τα υψηλά ποσοστά διαζυγίων ένα στοιχείο μεταβολής της οικογένειας είναι και τα ποσοστά γεννήσεων εκτός γάμου. Παράλληλα, ανάμεσα στις θεμελιώδεις αλλαγές που επηρέασαν την οικογένεια τις τελευταίες δεκαετίες είναι και ο επαναπροσδιορισμός των ρόλων των ανδρών και των γυναικών και κατά συνέπεια και των συζύγων. Η παραδοσιακή διάσταση των φύλων, όπου οι γυναίκες ασχολούνταν με την λειτουργία του σπιτιού και τη φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας, ενώ οι άνδρες ασχολούνταν με τη δημόσια και εκτός σπιτιού ζωή, έχει αντικατασταθεί από μια σύγχρονη προοπτική με λιγότερες διακρίσεις και εξειδικεύσεις των ρόλων των φύλων (Νόβα- Καλτσούνη, 2018).

Υπάρχει μια δυναμική που φανερώνει ότι οι σύγχρονες γυναίκες φαίνεται να δίνουν σήμερα περισσότερη αξία στις προσωπικές τους φιλοδοξίες και στη καριέρα και οι άνδρες να υιοθετούν ένα μοντέλο ισότιμων ρόλων στην οικογένεια π.χ. να συμμετέχουν πιο ενεργά στη φροντίδα του νοικοκυριού και ιδίως στην ανατροφή των παιδιών. Ωστόσο, αυτό που αποτελεί κομβικό σημείο είναι σαφώς ο ερχομός του πρώτου παιδιού. Αυτή η κατάσταση δεν επηρεάζει μόνο τις προσωπικές σχέσεις του ζευγαριού αλλά και τους ρόλους των φύλων και την κατανομή της οικογενειακής εργασίας. Τα ζευγάρια, έτσι, επιστρέφουν γρήγορα στους παραδοσιακούς τους ρόλους, με τις γυναίκες να σταματούν την εργασία τους για να φροντίσουν το παιδί και οι άνδρες αφοσιώνονται στην εργασία για να καλύψουν τα έξοδα της οικογένειας και παραμελούν την φροντίδα του παιδιού. Αυτό το γεγονός ερμηνεύει πόσο βαθιά ριζωμένες είναι οι παραδοσιακές αξίες των δύο φύλων στην συνείδηση πολλών νέων ανθρώπων (Νόβα- Καλτσούνη, 2018).

Από πολύ παλιά υπήρχε η αντίληψη ότι τα παιδιά που μεγαλώνουν σε άλλα περιβάλλοντα πέρα από αυτό της οικογένειας π.χ. με έναν γονέα ή σε ιδρύματα θα υποστούν κάποια ψυχολογική βλάβη από την εμπειρία αυτή. Οι ευεργετικές επιδράσεις της οικογένειας στα παιδιά, που μελετήθηκαν εκτενώς, δεν αφορούν στην

πραγματικότητα τις οικογένειες αλλά τη σχέση μητέρας- παιδιού. Ακόμη και σήμερα είναι σχεδόν αυτονόητο πως ένα παιδί που χωρίζεται από την μητέρα του θα υποστεί συναισθηματικές βλάβες. Ωστόσο, οφείλει να γίνει ξεκάθαρο πως τόσο ο πατέρας όσο και άλλοι άνθρωποι μπορούν να γίνουν πρόσωπα με τα οποία το παιδί μπορεί να αναπτύξει ισχυρό δεσμό. Και, μάλιστα, η σημαντικότητα του ανδρικού προτύπου στις οικογένειες- πατρικό πρότυπο υπογραμμίζεται και από το μοντέλο των ανασυστημένων οικογενειών στο οποίο αναγνωρίζεται ότι ο μόνος γονιός, συνήθως η μητέρα, χρειάζεται να έχει κάποιον σύντροφο κάτι που δείχνει πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του πατέρα (Muncie et al., 2009).

Σε αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαίο να εστιάσουμε συγκεκριμένα στις οικογένειες παιδιών με αναπηρία, οι οποίες αποτελούν ένα διαφορετικό κεφάλαιο. Αρχικά, αξίζει να επισημανθεί πως οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια ενός παιδιού με αναπηρία καθορίζονται όταν γίνει αντιληπτή η μορφή της αναπηρίας. Η γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία φέρει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας μιας οικογένειας και ο ρόλος κάθε μέλους της οικογένειας είναι καθοριστικός. Το παιδί με αναπηρία πρέπει να νιώσει ασφάλεια μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, συναισθήματα αποδοχής και κατανόησης και να αντιληφθεί πως δεν είναι μόνο του, ότι έχει ανθρώπους γύρω του που αναγνωρίζουν την αξία του και θα το βοηθήσουν στην πρόοδό του (Αγγελόπουλος et al., 2020).

Τα πρώτα συναισθήματα που βιώνουν οι γονείς μόλις μάθουν για την αναπηρία του παιδιού τους είναι συναισθήματα απόρριψης και εχθρότητας απέναντι στο παιδί με αναπηρία (Θεοδωρόπουλος & Αποστολόπουλος, 2003). «Για τους περισσότερους γονείς [...] είναι κάτι το οποίο δεν δύναται να ξεπεραστεί εφόσον εκτός από την έλλειψη γνώσεων για τον τρόπο με τον οποίο πρόκειται να το αντιμετωπίσουν έχουν απέναντί τους την αρνητική στάση της κοινωνίας αλλά και του κράτους». (Αγγελόπουλος et al., 2020, σ. 261) Η οικογένεια έρχεται αντιμέτωπη με πολλές δυσκολίες (π.χ. τροποποίηση των οικογενειακών ισορροπιών και των σχέσεων, αποδοχή του παιδιού στο στενό αλλά και ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον αλλά και οι ματαιώσεις από τη συνεχή αναζήτηση των ειδικών οι οποίοι θα επιχειρήσουν θεραπευτική παρέμβαση για τη βελτίωση του παιδιού κ.ά.) (Κατάκη, 1998).

Συχνά αναφέρονται τέσσερα στάδια προσαρμογής των γονέων παιδιών με αναπηρία. Το στάδιο του σοκ, το στάδιο της αντίδρασης, το στάδιο της προσαρμογής

και το στάδιο του προσανατολισμού. Οι γονείς με την πληροφόρηση της αναπηρίας του παιδιού τους κατακλύζονται από μια πληθώρα συναισθημάτων, αμφισβητούν την διάγνωση των ειδικών και χρίζουν κατάλληλης συμβουλευτικής βοήθειας. Στη συνέχεια, βιώνουν σύντομα θλίψη, απελπισία και θυμό και περνούν έτσι στη φάση κατά την οποία είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν ρεαλιστικά την κατάσταση αλλά και τις ανάγκες του παιδιού τους. Καταλήγοντας, έτσι στην αναδιοργάνωση της οικογενειακής ζωής και στην υιοθέτηση μιας νέας οπτικής για τη ζωή (Γενά, 2002).

Ιδιαίτερος διαδεδομένος είναι και στα στάδια της Naomi Dale (1996) για να κατανοήσει και να περιγράψει τα συναισθήματα των γονέων μόλις ενημερωθούν για την αναπηρία του παιδιού τους. Τα στάδια είναι πέντε και αφορούν το στάδιο του σοκ, της άρνησης, του θυμού, της θλίψης- άγχους και της αναδιοργάνωσης- προσαρμογής. Στην πραγματικότητα δεν διαφέρουν από αυτά που αναλύθηκαν προηγουμένως αφού και σε αυτή τη περιγραφή αναλύεται μια κατάσταση κατά την οποία οι γονείς βρίσκονται σε σοκ καθώς περίμεναν ένα υγιές παιδί αλλά πληροφορούνται για την αναπηρία του. Έπειτα, αρνούνται να το δεχτούν και συχνά απορρίπτουν τις διαγνώσεις, αισθάνονται θλίψη, θυμό και θρήνο και οι σκέψεις απέναντι στη νέα πραγματικότητα τους δημιουργούν άγχος. Φτάνοντας έτσι στο τελικό στάδιο στο οποίο υποχωρούν τα έντονα συναισθήματα και καλλιεργείται μια θετική στάση για την αποδοχή της αναπηρίας.

Από ότι αναδεικνύεται στη βιβλιογραφία, για να μπορέσει η οικογένεια ενός παιδιού με αναπηρία να ενσωματώσει με επιτυχία το παιδί στη καθημερινή ζωή και δράση, οι γονείς οφείλουν να συνεργάζονται και να επικοινωνούν μεταξύ τους. Και αυτό θα τους βοηθήσει να αντιληφθούν την κατάσταση καλύτερα, τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις και πως να μοιράζονται πρακτικά καθήκοντα που τους αφορούν. Επιπρόσθετα, είναι πολύ σημαντικό όπως και οι ίδιοι οι γονείς αναφέρουν την ανάγκη για περιεκτικότερη ενημέρωση για την κλινική εικόνα του παιδιού τους αλλά και για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και όλους τους τρόπους μέσω των οποίων μπορεί να προαχθεί η υγεία, η ανάπτυξη και η εκπαίδευση τους παιδιού τους (Αγγελόπουλος et al., 2020).

Καθώς τόσο το συναισθηματικό όσο και το πρακτικό επίπεδο της οικογένειας ενός παιδιού με αναπηρία επηρεάζεται ποικιλοτρόπως, οι γονείς είναι εκείνοι που καλούνται να αντιμετωπίσουν άμεσα τις δυσκολίες τους παιδιού τους. Αυτό το γεγονός έχει ως επακόλουθο το τεράστιο ψυχικό σθένος που δημιουργείται από το στάδιο της

συνειδητοποίησης της κατάστασης έως και την υπερπήδηση των εμποδίων στη σχέση μεταξύ των γονέων. Είναι φυσικό οι γονείς σε αυτή τη διάρκεια να νιώθουν μόνοι και χωρίς βοήθεια, αποκλεισμένοι από την κοινωνία ενώ μέσα τους παλεύουν με συναισθήματα ελπίδας και αδιεξόδου, δικαίωσης και αδικίας, ρεαλισμού και φαντασίας, αποδοχής και απόρριψης κ.ά. (Καραβασίλη & Σκορδιαλός, 2018). Στα πρώτα άτομα που θα στραφούν οι γονείς με παιδί με αναπηρία είναι κυρίως άλλοι γονείς με παιδί με αναπηρία και σε δεύτερη φάση σε κάποιον επαγγελματία (Συριοπούλου- Δελλή, 2020).

Και φυσικά, άγχος, φόβος, κατάθλιψη, απομόνωση, θλίψη και θυμός είναι μερικά μόνο από τα καθημερινά συναισθήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι γονείς που φροντίζουν παιδί με αναπηρία (Καρασαββίδης, 2009). Έχοντας στην οικογένεια ένα παιδί με αναπηρία επηρεάζεται, επίσης, η ποιότητα ζωής όλων των μελών, οι ρόλοι των φύλων των γονέων, οι οικονομικοί πόροι, το καθεστώς απασχόλησης, η χρήση του χρόνου, η υγεία και το άγχος, τα γεύματα, οι διακοπές, ο ύπνος, η εκπαίδευση, ακόμη και η εμφάνιση καταστάσεων όπως διαζύγιο ή γέννηση ενός άλλου παιδιού (Friedrich, 1981· Συριοπούλου- Δελλή, 2020).

Η διερεύνηση των οικογενειών παιδιών με αναπηρία έχει απασχολήσει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα τους ερευνητές. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία για τις οικογένειες των παιδιών με αναπηρία αναφέρεται εξ αρχής πως μετά τα στάδια για τη συνειδητοποίηση της αναπηρίας του παιδιού, δημιουργείται άγχος στους γονείς για το πως θα ανταπεξέλθουν στην νέα αυτή συνθήκη και δίνεται έμφαση και στο οικονομικό κομμάτι (Santos, Oliveira, Vargas & Macedo, 2010). Αυτό το άγχος συσχετίστηκε με διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων και φάνηκε πως τα υψηλότερα ποσοστά άγχους σημειώθηκαν από γυναίκες, γονείς παιδιών με κινητική αναπηρία, παντρεμένες και τελειόφοιτοι γυμνασίου (Da Costa Cunha, Pontes, & Da Costa Silva, 2017). Στην συσχέτιση της εκπαίδευσης των γονέων παιδιών με αναπηρία και του άγχους τα αποτελέσματα των ερευνών τείνουν προς μια κατεύθυνση. Χαρακτηριστικά, οι Freitas, Rocha και Haase (2014) υπογράμμισαν τη συναισθηματική υπερφόρτωση των μητέρων με ανώτερη εκπαίδευση, ενώ οι Da Costa Cunha, Pontes, & Da Costa Silva, (2017) ανέφεραν ότι οι γονείς με ελάχιστη συναισθηματική φόρτωση είχαν χαμηλή εκπαίδευση.

Σχετικά με την ποιότητα ζωής των γονέων παιδιών με αναπηρία βλέπουμε διαφοροποιήσεις ως προς το είδος της αναπηρίας που σημειώνεται στο παιδί τους. Πιο αναλυτικά, στην έρευνα των Pousada, Guillamón, Hernández-Encuentra, Muñoz, Redolar, Boixadós & GómezZúñiga (2013), φάνηκε ότι οι γονείς παιδιών με νοητική αναπηρία σημειώνουν μεγαλύτερο ποσοστό άγχους και κατάθλιψης καθώς και χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Basaran, Karadavut, Uneri, Balbaloglu & Atasoy (2013) και των Guillamón, Nieto, Pousada, Redolar, Muñoz, Hernández & Gómez-Zúñiga (2013).

Παράλληλα, σε μελέτες για την ποιότητα ζωής των γονέων παιδιού που ανήκει στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) φάνηκε πως είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής, περισσότερο άγχος, χαμηλότερο εισόδημα και έλλειψη στους τρόπους αντιμετώπισης σε σχέση με γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Lee, Lorata, Volker, Thomeer, Nida, Toomey & Smerbeck, 2009) και κακή ποιότητα ύπνου (Meltzer, 2008). Σχετικά με την ποιότητα ζωής γονέων παιδιών με Σύνδρομο Down φάνηκε πως το 84% των γονέων χαρακτήρισαν την ποιότητα ζωής τους ως καλή ενώ το 55% ανέφεραν ότι ήταν ικανοποιητική (Oliveira & Limongi, 2011).

Επιπροσθέτως, έρευνες σε ακούοντες γονείς παιδιών με ακουστική αναπηρία φαίνεται πως δεν επιτυγχάνεται με εύκολο τρόπο η αποδοχή της αναπηρίας του παιδιού τους (Κουρμπέτης, Χατζόπουλος, Σαββαλίδου & Ζωγράφου, 2007). Μάλιστα, η δυσκολία στο κομμάτι της επικοινωνίας φαίνεται να ωθεί τους γονείς στην υιοθέτηση ενός αυστηρού γονεϊκού τύπου και σημειώνεται το έντονο άγχος των ακουόντων μητέρων παιδιών με ακουστική αναπηρία το οποίο μάλιστα έχει και σημαντικές αρνητικές συνέπειες και στην ανάπτυξη του παιδιού (Hintermair, 2006).

Σχετικά με τους γονείς παιδιών με οπτική αναπηρία σημειώνεται πως τα πρώτα συναισθήματα που αισθάνονται μόλις πληροφορηθούν για την αναπηρία είναι ενοχή, θυμός, άρνηση και απόρριψη για το «κανονικό» παιδί που δεν έχουν. Ενώ, παράλληλα φαίνεται πως γίνονται περισσότερο υπερπροστατευτικοί γονείς σε σχέση με γονείς παιδιών με άλλες αναπηρίες (Κρουσταλάκης, 2003). Στη συνέχεια, στην κατηγορία των προβλημάτων συμπεριφοράς αξίζει να τονιστεί πως τους ερευνητές φαίνεται να απασχόλησε περισσότερο η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) καθώς οι έρευνες που σημειώνονται στο πεδίο αυτό είναι

πολυάριθμες. Πιο αναλυτικά, οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ φάνηκε να έχουν περισσότερο άγχος σε σύγκριση με τις μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Anastopoulos, Sommer & Schatz, 2009) και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα για τα επίπεδα του άγχους (Cheung & Theule, 2016). Γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ αναφέρουν πως η ζωή με ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι σαν σε ένα τρενάκι του λούνα παρκ (Gershby & Gray, 2020) και η σημαντικότερη δυσκολία έγκειται στο να κατανοήσουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους η οποία χαρακτηρίζεται από έντονες διακυμάνσεις (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Τέλος, αναδείχθηκε πως σε οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρατηρούνται εντονότερες διαπροσωπικές συγκρούσεις μεταξύ του ζευγαριού και ως εκ τούτου και περισσότερα διαζύγια (Kendall, Leo, Perrin & Hatton, 2005).

Στην προσπάθεια να φωτιστούν και να αναλυθούν τα προφίλ από όλα τα μέλη μιας οικογένειας παιδιού με αναπηρία κρίνεται αναγκαίο να διερευνηθεί πρωτίστως η μητέρα. Η οποία αρχικά εγκαταλείπει την δουλειά της, αν δουλεύει, για να αφοσιωθεί στη φροντίδα του παιδιού με αναπηρία και ως εκ τούτου αλλάζει σημαντικά η καθημερινότητά της καθώς είναι και το άτομο που τις περισσότερες, αν όχι όλες, τις φορές αναλαμβάνει και το μεγαλύτερο μέρος της ανατροφής του παιδιού με αναπηρία (Μαργαρίτη, 2004). Οι διάφορες έρευνες που μελετούν τις μητέρες παιδιών με αναπηρία καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι μητέρες που μεγαλώνουν παιδί/ά με αναπηρία και συγκεκριμένα στο φάσμα του αυτισμού σημειώνουν μεγαλύτερο στρες και ψυχική καταπόνηση (Holroyd & McArthur, 1976). Επίσης, φαίνεται να έχουν περισσότερη επικοινωνία με τον δάσκαλο ή τον θεραπευτή, τον κοινωνικό λειτουργό ή τον ψυχολόγο του παιδιού τους αλλά και με άλλους γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες (Αγγελόπουλος et al., 2020).

Παράλληλα, φάνηκε πως οι μητέρες παιδιών με νοητική αναπηρία έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση ως προς το ρόλο τους ως γονείς σε σχέση με τους πατέρες, λιγότερο άγχος και αντιμετωπίζουν μικρότερη δυσκολία στην διεκπεραίωση των αναγκών τους (Hudson, Matthews, Gavidia-Payne, Cameron, Mildon, Rudler & Nankerris, 2003). Τα αντίθετα αποτελέσματα παρουσιάζει η έρευνα των Hodapp, Fidler και Ricci (2003) σε σχέση με το άγχος, στην οποία οι πατέρες παρουσίαζαν λιγότερο άγχος σε σύγκριση με τις μητέρες. Ενώ σε έρευνες για τη ΔΕΠ-Υ φάνηκε πως οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν μία χρόνια ψυχική

ασθένεια ως αποτέλεσμα του άγχους που προκαλεί η διαταραχή του παιδιού τους (Lesesne, Visser & White, 2003).

Περνώντας, έτσι, στο δεύτερο και εξίσου σημαντικό πρόσωπο στη ζωή των παιδιών, στους πατέρες παιδιών με αναπηρία για τους οποίους κρίνεται αναγκαίο να επισημανθεί πως δεν έχουν αποτελέσει πηγή μελέτης για τους ερευνητές και οι όσες έρευνες υπάρχουν είναι λιγιστές. Πρώτα από όλα πρέπει να διασαφηνιστεί ότι η πατρική ενασχόληση επηρεάζεται από τις αντιλήψεις των αντρών σχετικά με τον πατρικό ρόλο και τη συζυγική ικανοποίηση. Πιο αναλυτικά, στην έρευνα των Αγγελόπουλο και συν. (2020) βρέθηκε ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία δυσκολεύονται για το πως μπορούν να μάθουν κάτι στα παιδιά τους ή για το πώς μπορούν να μιλήσουν ή να παίξουν μαζί τους και γενικά να αφιερώσουν χρόνο μεταξύ αυτών και των παιδιών τους. Επίσης, παρατηρούνται σημαντικά παραδείγματα ερευνών που τεκμηριώνουν τη θετική επίδραση των ομάδων αμοιβαίας υποστήριξης, οι οποίες φαίνεται να μειώνουν την θλίψη, ειδικά στους πατέρες παιδιών με αναπηρία και να βοηθούν στις παραπάνω δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Vadasy, Meyer, Fewell, & Greenberg 1985). Οι πατέρες, ωστόσο, θα αναλυθούν εκτενέστερα στη συνέχεια.

Σε αυτό το σημείο θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν γινόταν αναφορά στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία. Η αδελφική σχέση είναι αυτή που πιθανό να κρατήσει περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη σχέση κατά τη διάρκεια ζωής των ατόμων. Τις τελευταίες δεκαετίες η έρευνα έχει στραφεί στις αδελφικές σχέσεις και έχει συγκεκριμένα εστιάσει σε ζητήματα όπως σειρά γέννησης, ηλικία κ.ά. ενώ βασικό ερώτημα αποτέλεσε ο λόγος για τον οποίο μερικές δυάδες αδερφών εμφανίζονται να τα πηγαίνουν καλά μεταξύ τους ενώ άλλες όχι και να έχουν ταραγμένες και συγκρουσιακές σχέσεις. Τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία σε πολλές έρευνες χαρακτηρίζονται ως «προσωπικοί φρουροί» των ατόμων με αναπηρία, κατάσταση η οποία μερικές φορές φαίνεται να δημιουργεί δυσαρέσκεια στο παιδί με αναπηρία καθώς με αυτό μπορεί να θεωρεί ότι βρίσκεται σε μειονεκτική θέση. Από την άλλη, σημειώνεται και το γεγονός ότι σε πολλές οικογένειες παιδιών με αναπηρία τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά συχνά βιώνουν παραμέληση από τους γονείς, ο οποίος στρέφουν όλη την προσοχή τους στις αυξημένες ανάγκες του παιδιού με αναπηρία (Γενά, 2002). Φαίνεται, επίσης, ότι τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την κοινωνικοποίηση των παιδιών με αναπηρία. Ωστόσο,

σημειώνεται πως δεν πρέπει να αισθάνονται παραμέληση καθώς φαίνεται πως αποτελούν μια ομάδα πληθυσμού που μπορούν να παρουσιάσουν αυξημένο άγχος (Ching-Rong, Yun-Fang & Hsueh-Ling, 2008).

Στο ελληνικό επίπεδο η έρευνα τονίζει πως άλλα αδέρφια παιδιών με αναπηρία έχουν καλή προσαρμογή και ορισμένα όχι και η γνώση για την πορεία της προσαρμογής και την αιτιολογία των προβλημάτων βρίσκεται σε αρχικό στάδιο (Tsamparli, Tsibidaki & Roussos, 2011 όπ. αναφ. στο Τσιμπιδάκη, Τσιμπιδάκης & Πάνου, 2019). Ως ένα μείγμα αγάπης και μίσους, ανταγωνισμού και πίστης τείνει να χαρακτηρίζεται η σχέση αδελφών με αναπηρία (Contact a Family, 2001). Έρευνες έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν αυξημένα αισθήματα αλτρουισμού και ανοχής προς τους άλλους και από αυτό προκύπτει και η συχνή επιλογή τους σε επαγγέλματα που σχετίζονται με την εκπαίδευση και την παροχή υπηρεσιών (Τσιμπιδάκη et al., 2019).

Ανακεφαλαιώνοντας, σε γενικές γραμμές πληροφορίες σχετικές με το πως το είδος αναπηρίας του παιδιού επηρεάζει το άγχος των γονέων, δεν θα βοηθούσαν μόνο στον εντοπισμό των γονέων που κινδυνεύουν περισσότερο, αλλά και στον προσδιορισμό περισσότερων αποτελεσματικών παρεμβάσεων, στοχεύοντας, έτσι, τις μεταβλητές που σχετίζονται περισσότερο με το άγχος των γονέων (Timothy, Smith, Matthew, Oliver, Mark & Innocenti, 2001). Αν και η αναπηρία του παιδιού επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια, υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι οι μητέρες βιώνουν περισσότερο αρνητικό αντίκτυπο από τους πατέρες από την αναπηρία του παιδιού τους (Hastings & Brown, 2005· Oelofsen & Richardson, 2006· Gray, 2003).

«Και καθώς οι ανάγκες των γονέων ποικίλλουν σε συναισθηματικό και σε πρακτικό επίπεδο, γεννιέται η ανάγκη της συμβουλευτικής». (Καραβασίλη & Σκορδιαλός, 2008, σ. 358) Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να εξελίσσεται η συμβουλευτική γονέων και ιδιαίτερα παιδιών με αναπηρία και, μάλιστα, οφείλει να επισημανθεί πως αποτελεί ένα ξεχωριστό κομμάτι της συμβουλευτικής. Η συμβουλευτική αντιμετωπίζει τους γονείς ως σημαντικότερο κομμάτι της παρέμβασης με γνώσεις και δυνατότητες. Αυτή μάλιστα η αντιμετώπιση έρχεται σε αντίθεση με την αναχρονιστική αντίληψη, σύμφωνα με την οποία οι γονείς δέχονταν απλά οδηγίες από τους ειδικούς χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η δυναμική της οικογένειας (Κουρκούτας, 2010).

Οι νέες τάσεις της συμβουλευτικής φαίνεται να εστιάζουν στις κοινωνικές και όχι στις ατομικές δυσλειτουργίες. Με άλλα λόγια, καταδεικνύονται οι κοινωνικές δυσλειτουργίες, οι οποίες οφείλονται στις αρνητικές προκαταλήψεις, στα κενά του συστήματος της πρόνοιας, στις ελλείψεις εξειδικευμένης παροχής υπηρεσιών και συμβουλευτικής υποστήριξης τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς τους, στις ελλείψεις του εκπαιδευτικού συστήματος και στα κενά στις πρακτικές σχολικής και κοινωνικής ένταξης. Και συγκεκριμένα, η συμβουλευτική στους γονείς παιδιών με αναπηρία εστιάζει σε πολλά επίπεδα όπως στο ψυχοκοινωνικό, στο μαθησιακό, στο ψυχοκινητικό, στο ψυχολογικό- ψυχοθεραπευτικό και στο ιατρικό. Αυτό, μάλιστα, αποτελεί πρόκληση για τους ειδικούς καθώς τίθενται υπό διαπραγμάτευση συναισθηματικά και πρακτικά ζητήματα (Κουρκούτας, 2010).

3.1. Ο ρόλος του πατέρα στη διαμόρφωση του παιδιού

Η λέξη πατέρας φαίνεται πως προέρχεται από την λατινική λέξη «pater», η οποία σημαίνει ο «παραγωγός» ενός παιδιού. Για αρκετά χρόνια, μάλιστα, σε πολλά βιβλία αναφερόταν τέσσερις κλασσικές πατρικές λειτουργίες. Όπως προαναφέρθηκε ο πατέρας σκιαγραφούταν σαν παραγωγός του παιδιού, σαν διατροφέας, σαν προστάτης και σαν παιδαγωγός. Υπογραμμίζεται, μάλιστα, στα ίδια βιβλία και η ουσιαστική βοήθεια που προσφέρει στο παιδί, το οποίο όπως αναφέρεται όταν έρχεται στον κόσμο δεν είναι ούτε άνδρας ούτε γυναίκα και το πρόσωπο του πατέρα είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη διαμόρφωση και αποδοχή του ρόλου του φύλου (Κάνιτζ, 1980).

Από την μια μεριά, η έννοια του πατέρα αναφέρεται σε όλο το ζωικό βασίλειο ως ο «αρσενικός γεννήτορας» (Μπαμπινιώτης, 2002) και αποτελεί μια βιολογική κατασκευή. Αυτή η βιολογική κατασκευή απασχόλησε αρκετούς ερευνητές, οι οποίοι εστίασαν στο εάν οι βιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την πατρική συμπεριφορά και άρχισαν αυτό να το μελετούν σε ολόκληρο το ζωικό βασίλειο. Χαρακτηριστικά πορίσματα ερευνών δείχνουν πως στο σύνολο των σπονδυλωτών η πατρική εμπλοκή είναι εμφανής σε ποσοστό μικρότερο του 5%, ενώ αποκλειστική πατρική φροντίδα φαίνεται να παρουσιάζουν το ψάρι γαστερόστεος («Gasterosteus aculeatus») και ένα ενδημικό σκαθάρι της Βορείου Αμερικής («Lepomis mactochirus») (Gray, Parkin & Samms- Vaughan, 2007).

Από την άλλη μεριά, η πατρότητα είναι μια έννοια και ιστορική/ κοινωνική και όχι αποκλειστικά φυσική/ βιολογική, η οποία έχει υποστεί πολλές αλλαγές στο πέρασμα των χρόνων. «Βιολογικοί πατέρες υπήρχαν πάντα, αλλά η ίδια η πατρότητα είναι μια κοινωνική και πολιτισμική κατασκευή». (Gillis, 2000, σ. 227) Η ισχυρή θέληση των θηλυκών να φροντίζουν τα μικρά τους αποκαλείται από πολλούς «μητρικό ένστικτο», ενώ δεν υπάρχει αντίστοιχος όρος π.χ. «πατρικό ένστικτο» αν και κατά τον Lamb (1987) κατά το διάστημα μετά την γέννηση οι γονείς φέρουν τις ίδιες δεξιότητες για την ανατροφή του παιδιού τους (Psouni, Frisk & Brocki, 2021).

Η παραδοσιακή εικόνα του πατέρα σκιαγραφείται ως αμέτοχο στη φροντίδα του παιδιού, δηλαδή να μην ασχολείται με τις καθημερινές ανάγκες του παιδιού όπως τάισμα, μπάνιο, αλλαγμα πάνας κ.λπ. και να εναποθέτει το μέγλωμα του παιδιού στη σύζυγό του. «Κλεισμένοι στον ρόλο της ‘κολόνας του σπιτιού’, οι μυθικοί πατέρες αυτού του τύπου προμήθευαν ένα δυνατό από απόσταση πρότυπο στα παιδιά τους και ηθική και υλική στήριξη στις γυναίκες τους». (Parke, 1987, σ. 17)

Αναμφισβήτητο γεγονός αποτελεί πως η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί μια σημαντική μεταβατική περίοδο στη ζωή ενός άνδρα (Esdaile & Greenwood, 2003). Πιο αναλυτικά, κατά τη δεκαετία του 1970 άρχισε η συστηματική μελέτη στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ για τους πατέρες. Οι εργαζόμενες μητέρες εκτός σπιτιού, η αύξηση της ανδρικής ανεργίας, η εμφάνιση των διαζυγίων, η αύξηση της παιδική εγκληματικότητας είναι μόνο μερικές κοινωνικές αλλαγές, οι οποίες αποτέλεσαν σημαντικότερους παράγοντες που οδήγησαν στην ανάγκη για διερεύνηση των πατρικών αφηγήσεων για την οικογενειακή ζωή (Marsiglio, 1993). Ενότητα που φαίνεται να απασχόλησε ιδιαίτερα τους ερευνητές είναι η ενασχόληση του πατέρα με το παιδί, με την έννοια της φροντίδας και του παιχνιδιού μεταξύ τους. Σε λιγοστές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν ακριβώς αυτό το διάστημα, 1975-1981, φάνηκε ότι η πατρική ενασχόληση αυξήθηκε κατά 26% και κράτησε ανοδική πορεία με χαρακτηριστικά παραδείγματα το 1981 με 34% και το 1990 με 43,3% (Pleck & Masciadrelli, 2004).

Η εμπειρία της πατρότητας και οι πατρικές εκφάνσεις μεταβάλλονται στο πέρασμα του χρόνου (Pattnaik & Sriram, 2010) και στις μέρες μας έχουν αλλάξει ριζικά. Αυτή η μεταβολή έχει οδηγήσει, μάλιστα, και στον ισχυρισμό ότι πατέρας δεν είναι μόνο αυτός που συμμετέχει στη σύλληψη αλλά και αυτός που αναλαμβάνει την

ανατροφή του παιδιού (Richter, Chikovore & Makusha, 2010). Η εμφάνιση του νέου πατέρα φαίνεται να υιοθετεί μεν την οικονομική ευθύνη, στηρίζει δε έμπρακτα και συναισθηματικά την οικογένεια. Η νέα αυτή ομάδα ανδρών φαίνεται να εμπλέκεται ενεργά στην ανατροφή των παιδιών τους και να καταρρίπτει τον διπολισμό ανάμεσα στον πατρικό και μητρικό ρόλο (Bonsall, 2013).

Πιο αναλυτικά, η εικόνα του σύγχρονου πατέρα φαίνεται να έχει απαλλαγεί από τα απαρχαιωμένα στερεότυπα. Σήμερα ο πατέρας φαίνεται να είναι περισσότερο στοργικός, επικοινωνιακός και εκδηλωτικός με τα παιδιά του. Εμπλέκεται και στο συναισθηματικό κόσμο του παιδιού, η παρουσία και η εμπλοκή του γίνονται πιο αισθητές στις υποθέσεις του σπιτιού, συνεργάζεται με τη μητέρα και παίρνουν από κοινού τις αποφάσεις που σχετίζονται με την ανατροφή του παιδιού τους (Κυριαζοπούλου, 2011). Από έρευνες φαίνεται, ακόμη, πως η ενισχυμένη συμμετοχή των πατέρων στην ανατροφή των παιδιών συμβάλλει σημαντικά και στην μάθηση, στην καλύτερη απόδοση στο σχολείο, στην καλή αυτοεκτίμηση, στις υγιείς σχέσεις με τους συνομηλίκους, στην υψηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση και στην καλύτερη προσωπική ευτυχία (Saracho & Spodek, 2008).

Η σημαντικότητα της συμμετοχής του πατέρα σε όλα τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού είναι δεδομένη. Ο ρόλος του πατέρα ξεκινάει ήδη από την διάρκεια της εγκυμοσύνης της γυναίκας. Η συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη προς την μέλλουσα μητέρα είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για την ίδια όσο και για το έμβρυο (Κρητικού, 2009). Πολλοί άνδρες, μάλιστα, επιθυμούν να συμμετέχουν και στη διαδικασία της γέννας και η στάση που θα επιδείξουν τις πρώτες ώρες κατά τον ερχομό του μωρού στη ζωή (άλλαγμα πάνας, νανούρισμα, μάνιο κ.λπ.) φαίνεται πως θα συνεχιστεί και τους επόμενους μήνες. Αυτές οι πρώτες άμεσες συναναστροφές του πατέρα με το παιδί δίνουν ευκαιρίες να γνωρίσει ο ένας τον άλλο και να συντελέσουν σε μια θετική σχέση μεταξύ τους οι οποίες φαίνεται να διατηρούνται και κατά την διάρκεια της νηπιακής ηλικίας του παιδιού. Το παρουσιαστικό, η χροιά της φωνής, η μυρωδιά, το άγγιγμα του πατέρα γίνεται οικείο από το παιδί και μαθαίνει να το συσχετίζει με συναισθήματα παρηγοριάς και ασφάλειας (Παναγιωτίδου- Πράπα, 2006).

Κατά τον πρώτο χρόνο, η αλληλεπίδραση του πατέρα και του παιδιού μπορεί να επηρεάσει αρνητικά ή θετικά την προσωπικότητα του παιδιού. Ο πατέρας βοηθάει

στην ομαλή ανεξαρτητοποίηση του παιδιού από την μητέρα (Parke, 1987). Ενώ, αργότερα, κατά την νηπιακή ηλικία ο πατέρας συνδέει το παιδί με τον έξω κόσμο (σεξουαλικό πρότυπο για τα αγόρια και συνειδητοποίηση του φύλου για τα κορίτσια), στην παιδική ηλικία βοηθάει στην ηθική ανάπτυξη του παιδιού και στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του (Κρασανάκη, 1991). Τέλος, στην εφηβεία ο ρόλος τους πατέρα βοηθά την κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού ή αλλιώς την κοινωνικοποίησή του (Millar, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

4.1. Έρευνες σχετικά με το άγχος των πατέρων παιδιών με αναπηρία

Οι γονείς παιδιών με αναπηρία πέρα από το άγχος που βιώνει ένας γονέας για τον ρόλο του στην ανατροφή του παιδιού του, έχουν να διαχειριστούν ένα επιπρόσθετο άγχος το οποίο σχετίζεται με τις πιθανές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί εξαιτίας της αναπηρίας του. Το γονεϊκό άγχος που βιώνουν οι γονείς παιδιών με αναπηρία τεκμηριώνεται από πληθώρα ερευνών (π.χ. Özyazicioğlu & Buran, 2014· Hsiao, 2018 κ.ά). Ωστόσο, σε μια πιο σύγχρονη έρευνα των Demšar & Bakracevic (2021) επισημαίνονται και αντίθετα αποτελέσματα, δηλαδή γονείς παιδιών με αναπηρία να μην σημειώνουν πάντα αυξημένα επίπεδα γονεϊκού άγχους, σε σύγκριση με γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Με πιθανή εξήγηση την επιτυχή συμμετοχή των παιδιών με αναπηρία σε κάποιο εξειδικευμένο πρόγραμμα, θεραπείες κ.ά. Ωστόσο, σε αυτά τα συμπεράσματα δεν καταλήγουν περαιτέρω έρευνες.

Μιλώντας για το γονεϊκό άγχος, αξίζει να αναφερθεί ότι παρά την σημαντικότητα του πατρικού ρόλου στη διαδικασία της ανάπτυξης του παιδιού (Κρητικού, 2009) και ιδιαίτερα ενός παιδιού με αναπηρία (Seligman & Darling, 2007) δεν έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον για τους πατέρες. Το ίδιο φυσικά ισχύει και για τους πατέρες παιδιών με αναπηρία, καθώς όσες σχετικές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί, δεν έχουν εστιάσει σε αυτούς συγκεκριμένα. Και αυτό συμβαίνει λόγω της λανθασμένης αντίληψης της μη σημαντικότητας του ρόλου του πατέρα στην ανατροφή του παιδιού σε σχέση με αυτού της μητέρας (Magil-Evasns, Darrah, Pain, Adkins & Kratochvil, 2001). Για αυτόν ακριβώς τον λόγο θα γίνει μια προσπάθεια να διερευνηθεί το άγχος των πατέρων παιδιών με αναπηρία μέσα από τις όσες έρευνες υπάρχουν. Αναδεικνύονται, μάλιστα, τριών ειδών μελέτες για τους πατέρες παιδιών με αναπηρία. Το πρώτο είδος συγκρίνει τους πατέρες παιδιών με αναπηρία με τους πατέρες παιδιών δίχως αναπηρία, το δεύτερο είδος συγκρίνει τους πατέρες παιδιών με αναπηρία με τις μητέρες παιδιών με αναπηρία και το τρίτο είδος συγκρίνει τους πατέρες παιδιών με αναπηρία μεταξύ τους.

Πολύ γενικά, αξίζει να επισημανθεί ότι από το 19,5% των γονέων που σημειώνουν υψηλά επίπεδα γονεϊκού άγχους, το 8,3% αποτελεί τις μητέρες, το 8,6% τους πατέρες και το 2,6% και τους δυο γονείς. Αναδεικνύεται, λοιπόν, πως και οι

πατέρες υποφέρουν συχνά από γονεϊκό άγχος και οι παράγοντες που μπορούν να το επηρεάσουν φαίνεται να είναι η ηλικία, η εκπαίδευσή τους, τα χαμηλά εισοδήματα και η χαμηλή κοινωνική υπόσταση, ο αριθμός των παιδιών στην οικογένεια και η αναπηρία του παιδιού (Oddi, Murdock, Vadnais, Bridgett & Gartstein, 2013).

Εστιάζοντας πιο συγκεκριμένα στους πατέρες παιδιών με αναπηρία, αξίζει αρχικά να αναφερθεί ότι φαίνεται να βιώνουν μία συνεχή προσπάθεια προκλήσεων και ψυχολογικών πιέσεων (Τσιμπιδάκη, 2015). Η παραπάνω θέση επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των MacDonald, Hasting & Fitzsimons (2010), στην οποία τονίζεται, επίσης, πως τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού με αναπηρία αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα του πατρικού άγχους. Το ίδιο υπογραμμίζεται και σε μια πιο πρόσφατη έρευνα των Αγγελόπουλος και συν. (2020) όπου τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού με αναπηρία αναφέρονται ως τον επικρατέστερο παράγοντα άγχους των πατέρων παιδιών με αναπηρία.

Η μελέτη του άγχους των πατέρων παιδιών με αναπηρία αποτελεί κομβικό σημείο καθώς μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη λειτουργικότητα των παιδιών με αναπηρία και στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασής τους. Το πρώτο άγχος που δημιουργείται στους πατέρες παιδιών με αναπηρία είναι η ανάληψη του ρόλου όχι απλά ως ένας πατέρας, αλλά ως ένας πατέρας παιδιού με αναπηρία. Και στη συνέχεια, το πατρικό άγχος εκτείνεται και σχετίζεται έντονα με τα επίπεδα αναπηρίας του παιδιού, με τις απαιτήσεις για συνεχή φροντίδα, με τη συνεχή συνοδεία και επίβλεψη, τις ειδικές απαιτήσεις υγειονομικής περίθαλψης και τον λιγοστό ελεύθερο χρόνο για ξεκούραση και διασκέδαση (Dervishaliaj, 2013).

Αναδείχθηκε, μάλιστα, ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρίες βιώνουν μεγαλύτερο γονεϊκό άγχος στην καθημερινότητα, στα γεγονότα και στις αλλαγές της οικογενειακής ζωής σε σύγκριση με πατέρες παιδιών χωρίς αναπηρίες (Darling, Senatore & Strachan, 2011). Βέβαια, σε πολλές μελέτες τα αυξημένα επίπεδα άγχους στους πατέρες παιδιών με αναπηρία αιτιολογούνται στο μειωμένο χρόνο που περνούν μαζί λόγω της αναγκαιότητας της εργασίας του πατέρα για βιοποριστικούς λόγους. Επισημαίνεται, ωστόσο, ότι ως αποτέλεσμα των κοινωνικών αλλαγών και της εισόδου της μητέρας στην αγορά εργασίας, οι πατέρες φαίνεται σήμερα να παρέχουν περισσότερη φροντίδα στα παιδιά με αναπηρία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σήμερα το άγχος των πατέρων εστιάζει στην άμεση και μακροπρόθεσμη επιβίωση του παιδιού

τους και σχετίζεται και με τη θνησιμότητα των ίδιων (Marsh, Brown & McCann, 2020· Takataya, Yamazaki & Mizuno, 2016) .

Σε γενικές γραμμές αξίζει να επισημανθεί πως οι απόψεις σε διάφορες έρευνες δίστανται σχετικά με τον αν οι μητέρες ή οι πατέρες παιδιών με αναπηρία σημειώνουν τελικά μεγαλύτερα ποσοστά γονεϊκού άγχους. Χαρακτηριστικά επισημαίνεται πως τόσο οι μητέρες όσο και οι πατέρες παρουσιάζουν κοινά συμπτώματα άγχους με μικρή διαφορά σε υψηλότερες τιμές μεταξύ των μητέρων (Vilaseca, Ferrer, Olmos & Quantity, 2014). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα των Bujnowska, Rodriguez, Garcia, Areces & Marsh (2019), στην οποία φάνηκε ότι μητέρες παιδιών με αναπηρία σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από ότι οι πατέρες παιδιών με και χωρίς αναπηρία. Υψηλά επίπεδα γονεϊκού άγχους έχουν παρατηρηθεί γενικά σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ και σε αυτή τη περίπτωση οι πατέρες σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά άγχους σε σύγκριση με τις μητέρες παιδιών με αναπηρία, υψηλότερα, όμως, από τους πατέρες παιδιών δίχως αναπηρία (Olsson & Hwang, 2001).

Μάλιστα, σε μελέτες που εξετάζουν αποκλειστικά πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία τα αποτελέσματα είναι πιο ξεκάθαρα. Σε γενικές γραμμές σημειώνονται υψηλότερα επίπεδα γονεϊκού άγχους για πατέρες παιδιών που έχουν αναπηρία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, δηλαδή πατέρες παιδιών χωρίς αναπηρία (Cummings, 1976). Το ίδιο εύρημα ανέδειξε και η έρευνα των Towers & Swift (2006). Αντίθετα, ορισμένοι μελετητές έχουν αναφέρει ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ πατέρων παιδιών με και δίχως αναπηρία (Houser & Seligman, 1991) και ακόμη και πως πατέρες παιδιών με αναπηρία αναφέρουν ψυχική ευεξία και καθόλου γονεϊκό άγχος (Boyras & Sayger, 2011· Demšar & Bakracevic, 2021).

Οι πατέρες πάντως παιδιών με αναπηρία φαίνεται να σημειώνουν αυξημένα συμπτώματα άγχους και στρες, ενώ τονίζεται και η χαμηλή συμμετοχή τους σε δραστηριότητες, προσωπική χαλάρωση κ.λπ. (Bourke-Taylor, Cotter, Joyce, Reddihough & Brown, 2021). Οι συναισθηματικές αυτές πιέσεις φαίνεται να συνδέονται με την πεποίθησή τους ότι δεν εκπλήρωσαν αρκετά καλά τον αναμενόμενο ρόλο τους (Cameron & Cooper, 2020).

Πιο αναλυτικά, πατέρες παιδιών με ΔΑΦ φάνηκε να έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με πατέρες παιδιών δίχως ΔΑΦ (Picardi et al., 2018). Παρομοίως, και πατέρες παιδιών με Σύνδρομο Down σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από

τους πατέρες παιδιών χωρίς νοητική αναπηρία (MacDonald, Hastings, Fitzsimons, 2010).

Οι πατέρες κωφών παιδιών φαίνεται να βιώνουν λιγότερο άγχος από τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ ή παιδιών με νοητική αναπηρία, αλλά περισσότερο άγχος σε σύγκριση με τους πατέρες παιδιών χωρίς αναπηρία (Mavrogianni & Lampropoulou, 2018). Ωστόσο, πατέρες παιδιών με ΔΑΦ ανέφεραν ότι παρά τις όποιες προκλήσεις και δυσκολίες αντιμετώπισαν κατά την ανατροφή των παιδιών τους με ΔΑΦ συχνά βίωσαν και σημαντικά οφέλη (Rafferty, Tidman & Ekas, 2020).

4.2. Έρευνες σχετικά με την κατάθλιψη των πατέρων παιδιών με αναπηρία

Πρώτα από όλα, αξίζει να επισημανθεί πως σε μελέτες που εξετάζουν το γονεϊκό άγχος σχεδόν πάντα υπάρχει αναφορά και για την κατάθλιψη. Όλα όσα προαναφέρθηκαν για το γονεϊκό άγχος ισχύουν και για την κατάθλιψη, δηλαδή, ότι δεν έχει μελετηθεί αρκετά για πατέρες παιδιών με αναπηρία, ότι υπάρχουν τριών ειδών έρευνες οι οποίες συγκρίνουν πατέρες παιδιών με αναπηρία με τους πατέρες παιδιών δίχως αναπηρία, πατέρες παιδιών με αναπηρία με τις μητέρες παιδιών με αναπηρία και πατέρες παιδιών με αναπηρία μεταξύ τους ως προς τα επίπεδα κατάθλιψης.

Επισημαίνεται, ότι τα χαρακτηριστικά ενός καταθλιπτικού πατέρα είναι ο εκνευρισμός, η αδυναμία, οι διαταραχές ύπνου και όρεξης, τάσεις απομόνωσης, άγχος, ευσυγκινησία, κόπωση, ενοχές, δυσκολίες στη συγκέντρωση και στην μνήμη και φοβίες για την υγεία των παιδιών του. Ενώ, παράγοντες που συμβάλλουν στην διαιώνιση της κατάθλιψης φαίνεται να αποτελούν η ηλικία και η εκπαίδευση των πατέρων. Και σε αυτή τη περίπτωση υπογραμμίζεται πως τόσο οι μητέρες όσο και οι πατέρες παρουσιάζουν κοινά συμπτώματα κατάθλιψης (Vilaseca, Ferrer, Olmos & Quantity, 2014). Μάλιστα, στην έρευνα των Ang & Loh (2019) στα επίπεδα κατάθλιψης δεν εμφανίστηκε σημαντική διαφορά μεταξύ μητέρων και πατέρων. Στους πατέρες, βέβαια, το άγχος αναδείχθηκε ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την κατάθλιψη, μετά το μορφωτικό επίπεδο, τα σύμπτωμα του αυτισμού και τη σοβαρότητα και τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού με αυτισμό.

Στην έρευνα των Bitsika & Sharpley (2021), επίσης για γονείς παιδιών με ΔΑΦ, φάνηκε ότι σχεδόν το 10% έπασχε από μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη και τα

αποτελέσματα ταιριάζουν με προηγούμενη μελέτη για την κατάθλιψη που βιώνουν γονείς αυτιστικών παιδιών (Cohrs & Leslie, 2017). Πιο συγκεκριμένα, σε μερικές έρευνες φαίνεται ότι πατέρες παιδιών με αναπηρία παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τις μητέρες και τους πατέρες παιδιών δίχως αναπηρία (Scherer, Verhey & Kuper, 2019). Ενώ σε άλλες έρευνες αποτυπώνεται με μικρή διαφορά πως οι μητέρες παιδιών με αναπηρία σημειώνουν υψηλότερες τιμές μεταξύ των πατέρων παιδιών με αναπηρία αλλά και των μητέρων παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Vilaseca, Ferrer, Olmos & Quantity, 2014).

Επιπροσθέτως, σε άλλη έρευνα που διερευνά την ψυχολογική ευημερία φάνηκε ότι οι πατέρες εφήβων και νεαρών ενηλίκων με αυτισμό παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τους πατέρες των εφήβων και νεαρών ενηλίκων δίχως αυτισμό (Hartley, Seltzer, Head & Abbeduto, 2012). Ενώ, παρόμοια σημειώνεται πως η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε πατέρες παιδιών με αυτισμό αυξάνεται περαιτέρω με την ηλικία του παιδιού και εάν μια οικογένεια έχει περισσότερα από ένα παιδί με αυτισμό (Cohrs & Leslie, 2017).

Παράλληλα, οι Giallo, Seymour, Matthews, Gavidia-Payne, Hudson, Cameron, Risk (2015) υπογράμμισαν σημαντική διαφορά στα επίπεδα κατάθλιψης των πατέρων παιδιών με νοητική αναπηρία συγκρίνοντάς τους με πατέρες παιδιών δίχως αναπηρία. Όπως και πατέρες παιδιών με Σύνδρομο Down σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τους πατέρες παιδιών χωρίς νοητική αναπηρία (MacDonald, Hastings, Fitzsimons, 2010).

Σε ακόμη μια έρευνα φάνηκε ότι οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης από τις μητέρες, εξακολουθούσε όμως να είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τους πατέρες χωρίς παιδί με ΔΑΦ (Cohrs, Austin, Leslie & Douglas, 2017). Επιβεβαιώνεται η μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία σε πατέρες παιδιών με ΔΑΦ έναντι πατέρων παιδιών δίχως ΔΑΦ και στην έρευνα των Seymour, Giallo & Wood, (2019). Παρομοίως καταγράφηκαν ξανά αναφορές με υψηλότερες τιμές κατάθλιψης σε πατέρες παιδιών με ΔΑΦ σε σύγκριση με πατέρες παιδιών δίχως ΔΑΦ (Picardi, Gigantesco, Tarolla, Stoppioni, Cerbo, Cremonte, Guido, Ilaria & Franco, 2018).

Αποτελέσματα από μια άλλη έρευνα έδειξαν ότι η εκπαίδευση του πατέρα και η εμπλοκή του στην φροντίδα του παιδιού με ΔΑΦ μπορεί να ωφελήσει όλα τα μέλη

της οικογένειας ως προς την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και τονίστηκε η ανάγκη υποστήριξης και ενθάρρυνσης των πατέρων παιδιών με αναπηρία από σχετικές υπηρεσίες (Laxman, McBride, Jeans, Dyer et al., 2015). Κυρίως, οι έρευνες για την κατάθλιψη πατέρων παιδιών με αναπηρία περιορίζονται και εδώ στη νοητική αναπηρία και στη ΔΑΦ. Ωστόσο, μια έρευνα που εξέταζε τα επίπεδα κατάθλιψης γονέων παιδιών με ακουστική αναπηρία υπογραμμίζει πως η κατάθλιψη είναι συχνή για τους ακούοντες γονείς παιδιών με απώλεια ακοής. Τα στοιχεία, μάλιστα, ανέδειξαν ότι οι μητέρες είναι πιο πιθανό από τους πατέρες να βιώσουν κατάθλιψη για τα προβλήματα ακοής του παιδιού τους (Prakash, Ravichandran, Susan & Winnie, 2013).

Τέλος, η πρόσφατη έρευνα των Miniarikova, Vernhet Peries, Loubersac και συν. (2021) η οποία εξέτασε τα επίπεδα κατάθλιψης των γονέων παιδιών με αυτισμό κατά τη διάρκεια του πρώτου εγκλεισμού ως μέτρου αποφυγής εξάπλωσης της πανδημίας COVID- 19 ανέδειξε πως τα επίπεδα κατάθλιψης και για τους δύο γονείς ήταν χαμηλότερα κατά τη διάρκεια του lockdown σε σύγκριση με την περίοδο πριν από την πανδημία. Ωστόσο, πιο έντονα συμπτώματα κατάθλιψης σημειώθηκαν για τις μητέρες παρά για τους πατέρες παιδιών με αυτισμό κατά τη διάρκεια του lockdown.

4.3. Έρευνες σχετικά με τη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων παιδιών με αναπηρία

Για μια καλή συζυγική σχέση είναι απαραίτητο και οι δύο σύζυγοι να φέρουν καλή πνευματική- συναισθηματική και σωματική υγεία (Carr & Spinger, 2010). Αξίζει μάλιστα να επισημανθεί πως ακόμη και στις καλές συζυγικές σχέσεις φαίνεται να περιέχονται ανάμεικτα συναισθήματα όπως ευτυχία, ικανοποίηση, πληρότητα αλλά και καταστάσεις συγκρούσεων, καυγάδων, διαφωνιών κ.ά. (Lucas, 2016). Μάλιστα, η συζυγική ικανοποίηση φαίνεται να επηρεάζεται μεταξύ άλλων κυρίως και από δημογραφικούς παράγοντες και παράγοντες αλληλεπίδρασης του ζευγαριού (Jackson, Miller, Oka, & Henry, 2014· Carroll, Hill, Yorgason, Larson, & Sandberg, 2013 όπ. αναφ. στο Λαδά, 2019).

Ακόμη, κομβικό σημείο αποτελεί η γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία καθώς μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη σχέση των συζύγων του παιδιού με αναπηρία (Κυπριωτάκη & Φραγγογιάννη, 2010). Μάλιστα, η συζυγική ικανοποίηση βρέθηκε να είναι ο παράγοντας που επηρεάζει περισσότερο από όλα τη συμμετοχή των πατέρων

στην ανατροφή των παιδιών τους με αναπηρία (Mavrogianni & Lampropoulou, 2018). Σε γενικές γραμμές μέσα από τις μελέτες φαίνεται πως οι πατέρες παιδιών με αναπηρία αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή τους σε σύγκριση με τους πατέρες παιδιών χωρίς αναπηρία (Langley, Totsika & Hastings, 2019).

Καθώς στο πεδίο της οικογενειακής ζωής, οι έρευνες φαίνεται να εστιάζουν και στην ποιότητα της συζυγικής ικανοποίησης των γονέων παιδιών με αναπηρία, για ακόμη μια φορά είναι αξιοσημείωτο πως οι πατέρες παιδιών με αναπηρία δεν έχουν μελετηθεί ιδιαίτερος, καθώς κυρίως οι μητέρες αποτελούν πόλο έλξης των ερευνητών. Το βασικό ερευνητικό ερώτημα φαίνεται να είναι ακριβώς αν η αναπηρία ενός παιδιού μπορεί να έχει επιπτώσεις στη συζυγική ικανοποίηση των γονέων του. Αξίζει, μάλιστα, να επισημανθεί πως χαρακτηριστικά οι μητέρες παιδιών με νοητική αναπηρία φαίνεται να αναφέρουν χαμηλότερη ικανοποίηση από τον σύντροφό τους σε σύγκριση με όλους τους άλλους γονείς τυπικός ή μη αναπτυσσόμενων παιδιών (Norlin & Broberg, 2013).

Συγκεκριμένα για τη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων παιδιών με αναπηρία στη βιβλιογραφία υπάρχει κενό και στις λιγιστές έρευνες αναδεικνύεται ότι τα αποτελέσματα είναι ποικίλα και μερικές φορές και αντικρουόμενα. Αναλυτικότερα, η βιβλιογραφία αναδεικνύει πως στις οικογένεια που υπάρχει ένα παιδί με ΔΑΦ παρατηρούνται χαμηλότερα επίπεδα ευτυχίας στον γάμο σε σχέση με τις οικογένειες που δεν έχουν παιδί με ΔΑΦ (Συριοπούλου- Δελλή, 2020). Ακόμη, οι πατέρες κωφών παιδιών φαίνεται να είναι πιο ικανοποιημένοι από το γάμο τους από τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ και νοητική αναπηρία, ενώ οι πατέρες κωφών παιδιών δεν διαφέρουν από τους πατέρες παιδιών χωρίς αναπηρία ως προς τη συζυγική τους ικανοποίηση. Αναδεικνύεται, ασφαλώς, ότι το είδος της αναπηρίας του παιδιού μπορεί να συμβάλει στον βαθμό της συζυγικής ικανοποίησης (Mavrogianni & Lampropoulou, 2018).

Το 17% των πατέρων παιδιών με ΔΑΦ (έναντι του 15% των μητέρων) αναφέρουν κακές συζυγικές σχέσεις (Harper, Dyches, Harper, Roper & South, 2013). Χαρακτηριστικό είναι και η αρνητική σεξουαλική αλληλεπίδραση που παρατηρείται μεταξύ των συζύγων που έχουν παιδί με αναπηρία (Φραγγογιάννη, 2016). Κοινωνικο-οικονομικοί και συναισθηματικοί φαίνονται να είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτή τη σχέση και επισημαίνεται, μάλιστα, το αυξημένο ενδεχόμενο να οδηγηθούν σε διαζύγιο (Giulio, Philipon & Jaschinski, 2014). Η συζυγική ικανοποίηση των πατέρων δεν φαίνεται να σχετίζεται με παράγοντες που αφορούν την αναπηρία του παιδιού, τα

προβλήματα συμπεριφοράς ή τις δυνατότητές του (Kersh, Hedvat, Hauser- Cram & Warfield, 2006).

Αντίθετα, υπάρχουν αναφορές για οικογένειες παιδιών με αναπηρία, στις οποίες οι σύζυγοι αναφέρουν θετικές επιπτώσεις από τον ερχομό ενός παιδιού με αναπηρία στην οικογένειά τους. Δηλαδή, υπογραμμίζουν αυξημένο αίσθημα δύναμης και εμπιστοσύνης τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τον σύντροφό τους, περισσότερη εκτίμηση και ευχαρίστηση από τη ζωή και ισχυρότερη ικανοποίηση για οποιοδήποτε επίτευγμα του παιδιού τους (Beighton & Wills, 2017). Παρόμοια αποτελέσματα φάνηκαν και από την έρευνα των Altieri & Von Kluge (2009) σε γονείς παιδιών με αυτισμό οι οποίοι επίσης περιέγραψαν μια κατάσταση επιτυχίας στις νέες και πρωτόγνωρες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν από τον ερχομό ενός παιδιού με αναπηρία. Τέλος, δεν έχουν σημειωθεί περαιτέρω έρευνες σχετικές με τη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων παιδιών με αναπηρία.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Περιγραφή κεφαλαίου

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο αποτελεί το ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας. Πιο αναλυτικά, αναφέρεται ο σκοπός της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα. Παράλληλα, αναλύονται τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και ακολουθεί η περιγραφή του τρόπου με τον οποίο συλλέχθηκαν τα δεδομένα. Στην συνέχεια, πραγματοποιείται η περιγραφή των χαρακτηριστικών των πατέρων που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας. Τέλος, αναλύεται ο τρόπος με τον οποίο έγινε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων και στη συνέχεια παρατίθενται και εξηγούνται τα αποτελέσματα της έρευνας.

5.2. Σκοπός της έρευνας- Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του γονεϊκού άγχους, της κατάθλιψης και της συζυγικής ικανοποίησης πατέρων παιδιών με και δίχως αναπηρία. Πιο αναλυτικά, πραγματοποιήθηκε σύγκριση των πατέρων παιδιών με αναπηρία (πειραματική ομάδα) και των πατέρων τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (ομάδα ελέγχου) ως προς τις προαναφερθείσες ερευνητικές μεταβλητές.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην έρευνα ήταν τα εξής:

1. Εντοπίζονται ψυχωτικές διαταραχές στις δύο ομάδες (πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία);
2. Διαφοροποιούνται οι δύο ομάδες (πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία) ως προς το γονεϊκό άγχος;
3. Διαφοροποιούνται οι δύο ομάδες (πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία) ως προς τη κατάθλιψη;
4. Διαφοροποιούνται οι δύο ομάδες (πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία) ως προς τη συζυγική ικανοποίηση;
5. Επηρεάζει το γονεϊκό άγχος τη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων παιδιών με και δίχως αναπηρία;

6. Επηρεάζει η κατάθλιψη τη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων παιδιών με και δίχως αναπηρία;
7. Υπάρχει συσχέτιση του γονεϊκού άγχους και της κατάθλιψης στους πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία;
8. Επιδρούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στις μεταβλητές του γονεϊκού άγχους, της συζυγικής ικανοποίησης και της κατάθλιψης στη πειραματική ομάδα;

5.3. Εργαλεία της έρευνας

Στην παρούσα εργασία ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο, στο οποίο συμπεριλήφθηκαν πέντε επιμέρους κλίμακες.

❖ Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Πρώτα από όλα, το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων αποτελούνταν από 18 ερωτήσεις, οι οποίες κατέγραφαν τα ατομικά χαρακτηριστικά και συνήθειες των πατέρων που αποτελούσαν το δείγμα της έρευνας. Οι ερωτήσεις σχετιζόνταν με την ηλικία των πατέρων, την περιοχή διαβίωσής τους, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την εργασιακή κατάσταση, το μηνιαίο καθαρό εισόδημα κ.ά. Ενώ, μόνο οι πατέρες παιδιών με αναπηρία κλήθηκαν να απαντήσουν σε επιπλέον 2 ερωτήσεις σχετικές με την αναπηρία του παιδιού τους, όπως το είδος της αναπηρίας και το χρονικό σημείο που έγινε η διάγνωση.

❖ Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας Ε.Γ.Υ. – 28

Πρόκειται για την ελληνική έκδοση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας- Ε.Γ.Υ.- 28 των Garyfallos, Karastergiou, Adamopoulou, Moutzoukis, Alagiozidou, Mala & Garyfallos (1991), το οποίο είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα αυτοχορηγούμενα ψυχολογικά τεστ και στοχεύει στην ανίχνευση ψυχωτικών διαταραχών. Αποτελείται από την υποκλίμακα των σωματικών συμπτωμάτων, την υποκλίμακα του άγχους και της αϋπνίας, την υποκλίμακα της κοινωνικής δυσλειτουργίας και αυτή της σοβαρής κατάθλιψης.

Η κάθε ερώτηση απαντάται σε μια κλίμακα τεσσάρων απαντήσεων, δύο θετικών (π.χ. καλύτερα από ότι συνήθως, το ίδιο όπως συνήθως) και δύο αρνητικών (π.χ. χειρότερα από ότι συνήθως, πολύ χειρότερα). Οι δύο πρώτες θετικές βαθμολογούνται με 0 και οι άλλες δύο αρνητικές βαθμολογούνται με 1 και βγαίνει αθροιστικά η βαθμολογία (μπορεί και ξεχωριστά για σωματικά ενοχλήματα, άγχος, κοινωνική δυσλειτουργικότητα και κατάθλιψη). Για συνολική βαθμολογία μικρότερη ή ίση του συνόλου 4 υποδηλώνεται ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα ενώ για συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 5 υποδηλώνει ότι υπάρχει ψυχικό πρόβλημα (case). Αν η συνολική βαθμολογία υπερβαίνει κατά πολύ την τιμή αυτή αυξάνεται η πιθανότητα ψυχιατρικής διαταραχής.

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας- E.G.Y.-28 έχει χορηγηθεί τόσο σε ψυχικά άρρωστο πληθυσμό όσο και σε υγιείς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Για την παρούσα μελέτη, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου είναι $\alpha = 0,910$. Επομένως, η εσωτερική συνέπεια του εργαλείου είναι αποδεκτή.

❖ Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του γονεϊκού άγχους (PSI-SF: Parenting Stress Index- Short Form)

Για την μέτρηση του γονεϊκού άγχους χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Parenting Stress Index όπως αναφέρεται στη Λεζέ (2013), το οποίο αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς μεταφρασμένο και σταθμισμένο στον ελληνικό πληθυσμό. Στην πραγματικότητα μελέτα τις δυσκολίες που προκύπτουν στη σχέση του παιδιού και του γονέα. Προσεγγίζει το γονεϊκό άγχος ως αποτέλεσμα των χαρακτηριστικών παιδιού, γονέα και καταστάσεων που εμπλέκονται σε αυτή τη σχέση.

Αποτελείται από 36 ερωτήσεις σε μορφή δηλώσεων και ο γονέας μπορεί να επιλέξει μεταξύ μίας 5βαθμης κλίμακας Likert από Διαφωνώ απόλυτα (1) έως Συμφωνώ απόλυτα (5). Οι υψηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν και μεγαλύτερο γονεϊκό άγχος. Οι απαντήσεις αθροίζονται από καθορισμένες ομάδες ερωτήσεων, όπως θα φανεί και στη συνέχεια, και αξιολογούνται οι 5 υποκατηγορίες άγχους των γονέων. Οι πέντε υποκατηγορίες γονεϊκού άγχους είναι οι εξής:

A. Βαθμολογία Αμυντικής απάντησης (Defensive Responding Score- DR): (άθροισμα των ερωτήσεων 1, 2, 3, 7, 8, 9, 11) εκτιμά κατά πόσο οι γονείς προσπαθούν να προβάλουν την πιο επιθυμητή εικόνα για τον εαυτό τους και έτσι ελαττώνουν

στοιχεία που δείχνουν κάποιο άγχος ή προβλήματα στη σχέση με το παιδί τους. Υποδεικνύει, δηλαδή, πιθανή προκατάληψη και η βαθμολογία κυμαίνεται από 12 μέχρι 60.

B. Βαθμολογία Φόρτισης Γονέα (Parental Distress Score- PD): (ερωτήσεις 1-12) η οποία προσδιορίζει το άγχος που προκύπτει στο γονέα από το γονεϊκό του ρόλο, συναρτήσει άλλων προσωπικών αγχωδών καταστάσεων και έχει βαθμολογία αποτυχίας το 36.

Γ. Βαθμολογία Δυσλειτουργικής Αλληλεπίδρασης Γονέα- Παιδιού (Parent – Child Dysfunctional Interaction Score- RCDI): (ερωτήσεις 13-24), αναδεικνύει πόσο κατάλληλα εγκατεστημένη είναι η σχέση γονέα- παιδιού, επικεντρώνεται στην αντίληψη του παιδιού για το αν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των γονέων και έχει βαθμολογία αποτυχίας το 27.

Δ. Βαθμολογία Δύσκολου Παιδιού- Difficult Child Score (DC): (ερωτήσεις 25-36), η οποία επικεντρώνεται σε ορισμένα βασικά στοιχεία συμπεριφοράς του παιδιού που μπορεί να δυσκολέψουν τον γονέα στο χειρισμό του παιδιού και έχει βαθμολογία αποτυχίας το 36.

E. Βαθμολογία Συνολικού Άγχους (Total Stress Score- PSI): (άθροισμα του PD, RCDI και του DC, αλλά όχι του DR), όπου αποδίδεται το επίπεδο του γονεϊκού άγχους, συνολικά και η βαθμολογία κυμαίνεται από 36 μέχρι 180 (Esposito, Marotta, Roccella, Gallai, Parisi, Lavano & Carotenuto, 2014).

Για την παρούσα μελέτη, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου είναι $\alpha = 0,954$. Επομένως, η εσωτερική συνέπεια του εργαλείου είναι αποδεκτή.

❖ Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της συζυγικής ικανοποίησης (MSI-R: Marital Satisfaction Inventory-Revised)

Πρόκειται για ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από τους Whisman, Snyder & Beach (2009) και αξιολογεί την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την σχέση τους με τον/την σύζυγο. Αποτελείται από 10 δηλώσεις με διχοτομημένες απαντήσεις (Ναι- Όχι). Η απάντηση πολλών ερωτήσεων με Ναι δείχνει υψηλό βαθμό συζυγικής ικανοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, η απάντηση με Ναι σε περισσότερες από 4 ερωτήσεις φανερώνει την ύπαρξη καλής σχέσης με τον/την σύζυγο.

Για την παρούσα μελέτη, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου είναι $\alpha = 0,781$. Επομένως, η εσωτερική συνέπεια του εργαλείου είναι αποδεκτή.

❖ **Ερωτηματολόγιο του Beck για την κατάθλιψη (BDI: Beck's Depression Inventory)**

Το ερωτηματολόγιο του Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του βαθμού κατάθλιψης των συμμετεχόντων. Αποτελείται από 21 δηλώσεις που σχετίζονται με τη διάθεση, την απαισιοδοξία, την αίσθηση αποτυχίας, το συναίσθημα του ανικανοποίητου, την ενοχή, την τιμωρία, τις αυτοκτονικές ιδέες, το κλάμα, την αναποφασιστικότητα, την αλλαγή της εικόνας του σώματος, τη δυσκολία εργασίας, την αυπνία την κόπωση και την απώλεια της λίμπιντο.

Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο βρίσκονται σε 4βαθμη κλίμακα π.χ. 1. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι, 2. Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρηθώ, 3. Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ και 4. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι. Το σκορ στο ερωτηματολόγιο δείχνει τον βαθμό κατάθλιψης του ατόμου και τα τυποποιημένα όρια κατηγοριοποίησης του σκορ είναι από 1-10: φυσιολογικές μεταβολές της διάθεσης, από 11- 16: ελαφριά διαταραχή της διάθεσης, από 17- 20: οριακά κλινική κατάθλιψη, από 21- 30: ήπια μορφή κατάθλιψης, από 31- 40: σοβαρή μορφή κατάθλιψης και από 41 και άνω: ακραία μορφή κατάθλιψης.

Για την παρούσα μελέτη, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου είναι $\alpha = 0,894$. Επομένως, η εσωτερική συνέπεια του εργαλείου είναι αποδεκτή.

5.4. Συλλογή Δεδομένων

Η διανομή του ερωτηματολογίου ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2021 και ολοκληρώθηκε τον Δεκέμβριο του ίδιου χρόνου. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία σε όλη την Ελλάδα. Ο καθορισμός του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας, καθώς και με τη δειγματοληψία χιονοστιβάδας, όπου ορισμένοι πατέρες υπέδειξαν άλλους πατέρες για να συμμετέχουν στην έρευνα. Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε κυρίως μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε Ειδικά και Γενικά Σχολεία (Νηπιαγωγεία,

Δημοτικά, Γυμνάσια και ΕΕΕΚ), προωθήθηκαν στις οικογένειες των παιδιών και συμπληρώθηκαν από τους πατέρες, σε ειδικά θεραπευτήρια ειδικής αγωγής, σε συλλόγους και ομάδες σχετικές με την αναπηρία, σε ΚΔΑΠμεΑ κ.ά. Αξίζει να επισημανθεί πως σε πρώτη φάση γινόταν μια επικοινωνία με τους διευθυντές και τους υπεύθυνους των ομάδων και ενημερώνονταν για τους σκοπούς της έρευνας ενώ υπήρξαν και περιπτώσεις στις οποίες γινόταν τηλεφωνική επικοινωνία και με τους πατέρες. Η επικοινωνία γινόταν τηλεφωνικά ή και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) ή και viber. Λόγω της πανδημίας του νέου κορωνοϊού COVID-19 η διά ζώσης διανομή των ερωτηματολογίων ήταν αρκετά περιορισμένη. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιήθηκε η εφαρμογή Google Forms. Σε κάθε περίπτωση υπήρξε διαβεβαίωση για την εμπιστευτικότητα των στοιχείων των συμμετεχόντων και για την ανωνυμία στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

5.5. Περιγραφή του Δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 235 πατέρες, 118 πατέρες παιδιών με αναπηρία (πειραματική ομάδα) και 117 πατέρες τυπικός αναπτυσσόμενων παιδιών (ομάδα ελέγχου). Παρακάτω αναλύονται τα χαρακτηριστικά των πατέρων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Σχετικά με την ηλικία των πατέρων, συνολικά 4 πατέρες (1,7%) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 20-30 ετών και πιο αναλυτικά οι 2 (1,7%) πατέρες από αυτούς ήταν από την πειραματική ομάδα και οι άλλοι 2 πατέρες (1,7%) από την ομάδα ελέγχου. Για την ηλικιακή ομάδα 31-40 οι πατέρες ήταν 49 (20,9%) από τους οποίους οι 18 (15,3%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 31 (26,5%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 86 (36,6%) πατέρες ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 41-50 ετών και από τους οποίους οι 46 (39,0%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 40 (34,2%) στην ομάδα ελέγχου. 75 (31,9%) πατέρες σημειώθηκαν στην ηλικιακή κατηγορία 51-60 ετών εκ των οποίων οι 39 (33,1%) ήταν στην πειραματική ομάδα και οι 36 (30,8%) στην ομάδα ελέγχου. Σχετικά με την ηλικιακή κατηγορία των 61 και άνω ετών ανήκαν 21 (8,9%) πατέρες, από αυτούς οι 13 (11,0%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 8 (6,8%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 1: Ηλικία πατέρων

Ηλικία πατέρα	Ομάδα πατέρα					
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
20-30 ετών	2	1,7%	2	1,7%	4	1,7%
31-40 ετών	18	15,3%	31	15,3%	49	20,9%
41-50 ετών	46	39,0%	40	39,0%	86	36,6%
51-60 ετών	39	33,1%	36	33,1%	75	31,9%
61 και άνω ετών	13	11,0%	8	11,0%	21	8,9%

Σχετικά με την περιοχή διαβίωσης των πατέρων οι 20 (8,5%) διέμεναν σε περιοχή 50-1.000 ατόμων και πιο συγκεκριμένα οι 9 (7,7%) από αυτούς ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 11 (9,3%) στην πειραματική ομάδα. Σε περιοχή 1.001- 3.000 ατόμων διέμεναν 15 (6,4%) πατέρες εκ των οποίων οι 11 (9,4%) ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 4 (3,4%) στην πειραματική ομάδα. Σε περιοχή 3.001- 10.000 ατόμων διέμεναν 33 (14,0%) πατέρες οι 16 (13,7%) από αυτούς ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 17 (14,4%) στην πειραματική ομάδα. Σε περιοχή 10.001- 20.000 ατόμων διέμεναν 17 (7,2%) πατέρες εκ των οποίων οι 9 (7,7%) ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 8 (6,8%) στην πειραματική ομάδα. Τέλος, οι 150 (63,8%) πατέρες διέμεναν σε περιοχή 20.001 και άνω ατόμων. Από αυτούς που αποτέλεσαν και το μεγαλύτερο ποσοστό οι 72 (61,5%) ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 78 (66,1%) στην πειραματική ομάδα.

Πίνακας 2: Περιοχή διαβίωσης πατέρων

Περιοχή διαβίωσης	Ομάδα πατέρα				Σύνολο:	
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου			
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
50-1.000 ατόμων	11	9,3%	9	7,7%	20	8,5%
1.001-3.000 ατόμων	4	3,4%	11	9,4%	15	6,4%
3.001-10.000 ατόμων	17	14,4%	16	13,7%	33	14,0%
10.001-20.000 ατόμων	8	6,8%	9	7,7%	17	7,2%
20.001 και άνω ατόμων	78	66,1%	72	61,5%	150	63,8%

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των πατέρων οι 211 (89,8%) δήλωσαν πως είναι έγγαμοι. Από αυτούς οι 109 (93,2%) ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 102 (86,4%) στην πειραματική ομάδα. Μόλις 3 (1,3%) πατέρες δήλωσαν άγαμοι, δηλαδή 1 (0,9%) από την ομάδα ελέγχου και 2 (1,7%) από την πειραματική ομάδα και 18 (7,7%)

διαζευγμένοι. Από τους διαζευγμένους οι 7 (6%) ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 11 (9,3%) στην πειραματική ομάδα. Τέλος, μόνο 3 (1,3%) πατέρες ήταν χήροι και όλοι ανήκαν στην πειραματική ομάδα (2,5%) και κανένας 0 (0%) δεν ήταν χήρος από την ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση πατέρων

Οικογενειακή κατάσταση	Ομάδα πατέρα					
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγγαμος	102	86,4%	109	93,2%	211	89,8%
Αγαμος	2	1,7%	1	0,9%	3	1,3%
Διαζευγμένος	11	9,3%	7	6%	18	7,7%
Χήρος	3	2,5%	0	0%	3	1,3%

Σχετικά με την εκπαίδευση των πατέρων αξίζει να σημειωθεί ότι οι 11 (4,7%) δήλωσαν πως έχουν Απολυτήριο Δημοτικού. Και οι 11 (9,3%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα. Απολυτήριο γυμνασίου δήλωσαν πως κατέχουν 11 (4,7%) πατέρες από τους οποίους οι 2 (1,7%) ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 9 (7,6%) στην πειραματική ομάδα. Οι 81 (34,5%) πατέρες δήλωσαν πως κατέχουν Απολυτήριο Λυκείου ή Μεταλυκειακής εκπαίδευσης και οι 33 (28,2%) ανήκαν στην ομάδα ελέγχου ενώ οι 48 (40,7%) στην πειραματική ομάδα. Απολυτήριο ΑΕΙ/ΤΕΙ δήλωσαν πως έχουν 75 (24,3%) πατέρες εκ των οποίων οι 43 (36,8%) ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 32 (27,1%) στην πειραματική ομάδα. Τέλος, οι 57 (24,3%) δήλωσαν πως κατείχαν Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό δίπλωμα. Από αυτούς οι 39 (33,3%) ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 18 (15,4%) στην πειραματική ομάδα.

Πίνακας 4: Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρων

Εκπαίδευση πατέρα	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Γενικά:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Π/Σ
Απολυτήριο Δημοτικού	11	9,3%	0	0%	11 (4,7%)
Απολυτήριο Γυμνασίου	9	7,6%	2	1,7%	11 (4,7%)
Απολυτήριο Λυκείου ή Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ)	48	40,7%	33	28,2%	81 (34,5%)
Απολυτήριο ΑΕΙ/ΤΕΙ	32	27,1%	43	36,8%	75 (31,9%)
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό δίπλωμα	18	15,4%	39	33,3%	57 (24,3%)

Σχετικά με την εργασιακή κατάσταση των πατέρων οι 5 (2,1%) δήλωσαν πως ήταν άνεργοι και από αυτούς οι 4 (3,4%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και 1 (0,9%) ανήκε στην ομάδα ελέγχου. Οι 11 (4,7%) πατέρες δήλωσαν μερική απασχόληση και από αυτούς οι 8 (6,8%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 3 (2,6%) στην ομάδα ελέγχου. Οι περισσότεροι πατέρες 192 (81,7%) δήλωσαν πλήρης απασχόληση και συγκεκριμένα οι 85 (72%) από αυτούς ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 107 (91,5%) στην ομάδα ελέγχου. Τέλος, οι 27 (11,5%) ήταν συνταξιούχοι. Από τους συνταξιούχους οι 21 (17,8%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 6 (5,1%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 5: Εργασιακή κατάσταση πατέρων

Εργασιακή κατάσταση	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
Άνεργος	4	3,4%	1	0,9%	5 (2,1%)
Μερική απασχόληση	8	6,8%	3	2,6%	11 (4,7%)
Πλήρης απασχόληση	85	72%	107	91,5%	192 (81,7%)
Συνταξιούχος	21	17,8%	6	5,1%	27 (11,5%)

Σχετικά με το μηνιαίο καθαρό εισόδημα των πατέρων αξίζει να σημειωθεί πως οι 15 (6,4%) δήλωσαν πως συγκεντρώνουν 0€-500€. Από αυτούς οι 12 (6,4%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 3 (2,6%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 62 (26,4%) δήλωσαν πως συγκεντρώνουν μηνιαίως 501€-1.000€. Από τους 62 (26,4%) οι 39 (26,4%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 23 (19,7%) στην ομάδα ελέγχου. Όσον αφορά την κατηγορία των 1.001€-2.000€ οι 135 (57,4%) πατέρες ανήκαν εκεί και από αυτούς οι 54 (57,4%) στην πειραματική ομάδα ενώ οι 81 (69,2%) στην ομάδα ελέγχου. Τέλος, οι 23 (9,8%) ανήκαν στην κατηγορία που συγκέντρωναν πάνω από 2.001€ μηνιαίως και οι 13 (9,8%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 10 (8,5%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 6: Μηνιαίο καθαρό εισόδημα πατέρων

Μηνιαίο καθαρό εισόδημα	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
0€-500€	12	6,4%	3	2,6%	15 (6,4%)
501€-1.000€	39	26,4%	23	19,7%	62 (26,4%)
1.001€-2.000€	54	57,4%	81	69,2%	135 (57,4%)
2.001€ και άνω	13	9,8%	10	8,5%	23 (9,8%)

Οι 168 (71,5%) από τους πατέρες του δείγματος δήλωσαν πως ήταν θρησκευόμενοι. Από αυτούς οι 89 (75,4%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 79 (67,5%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 67 (28,5%) πατέρες δήλωσαν πως δεν ήταν θρησκευόμενοι. Οι 29 (24,6%) που δήλωσαν πως δεν ήταν θρησκευόμενοι ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 38 (32,5%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 7: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το αν είναι θρησκευόμενοι οι πατέρες

Θρησκευτική Πίστη	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
Ναι	89	75,4%	79	67,5%	168 (71,5%)
Όχι	29	24,6%	38	32,5%	67 (28,5%)

Σχετικά με τον χρόνο που αφιερώνουν οι πατέρες στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης οι 38 (16,2%) δήλωσαν πως δεν ασχολούνται καθόλου. Από αυτούς οι 26 (22,0%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 12 (10,3%) στην ομάδα ελέγχου. 1-2 ώρες την εβδομάδα δήλωσαν πως ασχολούνται οι 55 (23,4%) πατέρες και από αυτούς οι 29 (24,6%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 26 (22,2%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 111 (47,2%) δήλωσαν πως αφιερώνουν 1-2 ώρες την ημέρα στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Από τους 111 οι 48 (40,7%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 63 (53,8%) στην ομάδα ελέγχου. Ενώ πάνω από 3 ώρες καθημερινά δήλωσαν πως ασχολούνται οι 31 (13,2%) πατέρες, από τους οποίους οι 15 (12,7%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 16 (13,7%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 8: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με τον χρόνο που αφιερώνουν στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης οι πατέρες

Μέσα κοινωνικής δικτύωσης	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
Καθόλου	26	22,0%	12	10,3%	38 (16,2%)
1-2 ώρες την εβδομάδα	29	24,6%	26	22,2%	55 (23,4%)
1-2 ώρες την ημέρα	48	40,7%	63	53,8%	111 (47,2%)
Πάνω από 3 ώρες την ημέρα	15	12,7%	16	13,7%	31 (13,2%)

Οι 182 (77,4%) πατέρες δήλωσαν πως έχουν κάποιο χόμπι. Από αυτούς οι 86 (71,9%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 96 (82,1%) στην ομάδα ελέγχου. Ενώ, οι 53 (22,6%) δήλωσαν πως δεν έχουν κάποιο χόμπι, οι 32 (27,1%) που δήλωσαν πως δεν έχουν κάποιο χόμπι ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 21 (17,9%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 9: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το αν έχουν κάποιο χόμπι οι πατέρες

Χόμπι	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
Ναι	86	72,9%	96	82,1%	182 (77,4%)
Όχι	32	27,1%	21	17,9%	53 (22,6%)

Οι 189 (80,4%) πατέρες δήλωσαν πως αισθάνονται πιο κοντά τους την σύντροφο/ σύζυγο/ σχέση. Από αυτούς οι 90 (76,3%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 99 (84,6%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 25 (10,6%) δήλωσαν πως αισθάνονται πιο κοντά τους τους φίλους τους και οι 16 (13,6%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 9 (7,7%) στην ομάδα ελέγχου. Πιο κοντά τους δήλωσαν πως νιώθουν τους γονείς τους μόλις 9 (3,8%) πατέρες, από τους οποίους οι 6 (5,1%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 3 (2,6%) στην ομάδα ελέγχου. Τέλος, οι 12 (5,1%) πατέρες δήλωσαν πως αισθάνονται πιο κοντά τους διάφορους συγγενείς και οι 6 (5,1%) από αυτούς ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι υπόλοιποι 6 (5,1%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 10: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το ποιους αισθάνονται πιο κοντά τους οι πατέρες

Συναισθηματικές σχέσεις	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
Σύντροφο/ σύζυγο/ σχέση	90	76,3%	99	84,6%	189 (80,4%)
Φίλους	16	13,6%	9	7,7%	25 (10,6%)
Γονείς	6	5,1%	3	2,6%	9 (3,8%)
Συγγενείς	6	5,1%	6	5,1%	12 (5,1%)

Σχετικά με τους στενούς φίλους του δείγματος οι 45 (19,1%) πατέρες δήλωσαν πως είχαν από 0-1 φίλους. Από αυτούς οι 23 (19,5%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 22 (18,8%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 135 (57,4%) πατέρες δήλωσαν πως είχαν 2-4 φίλους και από αυτούς τους πατέρες οι 69 (58,5%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 66 (56,4%) στην ομάδα ελέγχου. 5-6 φίλους δήλωσαν πως είχαν 43 (18,3%) πατέρες και από αυτούς οι 21 (17,8%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 22 (18,8%) στην ομάδα ελέγχου. Τέλος, οι 12 (5,1%) δήλωσαν πως είχαν πάνω από 7 φίλους. Από τους 12 οι 5 (4,2%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 7 (6,0%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 11: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το πόσους στενούς φίλους έχουν οι πατέρες

Στενοί φίλοι	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
0-1	23	19,5%	22	18,8%	45 (19,1%)
2-4	69	58,5%	66	56,4%	135 (57,4%)
5-6	21	17,8%	22	18,8%	43 (18,3%)
7 και άνω	5	4,2%	7	6,0%	12 (5,1%)

Σχετικά με τις εξόδους για διασκέδαση χωρίς την οικογένεια οι 208 (88,5%) πατέρες δήλωσαν πως βγαίνουν 0-1 φορές την εβδομάδα. Από τους 208 οι 105 (89,0%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 103 (88,0%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 23 (9,8%) πατέρες δήλωσαν πως βγαίνουν για διασκέδαση χωρίς την οικογένεια 2-3 φορές την εβδομάδα. Από αυτούς οι 10 (8,5%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 13 (11,1%) στην ομάδα ελέγχου. Τέλος, πάνω από 4 φορές την εβδομάδα για διασκέδαση χωρίς

την οικογένεια δήλωσαν πως βγαίνουν μόλις 4 (1,7%) πατέρες και από αυτούς οι 3 (2,5%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και 1 (0,9%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 12: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το πόσες φορές την εβδομάδα οι πατέρες βγαίνουν για διασκέδαση (φαγητό, καφέ, ποτό κ.λπ.) χωρίς την οικογένεια

Διασκέδαση (χωρίς την οικογένεια)	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
0-1 φορές	105	89,0%	103	88,0%	208 (88,5%)
2-3 φορές	10	8,5%	13	11,1%	23 (9,8%)
4 και άνω φορές	3	2,5%	1	0,9%	4 (1,7%)

Αντίστοιχα, σχετικά με τις εξόδους για διασκέδαση μαζί με την οικογένεια οι 190 (80,9%) πατέρες δήλωσαν πως βγαίνουν 0-1 φορές την εβδομάδα. Από τους 190 οι 102 (86,4%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 88 (75,2%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 44 (18,7%) πατέρες δήλωσαν πως βγαίνουν για διασκέδαση μαζί με την οικογένεια 2-3 φορές την εβδομάδα. Από αυτούς οι 15 (12,7%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 29 (24,8%) στην ομάδα ελέγχου. Τέλος, πάνω από 4 φορές την εβδομάδα για διασκέδαση μαζί με την οικογένεια δήλωσε πως βγαίνει μόνο 1 (0,8%) πατέρας και ανήκε στην πειραματική ομάδα.

Πίνακας 13: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το πόσες φορές την εβδομάδα οι πατέρες βγαίνουν για διασκέδαση (φαγητό, καφέ, ποτό κ.λπ.) μαζί με την οικογένεια (και τα παιδιά)

Διασκέδαση (μαζί με την οικογένεια)	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
0-1 φορές	102	86,4%	88	75,2%	190 (80,9%)
2-3 φορές	15	12,7%	29	24,8%	44 (18,7%)
4 και άνω φορές	1	0,8%	0	0,0%	1 (0,4%)

Οι 63 (26,8%) πατέρες του δείγματος δήλωσαν πως είχαν μόνο 1 παιδί. Από αυτούς οι 32 (27,1%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 31 (26,5%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 109 (46,4%) πατέρες δήλωσαν πως είχαν 2 παιδιά και από τους 109 οι 48 (40,7%) δήλωσαν πως ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 61 (52,1%) στην ομάδα

ελέγχου. Οι 53 (22,6%) δήλωσαν πως είχαν 3 παιδιά και από αυτούς οι 32 (27,1%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 21 (17,9%) στην ομάδα ελέγχου. Τέλος, πάνω από 4 παιδιά δήλωσαν πως έχουν μόλις 10 πατέρες, από αυτούς οι 6 (5,1%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 4 (3,4%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 14: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των παιδιών των πατέρων

Αριθμός παιδιών	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
1 παιδί	32	27,1%	31	26,5%	63 (26,8%)
2 παιδιά	48	40,7%	61	52,1%	109 (46,4%)
3 παιδιά	32	27,1%	21	17,9%	53 (22,6%)
4 και άνω	6	5,1%	4	3,4%	10 (4,3%)

Όσον αφορά την πειραματική ομάδα από τους 118 (100%) πατέρες οι 21 (17,8%) δήλωσαν πως είχαν παιδί με νοητική αναπηρία. Οι 16 (13,6%) δήλωσαν πως είχαν παιδί με οπτική αναπηρία, οι 6 (5,1%) με ακουστική αναπηρία, οι 11 (9,3%) με σωματική ή κινητική αναπηρία, οι 40 (33,9%) δήλωσαν πως το παιδί τους είχε Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), οι 17 (14,4%) πολλαπλές αναπηρίες, οι 5 (4,2%) προβλήματα λόγου και ομιλίας και μόλις οι 2 (1,7%) δήλωσαν πως το παιδί τους είχε προβλήματα συμπεριφοράς.

Πίνακας 15: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με αναπηρία του παιδιού

Αναπηρία του παιδιού	Πειραματική ομάδα	
	Συχνότητα	Ποσοστό
Νοητική αναπηρία	21	17,8%
Οπτική αναπηρία	16	13,6%
Ακουστική αναπηρία	6	5,1%
Σωματική ή κινητική αναπηρία	11	9,3%
Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)	40	33,9%
Πολλαπλές αναπηρίες	17	14,4%
Προβλήματα λόγου και ομιλίας	5	4,2%
Προβλήματα συμπεριφοράς	2	1,7%

Στην πειραματική ομάδα σχετικά με το σημείο που έγινε η διάγνωση της αναπηρίας του παιδιού τους οι 4 (3,4%) πατέρες δήλωσαν πως έγινε πριν την γέννηση,

οι 84 (71,2%) πριν τα 3 έτη, οι 20 (16,9%) πριν τα 6 έτη και οι 10 (8,5%) μετά τα 6 έτη.

Πίνακας 16: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το πότε έγινε η διάγνωση του παιδιού με αναπηρία

Σημείο διάγνωσης αναπηρίας	Πειραματική ομάδα	
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πριν την γέννηση	4	3,4%
Πριν τα 3 έτη	84	71,2%
Πριν τα 6 έτη	20	16,9%
Μετά τα 6 έτη	10	8,5%

Σχετικά με το φύλο του παιδιού για το οποίο συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο οι 146 (62,1%) πατέρες δήλωσαν πως είχαν αγόρι και από αυτούς οι 84 (71,2%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 62 (53,0%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 89 (37,9%) πατέρες δήλωσαν πως είχαν κορίτσι και οι 34 (28,8%) από αυτούς ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 55 (47,0%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 17: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το φύλο του παιδιού για το οποίο συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο

Φύλο παιδιού	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
Αγόρι	84	71,2%	62	53,0%	146 (62,1%)
Κορίτσι	34	28,8%	55	47,0%	89 (37,9%)

Σχετικά με την ηλικία του παιδιού για το οποίο συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο οι 20 (8,5%) πατέρες δήλωσαν πως ήταν 0-3 ετών το παιδί τους. Από αυτούς οι 6 (5,1%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 14 (12,0%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 43 (18,3%) δήλωσαν πως το παιδί τους ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία 4-6 ετών και από αυτούς οι 18 (15,3%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 25 (21,4%) στην ομάδα ελέγχου. Οι 66 (28,1%) δήλωσαν πως το παιδί τους ήταν 7-12 ετών και οι 38 (32,2%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 28 (23,4%) στην ομάδα ελέγχου. Για την ηλικιακή κατηγορία 13-18 ετών από τους 47 (20,0%) πατέρες που δήλωσαν ότι το παιδί τους ανήκει εκεί οι 24 (20,3%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα ενώ οι 23 (19,7%) στην ομάδα ελέγχου. Τέλος, οι 59 (25,1%) πατέρες δήλωσαν πως το

παιδί τους ήταν πάνω από 19 ετών. Από αυτούς οι 32 (27,1%) ανήκαν στην πειραματική ομάδα και οι 27 (23,1%) στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 18: Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με την ηλικία του παιδιού για το οποίο συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο

Ηλικία παιδιού	Ομάδα πατέρα				
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο:
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Σ/Π
0-3 ετών	6	5,1%	14	12,0%	20 (8,5%)
4-6 ετών	18	15,3%	25	21,4%	43 (18,3%)
7-12 ετών	38	32,2%	28	23,4%	66 (28,1%)
13-18 ετών	24	20,3%	23	19,7%	47 (20,0%)
19 και άνω	32	27,1%	27	23,1%	59 (25,1%)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Στατιστική ανάλυση

Οι αναλύσεις στη παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό στατιστικής ανάλυσης Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v.26, IBM, Armonck, USA) και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05. Πιο αναλυτικά, ελέγχθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των 4 ερωτηματολογίων (οι δημογραφικές ερωτήσεις δε ελέγχθηκαν) με τον συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's alpha τα οποία προαναφέρεται για κάθε ερωτηματολόγιο ξεχωριστά σε προηγούμενη ενότητα.

Για την περιγραφική ανάλυση των πατέρων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά. Κατά την επεξεργασία των ερευνητικών ερωτημάτων χρησιμοποιήθηκαν:

- ο έλεγχος της ισότητας δύο μέσων τιμών στη βάση δύο ανεξάρτητων δειγμάτων, δηλαδή το Independent samples t-test με ίσες ή άνισες διασπορές. Η τελευταία ισότητα ελέγχθηκε με το κριτήριο του Levene. Επισημαίνεται ότι σε περιπτώσεις μικρών σε μέγεθος δείγματος χρησιμοποιήθηκε ο αντίστοιχος μη παραμετρικός έλεγχος των Mann-Whitney,
- ο έλεγχος της ισότητας δύο μέσων τιμών στη βάση δύο εξαρτημένων δειγμάτων, δηλαδή το Paired samples t-test,
- ο έλεγχος της ισότητας περισσότερων των δύο μέσων τιμών στη βάση ανεξάρτητων δειγμάτων, δηλαδή η διαδικασία της Ανάλυσης Διακύμανσης κατά έναν παράγοντα ή το τεστ του Welch όταν οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις ήταν άνισες. Σε περιπτώσεις μικρών σε μέγεθος δείγματος χρησιμοποιήθηκε ο αντίστοιχος μη παραμετρικός έλεγχος των Kruskal-Wallis,
- το χ^2 τεστ για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας δυο ποιοτικών μεταβλητών και
- τέλος, προσαρμόστηκε μοντέλο παλινδρόμησης για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck (εξαρτημένη) και ανεξάρτητες μεταβλητές την (ποσοτική μεταβλητή) βαθμολογία στην κλίμακα γονεϊκού άγχους και την ομάδα που ανήκει ο πατέρας.

6.2. Αποτελέσματα της έρευνας

Στη συνέχεια, παρατίθενται τα αποτελέσματα των ερευνητικών ερωτήσεων της παρούσας εργασίας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 1

Εντοπίζονται ψυχωτικές διαταραχές στις δύο ομάδες (πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία);

Χρησιμοποιώντας τη βαθμολογία της κλίμακας του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας οι πατέρες που συμμετείχαν στην έρευνα ταξινομήθηκαν σε δύο κατηγορίες. Ειδικότερα, ταξινομήθηκαν σε αυτούς με συνολική βαθμολογία που υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα και σε αυτούς με συνολική βαθμολογία που υποδηλώνει ότι υπάρχει ψυχικό πρόβλημα (case). Στη συνέχεια, θέλοντας να ελέγξουμε αν ο παραπάνω χαρακτηρισμός είναι ανεξάρτητος ως προς το αν ο πατέρας έχει παιδί με αναπηρία ή όχι διεξάγουμε το X^2 test του Fisher. Από αυτό το τεστ προέκυψε ότι με επίπεδο σημαντικότητας 5% ο χαρακτηρισμός για την ύπαρξη ψυχικού προβλήματος και η κατάσταση του πατέρα δεν εξαρτώνται ($X^2=0.002$, $Df=1$) και για τον λόγο αυτόν δεν παρατίθενται περισσότερα αποτελέσματα.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑ 2-3-4

Διαφοροποιούνται οι δύο ομάδες (πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία) ως προς το γονεϊκό άγχος, την κατάθλιψη και τη συζυγική ικανοποίηση;

Θα εξετάσουμε αν επιδρά η ύπαρξη παιδιού με ή δίχως αναπηρία στη μέση βαθμολογία κάθε μίας εκ των πέντε υποκατηγοριών του γονεϊκού άγχους, δηλαδή στην Βαθμολογία Αμυντικής Απάντησης- Defensive Responding Score (DR), στη Βαθμολογία Φόρτισης Γονέα- Parental Distress Score (PD), στη Βαθμολογία Δυσλειτουργικής αλληλεπίδρασης Γονέα- Παιδιού- Parent- Child Dysfunctional Interaction Score (RCDI), στη Βαθμολογία Δύσκολου Παιδιού- Difficult Child Score (DC) και στη Βαθμολογία Συνολικού Άγχους- Total Stress Score (PSI). Επιπλέον, θα εξετάσουμε την επίδραση στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck και στην κλίμακα συζυγικής ικανοποίησης. Σε κάθε περίπτωση έχουμε έναν έλεγχο δύο μέσων τιμών με ανεξάρτητα δείγματα και για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήσαμε το t test (ίσων ή άνισων

διακυμάνσεων, που ελέγχθηκε κάθε φορά με το τεστ του Levene). Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 19.

Τα συμπεράσματα από τον Πίνακα 19 είναι τα ακόλουθα:

- οι πατέρες με παιδιά με αναπηρία έχουν στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη μέση βαθμολογία Αμυντικής Απάντησης του γονεϊκού άγχους από την αντίστοιχη των πατέρων με παιδιά χωρίς αναπηρία
- οι πατέρες με παιδιά με αναπηρία έχουν στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη μέση βαθμολογία Φόρτισης Γονέα του γονεϊκού άγχους από την αντίστοιχη των πατέρων με παιδιά χωρίς αναπηρία
- οι πατέρες με παιδιά με αναπηρία έχουν στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη μέση βαθμολογία Δυσλειτουργικής αλληλεπίδρασης Γονέα- Παιδιού του γονεϊκού άγχους από την αντίστοιχη των πατέρων με παιδιά χωρίς αναπηρία
- οι πατέρες με παιδιά με αναπηρία έχουν στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη μέση βαθμολογία Δύσκολου Παιδιού του γονεϊκού άγχους από την αντίστοιχη των πατέρων με παιδιά χωρίς αναπηρία
- οι πατέρες με παιδιά με αναπηρία έχουν στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη μέση βαθμολογία Συνολικού Άγχους του γονεϊκού άγχους από την αντίστοιχη των πατέρων με παιδιά χωρίς αναπηρία

Πίνακας 19: Αποτελέσματα t-test γονεϊκού άγχους, κατάθλιψης και συζυγικής ικανοποίησης ως προς τις δύο ομάδες

Μεταβλητή	T	B.E.	Sig. (2-tailed)	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό σφάλμα για τη μέση τιμή
Βαθμολογία Αμυντικής Απάντησης:	3.435	233	0.001	Πειραματική: 19.161 Ελέγχου: 16.769	Πειραματική: 5.411 Ελέγχου: 5.261	Πειραματική: 0.498 Ελέγχου: 0.486
Βαθμολογία Φόρτισης Γονέα:	2.720	233	0.007	Πειραματική: 30.966 Ελέγχου: 27.897	Πειραματική: 8.916 Ελέγχου: 8.364	Πειραματική: 0.820 Ελέγχου: 0.773
Βαθμολογία Δυσλειτουργικής αλληλεπίδρασης Γονέα- Παιδιού:	5.919	233	<0.0001	Πειραματική: 27.042 Ελέγχου: 20.717	Πειραματική: 8.317 Ελέγχου: 8.058	Πειραματική: 0.765 Ελέγχου: 0.745
Βαθμολογία Δύσκολου Παιδιού:	3.969	233	<0.001	Πειραματική: 29.491 Ελέγχου: 24.812	Πειραματική: 9.378 Ελέγχου: 8.679	Πειραματική: 0.863 Ελέγχου: 0.802
Βαθμολογία Συνολικού Άγχους:	4.691	233	<0.001	Πειραματική: 87.500 Ελέγχου: 73.427	Πειραματική: 23.868 Ελέγχου: 22.072	Πειραματική: 2.197 Ελέγχου: 2.040
Βαθμολογία κλίμακας κατάθλιψης του Beck:	2.126	233	0.034	Πειραματική: 28.915 Ελέγχου: 26.897	Πειραματική: 8.200 Ελέγχου: 6.199	Πειραματική: 0.754 Ελέγχου: 0.573
Βαθμολογία κλίμακας συζυγικής ικανοποίησης:	-0.684	233	0.495	Πειραματική: 4.542 Ελέγχου: 4.683	Πειραματική: 1.795 Ελέγχου: 1.343	Πειραματική: 0.165 Ελέγχου: 0.124

Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας τη βαθμολογία της κλίμακας PD, RCDI, DC και PSI οι πατέρες που συμμετείχαν στην έρευνα ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες. Ειδικότερα ταξινομήθηκαν στην κατηγορία του χαμηλού χαρακτηρισμού (για τιμές ≤ 15), στην κατηγορία του φυσιολογικού χαρακτηρισμού (για τιμές 16-84) και σε αυτήν με τον υψηλό χαρακτηρισμό (για τιμές ≥ 85). Επιπλέον, με βάση τις τιμές στην κλίμακα του Beck οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε 6 κατηγορίες τιμών. Σε αυτή από 1-10 με φυσιολογικές μεταβολές διάθεσης, 11-16 με ελαφριά διαταραχή διάθεσης, 17-29 με οριακά κλινική κατάθλιψη, 21-30 με ήπια μορφή κατάθλιψης και 41 και άνω με ακραία μορφή κατάθλιψης. Τέλος, με βάση τις τιμές στην κλίμακα συζυγικής ικανοποίησης οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε δύο κατηγορίες, σε αυτούς που έχουν καλή συζυγική σχέση (περισσότερες από 4 «Ναι») και σε αυτούς που δεν έχουν καλή συζυγική σχέση (λιγότερα από 4 «Ναι»). Στη συνέχεια, θέλουμε να ελέγξουμε αν ο παραπάνω χαρακτηρισμός είναι ανεξάρτητος ως προς ο αν έχει ο πατέρας παιδί με αναπηρία ή όχι. Για τον σκοπό αυτόν διεξάγουμε το X^2 τεστ του Fisher.

Πίνακας 20: Αποτελέσματα ελέγχου ανεξαρτησίας χαρακτηρισμού και κατάστασης πατέρα

Χαρακτηρισμός με βάση:	X^2	B.E.	Sig. (2-tailed)
PD	7.042	2	0.029<0.05
RCDI	33.852	2	<0.001<0.05
DC	11.564	2	0.003<0.05
PSI	17.170	2	<0.001<0.05
Κατάθλιψη	4.352	5	0.111>0.05
Συζυγική ικανοποίηση	1.275	1	0.293

Προκύπτουν με επίπεδο σημαντικότητας 5% τα εξής συμπεράσματα:

- ο χαρακτηρισμός PD και η κατάσταση του πατέρα εξαρτώνται
- ο χαρακτηρισμός PCDI και η κατάσταση του πατέρα εξαρτώνται
- ο χαρακτηρισμός DC και η κατάσταση του πατέρα εξαρτώνται
- ο χαρακτηρισμός PSI και η κατάσταση του πατέρα εξαρτώνται
- ο χαρακτηρισμός ως προς τη μορφή κατάθλιψης και η κατάσταση του πατέρα δεν εξαρτώνται
- ο χαρακτηρισμός για την συζυγική ικανοποίηση και η κατάσταση του πατέρα δεν εξαρτώνται

Ειδικότερα:

Από τον Πίνακα 21 προκύπτει ότι 22,2% των πατέρων που δεν έχουν παιδί με αναπηρία έχει χαμηλό επίπεδο PD, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους πατέρες που έχουν παιδί με αναπηρία είναι πολύ μικρότερο και μόλις 10,2%. Επιπρόσθετα μπορούμε να επισημάνουμε ότι 13,7% των πατέρων που δεν έχουν παιδί με αναπηρία έχει υψηλό επίπεδο PD, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους πατέρες που έχουν παιδί με αναπηρία είναι υψηλότερο και ίσο με 20,3%.

Πίνακας 21: Συνάφεια ανάμεσα στη Βαθμολογία Φόρτισης Γονέα και στην ομάδα του πατέρα

			Ομάδα Πατέρα		Σύνολο
			Ομάδα ελέγχου	Πειραματική ομάδα	
Χαρακτηρισμός PD	Χαμηλό	Συχνότητα	26	12	38
		% εντός ομάδας πατέρα	22,2%	10,2%	16,2%
	Φυσιολογικό	Συχνότητα	75	82	157
		% εντός ομάδας πατέρα	64,1%	69,5%	66,8%
	Υψηλό	Συχνότητα	16	24	40
		% εντός ομάδας πατέρα	13,7%	20,3%	17,0%
Σύνολο		Συχνότητα	117	118	235

Από τον Πίνακα 22 προκύπτει ότι 27,4% των πατέρων που δεν έχουν παιδί με αναπηρία έχει χαμηλό επίπεδο RCDI ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους πατέρες που έχουν παιδί με αναπηρία είναι πολύ μικρότερο και μόλις 4,2%. Επιπρόσθετα μπορούμε να επισημάνουμε ότι 65,8% των πατέρων που δεν έχουν παιδί με αναπηρία έχει φυσιολογικό επίπεδο RCDI ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους πατέρες που έχουν παιδί με αναπηρία είναι υψηλότερο και ίσο με 71,2%. Τέλος, το 6,8% των πατέρων που δεν έχουν παιδί με αναπηρία έχουν υψηλό άγχος ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους πατέρες που έχουν παιδί με αναπηρία είναι πολύ υψηλότερο και ίσο με 24,6%.

Πίνακας 22: Συνάφεια ανάμεσα στη Βαθμολογία Δυσλειτουργικής αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού και της ομάδας του πατέρα

			Ομάδα Πατέρα		Σύνολο
			Ομάδα ελέγχου	Πειραματική ομάδα	
Χαρακτηρισμός RCDI	Χαμηλό	Συχνότητα	32	5	37
		% εντός χαρακτηρισμού RCDI	86,5%	13,5%	100,0%
		% εντός ομάδας πατέρα	27,4%	4,2%	15,7%
		% συνόλου	13,6%	2,1%	15,7%
	Φυσιολογικό	Συχνότητα	77	84	161
		% εντός χαρακτηρισμού RCDI	47,8%	52,2%	100,0%
		% εντός ομάδας πατέρα	65,8%	71,2%	68,5%
		% συνόλου	32,8%	35,7%	68,5%
	Υψηλό	Συχνότητα	8	29	37
		% εντός χαρακτηρισμού RCDI	21,6%	78,4%	100,0%
		% εντός ομάδας πατέρα	6,8%	24,6%	15,7%
		% συνόλου	3,4%	12,3%	15,7%
Σύνολο	Συχνότητα	117	118	235	
	% εντός χαρακτηρισμού RCDI	49,8%	50,2%	100,0%	
	% εντός ομάδας πατέρα	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	49,8%	50,2%	100,0%	

Από τον Πίνακα 23 προκύπτει ότι 26,5% των πατέρων που δεν έχουν παιδί με αναπηρία έχει χαμηλό επίπεδο DC ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους πατέρες που έχουν παιδί με αναπηρία είναι πολύ μικρότερο και μόλις 11,0%. Επιπρόσθετα μπορούμε να επισημάνουμε ότι 12,8% των πατέρων που δεν έχουν παιδί με αναπηρία έχει υψηλό επίπεδο DC ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους πατέρες που έχουν παιδί με αναπηρία είναι υψηλότερο και ίσο με 23,7%.

Πίνακας 23: Συνάφεια ανάμεσα στη Βαθμολογία Δύσκολου Παιδιού και στην ομάδα πατέρα

			Ομάδα Πατέρα		Σύνολο
			Ομάδα ελέγχου	Πειραματική ομάδα	
Χαρακτηρισμός DC	Χαμηλό	Συχνότητα	31	13	44
		% εντός χαρακτηρισμού DC	70,5%	29,5%	100,0%
		% εντός ομάδας πατέρα	26,5%	11,0%	18,7%
		% συνόλου	13,2%	5,5%	18,7%
	Φυσιολογικό	Συχνότητα	71	77	148
		% εντός χαρακτηρισμού DC	48,0%	52,0%	100,0%
		% εντός ομάδας πατέρα	60,7%	65,3%	63,0%
		% συνόλου	30,2%	32,8%	63,0%
	Υψηλό	Συχνότητα	15	28	43
		% εντός χαρακτηρισμού DC	34,9%	65,1%	100,0%
		% εντός ομάδας πατέρα	12,8%	23,7%	18,3%
		% συνόλου	6,4%	11,9%	18,3%
Σύνολο	Συχνότητα	117	118	235	
	% εντός χαρακτηρισμού DC	49,8%	50,2%	100,0%	
	% εντός ομάδας πατέρα	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	49,8%	50,2%	100,0%	

Από τον Πίνακα 24 προκύπτει ότι 23,1% των πατέρων που δεν έχουν παιδί με αναπηρία έχει χαμηλό επίπεδο PSI ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους πατέρες που έχουν παιδί με αναπηρία είναι πολύ μικρότερο και μόλις 6,8%. Επιπρόσθετα μπορούμε να επισημάνουμε ότι 68,4% των πατέρων που δεν έχουν παιδί με αναπηρία έχει φυσιολογικό επίπεδο PSI ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους πατέρες που έχουν παιδί με αναπηρία είναι υψηλότερο και ίσο με 72,0%. Τέλος, το 8,6% των πατέρων που δεν έχουν παιδί με αναπηρία έχουν υψηλό άγχος ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους πατέρες που έχουν παιδί με αναπηρία είναι πολύ υψηλότερο και ίσο με 21,2%.

Πίνακας 24: Συνάφεια ανάμεσα στη Βαθμολογία Συνολικού Άγχους και στην ομάδα πατέρα

			Ομάδα Πατέρα		Σύνολο
			Ομάδα ελέγχου	Πειραματική ομάδα	
Χαρακτηρισμός PSI	Χαμηλό	Συχνότητα	27	8	35
		% εντός χαρακτηρισμού PSI	77,1%	22,9%	100,0%
		% εντός ομάδας πατέρα	23,1%	6,8%	14,9%
		% συνόλου	11,5%	3,4%	14,9%
	Φυσιολογικό	Συχνότητα	80	85	165
		% εντός χαρακτηρισμού PSI	48,5%	51,5%	100,0%
		% εντός ομάδας πατέρα	68,4%	72,0%	70,2%
		% συνόλου	34,0%	36,2%	70,2%
	Υψηλό	Συχνότητα	10	25	35
		% εντός χαρακτηρισμού PSI	28,6%	71,4%	100,0%
		% εντός ομάδας πατέρα	8,5%	21,2%	14,9%
		% συνόλου	4,3%	10,6%	14,9%
Σύνολο	Συχνότητα	117	118	235	
	% εντός χαρακτηρισμού PSI	49,8%	50,2%	100,0%	
	% εντός ομάδας πατέρα	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	49,8%	50,2%	100,0%	

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 5

Επηρεάζει το γονεϊκό άγχος τη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων παιδιών με και δίχως αναπηρία;

Θέλουμε να εξετάσουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη μέση βαθμολογία της κλίμακας συζυγικής ικανοποίησης ανάλογα με το χαρακτηρισμό με βάση τη Βαθμολογία Συνολικού Άγχους/ Total Stress Score (PSI). Πρόκειται για έναν έλεγχο τριών μέσων τιμών με ανεξάρτητα δείγματα. Αν ικανοποιείται η ισότητα των πληθυσμιακών διακυμάνσεων θα ακολουθήσουμε το F τεστ της Ανάλυσης Διακύμανσης κατά έναν παράγοντα ενώ διαφορετικά το τεστ του Welch. Επιπρόσθετα, αν προκύψουν στατιστικά σημαντικές διαφορές θα συνεχίζουμε την περαιτέρω ανάλυση με τη διεξαγωγή πολλαπλών συγκρίσεων (είτε με τη μέθοδο της Ελάχιστης Σημαντικής Διαφοράς (LSD) είτε με τη μέθοδο Tamhane ανάλογα αν έχει απορριφθεί η ισότητα των πληθυσμιακών διακυμάνσεων.

Η μελέτη μας θα διεξαχθεί διακρίνοντας τρεις περιπτώσεις:

α) συνολικά σε όλους τους πατέρες (N=235)

Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επιπέδου της Βαθμολογίας Συνολικού Άγχους/ Total Stress Score (PSI) του γονεϊκού άγχους στην μέση βαθμολογία συζυγικής ικανοποίησης ($F(2,232)=3.242$, $p\text{-value}=0.041<0.05$). Από τον Πίνακα 25 των Πολλαπλών Συγκρίσεων (Multiple Comparisons, LSD) προκύπτει ότι δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά η μέση βαθμολογία στη συζυγική ικανοποίηση των ατόμων με χαμηλό επίπεδο στην Βαθμολογία Συνολικού Άγχους/ Total Stress Score (PSI) του γονεϊκού άγχους από αυτήν αυτών με φυσιολογικό ($p\text{-value}=0.694>0.05$) και από αυτήν αυτών με υψηλό ($p\text{-value}=0.095>0.05$). Ακόμα, η μέση βαθμολογία συζυγικής ικανοποίησης των ατόμων με υψηλό επίπεδο στην Βαθμολογία Συνολικού Άγχους/ Total Stress Score (PSI) του γονεϊκού άγχους είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ατόμων με υψηλό ($p\text{-value}=0.012<0.05$) και των ατόμων με φυσιολογικό.

Πίνακας 25: Πολλαπλές Συγκρίσεις με τη μέθοδο της Ελάχιστης Σημαντικής Διαφοράς για τη συζυγική ικανοποίηση και τη Βαθμολογία Συνολικού Άγχους στους πατέρες συνολικά

(I)	(J)	Μέση διαφορά (I-J)	Τυπικό Σφάλμα	Sig.	95% Δ.Ε.	
					Χαρακτηρισμός PSI	Χαρακτηρισμός PSI
Χαμηλό	Φυσιολογικό	,11515	,29215	,694	-,4605	,6908
	Υψηλό	-,62857	,37528	,095	-1,3680	,1108
Υψηλό	Φυσιολογικό	,74372*	,29215	,012	,1681	1,3193

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

β) μόνο στους πατέρες των παιδιών χωρίς αναπηρία (N=117)

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επιπέδου της Βαθμολογίας Συνολικού Άγχους/ Total Stress Score (PSI) του γονεϊκού άγχους στη μέση βαθμολογία συζυγικής ικανοποίησης της ομάδας ελέγχου ($F(2,114)=2.625$, $p\text{-value}=0.077>0.05$).

γ) μόνο στους πατέρες των παιδιών με αναπηρία (N=118)

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επιπέδου της Βαθμολογίας Συνολικού Άγχους/ Total Stress Score (PSI) του γονεϊκού άγχους στη μέση βαθμολογία συζυγικής ικανοποίησης της πειραματικής ομάδας ($F(2,115)=1.447$, $p\text{-value}=0.240>0.05$).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 6

Επηρεάζει η κατάθλιψη τη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων παιδιών με και δίχως αναπηρία;

Θέλουμε να εξετάσουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη μέση βαθμολογία της κλίμακας συζυγικής ικανοποίησης ανάλογα με τον χαρακτηρισμό της κατάθλιψης. Η ανάλυση θα πραγματοποιηθεί με παρόμοια μεθοδολογία με αυτήν του προηγούμενου ερευνητικού ερωτήματος.

α) συνολικά σε όλους τους πατέρες (N=235)

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μορφής κατάθλιψης του Beck στην μέση βαθμολογία συζυγικής ικανοποίησης ($F(2,232)=2.511$ p-value=0.083>0.05).

β) μόνο στους πατέρες των παιδιών χωρίς αναπηρία (N=117)

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση βαθμολογία της κλίμακας συζυγικής ικανοποίησης στη μορφή κατάθλιψης του Beck της ομάδα ελέγχου ($F(2,114)=1.592$, p-value=0.208>0.05).

γ) μόνο στους πατέρες των παιδιών με αναπηρία (N=118).

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση βαθμολογία της κλίμακας συζυγικής ικανοποίησης με την μορφή κατάθλιψης του Beck μόνο για την πειραματική ομάδα (πατέρες παιδιών με αναπηρία) ($F(2,23.288)=3.225$, p-value=0.058<0.05).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 7

Υπάρχει συσχέτιση του γονεϊκού άγχους και της κατάθλιψης στους πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία;

Θέλουμε να ελέγξουμε αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck και της βαθμολογίας του συνολικού γονεϊκού άγχους των πατέρων με παιδί με ή χωρίς αναπηρία. Το πρόβλημα αυτό θα αντιμετωπιστεί προσαρμόζοντας ένα μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck και ανεξάρτητες μεταβλητές την (ποσοτική μεταβλητή) βαθμολογία στην κλίμακα γονεϊκού άγχους και την κατηγορία που ανήκει ο πατέρας.

Από την προσαρμογή του μοντέλου προκύπτει όπως είναι φυσιολογικό ένα μέτριας προσαρμογής μοντέλο ($R^2=46,1\%$), καθώς προφανώς υπάρχουν και άλλοι παράγοντες για την ερμηνεία της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης πέρα από το γονεϊκό άγχος και την κατάσταση του πατέρα.

Πίνακας 26: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης της κατάθλιψης του Beck και του συνολικού γονεϊκού άγχους

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	11,315	1,236		9,151	,000
	Βαθμολογία Συνολικού Άγχους	,212	,015	,695	13,779	,000
	Ομάδα Πατέρα	-,969	,738	-,066	-1,313	,191

a. Dependent Variable: beck Κατάθλιψη Beck

Από την προσαρμογή του μοντέλου συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο μοντέλο πρόβλεψης ως προς τις δύο κατηγορίες πατέρων (Coefficient=-0.969, $t=-1.313$, p -τιμή=0,191>0.05). Επομένως θα προσαρμόσουμε ένα ενιαίο μοντέλο για τις δύο κατηγορίες πατέρα. Η προσαρμογή αυτή φαίνεται στον Πίνακα 27 από όπου συμπεραίνουμε ότι αύξηση της βαθμολογίας του άγχους κατά μία μονάδα επιφέρει αύξηση στη βαθμολογία της κατάθλιψης Beck κατά μέσο όρο 0.206 μονάδες.

Πίνακας 27: Ενιαίο μοντέλο για την Βαθμολογία του Άγχους και την κατάθλιψη του Beck στις δύο ομάδες

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	11,307	1,238		9,131	,000
	Βαθμολογία Συνολικού Άγχους	,206	,015	,676	13,989	,000

a. Dependent Variable: beck Κατάθλιψη Beck

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 8

Επιδρούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στις μεταβλητές του γονεϊκού άγχους, της συζυγικής ικανοποίησης και της κατάθλιψης στην πειραματική ομάδα;

Αρχικά, αξίζει να επισημανθεί πως πραγματοποιήθηκε επανακωδικοποίηση σε όλες τις μεταβλητές των δημογραφικών απαντήσεων ώστε να υπάρχουν λιγότερες κατηγορίες. Οι δημογραφικές ερωτήσεις για την ηλικία, περιοχή διαβίωσης, τη θρησκεία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το μηνιαίο καθαρό εισόδημα κ.λπ. συσχετίστηκαν με τις τρεις ερευνητικές μεταβλητές της παρούσας εργασίας και παρακάτω παρουσιάζονται μόνο τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Ειδικότερα, από τους Πίνακες 28 και 29 προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- οι πατέρες με παιδί με αναπηρία που μένουν σε περιοχή με πληθυσμό κάτω των 20.000 ατόμων έχουν στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη μέση βαθμολογία Συνολικού Γονεϊκού Άγχους από την αντίστοιχη των πατέρων που μένουν σε περιοχή 20.000 ατόμων και άνω
- οι πατέρες με παιδί με αναπηρία που μηνιαίως συγκεντρώνουν ποσό $\leq 1.000\text{€}$ έχουν στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη μέση βαθμολογία Συζυγικής Ικανοποίησης από την αντίστοιχη των πατέρων που μηνιαίως συγκεντρώνουν ποσό $>1.000\text{€}$
- οι πατέρες με παιδί με αναπηρία που μηνιαίως συγκεντρώνουν ποσό $\leq 1.000\text{€}$ έχουν στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη μέση βαθμολογία Κατάθλιψης από την αντίστοιχη των πατέρων που μηνιαίως συγκεντρώνουν ποσό $>1.000\text{€}$
- οι νεότεροι πατέρες έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στην βαθμολογία του Συνολικού Γονεϊκού Άγχους
- οι νεότεροι πατέρες έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στη βαθμολογία της κατάθλιψης

Πίνακας 28: Στατιστικά Σημαντικά Αποτελέσματα ελέγχου t-test ως προς δημογραφικά (εντός της πειραματικής ομάδας)

Μεταβλητή	T	B.E.	Sig. (2-tailed)	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό σφάλμα για τη μέση τιμή
Βαθμολογία Συνολικού Γονεϊκού Άγχους:	2.909	56.493	0.005	Περιοχή διαβίωσης <20000: 97.275 >20000: 82.487	Περιοχή διαβίωσης <20000: 29.132 >20000: 18.991	Περιοχή διαβίωσης <20000: 4.606 >20000: 2.150
Βαθμολογία Συζυγικής ικανοποίησης:	2.027	82.395	0.046	Εισόδημα <=1000: 4.941 >1000: 4.238	Εισόδημα <=1000: 2.139 >1000: 1.425	Εισόδημα <=1000: 0.299 >1000: 0.174
Βαθμολογία Κατάθλιψης:	2.004	116	0.047	Εισόδημα <=1000: 30.627 >1000: 27.6119	Εισόδημα <=1000: 9.101 >1000: 7.24246	Εισόδημα <=1000: 1.274 >1000: 0.88481

Πίνακας 29: Στατιστικά Σημαντικά Αποτελέσματα Kruskal-Wallis ως προς δημογραφικά (εντός της πειραματικής ομάδας)

Μεταβλητή	KW	B.E.	Sig. (2-tailed)	Μέσος όρος τάξεων	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση
Γονεϊκό Άγχος:	6.711	2	0.035	20-40: 73.65 41-50: 62.52 51 και άνω: 51.38	20-40: 98.900 41-50: 87.652 51 και άνω: 82.980	20-40: 95.000 41-50: 89.500 51 και άνω: 82.980	20-40: 30.220 41-50: 21.381 51 και άνω: 22.170
Κατάθλιψη Beck:	9.765	2	0.008	20-40: 79.90 41-50: 59.24 51 και άνω: 51.88	20-40: 34.400 41-50: 28.521 51 και άνω: 27.153	20-40: 30.500 41-50: 26.500 51 και άνω: 25.000	20-40: 11.315 41-50: 7.350 51 και άνω: 6.616

6.3. Συζήτηση- συμπεράσματα

Η γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία φαίνεται να αποτελεί ένα μακροχρόνιο πρόβλημα που κλονίζει την οικογενειακή συνοχή και τις οικογενειακές σχέσεις (Αγγελόπουλος et al., 2020). Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον για τις οικογένειες παιδιών με αναπηρία. Οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν στις μητέρες και στα αδέλφια των ατόμων με αναπηρία καθώς φαίνεται να περνούν περισσότερο χρόνο μαζί, ενώ οι έρευνες για τους πατέρες είναι λιγοστές και δεν υπάρχουν ικανοποιητικά στοιχεία σχετικά με τις σκέψεις, τις ανησυχίες και το γενικότερο προφίλ των πατέρων που έχουν παιδί με αναπηρία. Με αυτόν τον τρόπο, όμως, παραγκωνίζονται τόσο η σημαντικότητα του πατρικού ρόλου, όσο και οι επιπτώσεις που μπορούν να παρουσιαστούν στη συνοχή ολόκληρης της οικογένειας από πιθανή δυσαρέσκειά τους (Lekholetova, Liakh & Zaveryko, 2020).

Στην παρούσα διπλωματική εργασία, στόχος ήταν η διερεύνηση των πατέρων παιδιών με αναπηρία ως προς το γονεϊκό άγχος, τη κατάθλιψη και τη συζυγική τους ικανοποίηση. Οι πατέρες παιδιών με αναπηρία συγκρίθηκαν με πατέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών ως προς τις τρεις προαναφερθείσες ερευνητικές μεταβλητές. Αρχικά, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι δύο ομάδες (πατέρες παιδιών με και δίχως αναπηρία) διαφοροποιούνται ως προς το άγχος για τον γονεϊκό τους ρόλο. Πιο αναλυτικά, οι πατέρες παιδιών με αναπηρία φαίνεται να βιώνουν περισσότερο γονεϊκό άγχος σε σύγκριση με τους πατέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών.

Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγουν οι περισσότερες παρόμοιες έρευνες (Özyazicioglu & Buran, 2014· Hsiao, 2018· Bourke-Taylor, Cotter, Joyce, Reddihough & Brown, 2021 κ.ά.). Πιο αναλυτικά, από την βιβλιογραφία αναδεικνύεται πως οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με πατέρες παιδιών δίχως ΔΑΦ (Picardi et al., 2018) ενώ το ίδιο παρατηρείται και για τους πατέρες κωφών παιδιών (Mavrogianni & Lampropoulou, 2018). Μάλιστα, το άγχος των πατέρων αυτών εστιάζει στην άμεση και μακροπρόθεσμη επιβίωση του παιδιού τους αλλά σχετίζεται και με τη θνησιμότητα των ίδιων (Marsh, Brown & McCann, 2020).

Ωστόσο, σε άλλες έρευνες επισημαίνονται και αντίθετα αποτελέσματα. Υπογραμμίζεται πως πατέρες παιδιών με αναπηρία αναφέρουν ψυχική ευεξία, καθόλου

γονεϊκό άγχος και πως οι γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών και παιδιών με αναπηρία δεν παρουσιάζουν διαφορά ως προς τα επίπεδα του γονεϊκού άγχους. Πιθανή εξήγηση σε αυτή την έρευνα είναι η επιτυχή συμμετοχή των παιδιών με αναπηρία σε κάποιο εξειδικευμένο πρόγραμμα θεραπειών (Demšar & Bakracevic, 2021).

Επίσης, από την παρούσα εργασία φαίνεται πως οι δύο ομάδες πατέρων διαφοροποιούνται ως προς τη συνολική βαθμολογία κατάθλιψης αλλά όχι ως προς τη μορφή κατάθλιψης. Οι πατέρες παιδιών με αναπηρία σημειώνουν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία κατάθλιψης από τους πατέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών όμως αυτή η διαφορά δεν ισχύει και για τις μορφές κατάθλιψης. Δηλαδή, οι περισσότεροι πατέρες σημείωσαν ήπια μορφή κατάθλιψης και όχι σοβαρή ή ακραία μορφή. Από την βιβλιογραφία σε γενικές γραμμές αναδεικνύεται πως οι πατέρες παιδιών με αναπηρία παρουσιάζουν αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με τους πατέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών αλλά λιγότερα από τις μητέρες παιδιών με αναπηρία (Scherer, Verhey & Kuper, 2019).

Οι περιορισμένες έρευνες για τη κατάθλιψη των πατέρων παιδιών με αναπηρία είναι στραμμένες κυρίως μόνο στους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, με νοητική και με ακουστική αναπηρία στους οποίους διαπιστώθηκε πως είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τους πατέρες χωρίς παιδί με ΔΑΦ, νοητική ή ακουστική αναπηρία (Cohrs, Austin, Leslie & Douglas, 2017· Seymour, Giallo & Wood, 2019· Picardi et all., 2018). Ενώ δεν έχουμε λεπτομέρειες ως προς την κατάθλιψη των πατέρων παιδιών και με άλλες αναπηρία.

Επιπροσθέτως, αν και σε γενικές γραμμές κυριαρχεί η άποψη ότι οι γονείς παιδιών με αναπηρία δεν είναι ευχαριστημένοι από τον γάμο τους (Langley, Totsika & Hasting, 2019), έχουν κακή σεξουαλική αλληλεπίδραση (Φραγγογιάννη, 2016) και οδηγούνται συχνά σε διαζύγιο (Giulio, Philipon & Jaschinski, 2014), τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνες έδειξαν πως οι πατέρες παιδιών με αναπηρία δεν διαφέρουν από τους πατέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών ως προς τη συζυγική τους ικανοποίηση. Και οι δύο ομάδες σημείωσαν καλή συζυγική ικανοποίηση.

Σε παρόμοια αποτελέσματα οδηγήθηκε και η έρευνα των Ki & Joanne (2014), στην οποία η ικανοποίηση από τον γάμο ήταν υψηλή για γονείς παιδιών με αναπηρία. Σε άλλη έρευνα φάνηκε πως πατέρες κωφών παιδιών, επίσης, δε διαφέρουν από τους πατέρες παιδιών χωρίς αναπηρία ως προς τη συζυγική τους ικανοποίηση.

Αναδεικνύεται, σε αυτή τη περίπτωση, ότι το είδος της αναπηρίας του παιδιού μπορεί να συμβάλει στον βαθμό της συζυγικής ικανοποίησης (Manrogianni & Lampropoulou, 2018). Αξίζει να αναφερθεί πως οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα συζυγικής δυσαρέσκειας σε σύγκριση με γονείς παιδιών που φέρουν άλλη αναπηρία και αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από τα συμπτώματα που παρουσιάζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ (Williamson & Johnston, 2016).

Ακόμη και θετικές επιπτώσεις σημειώθηκαν από τον ερχομό ενός παιδιού με αναπηρία στη συζυγική σχέση των γονέων του (Beighton & Wills, 2017). Μάλιστα, αξίζει να αναφερθεί πως στις περισσότερες έρευνες για τη συζυγική ικανοποίηση μελετώνται μόνο οι μητέρες παιδιών με αναπηρία και όχι οι πατέρες ή και συνδυαστικά. Επομένως, η δυσαρέσκεια της συζυγικής σχέσης σε έναν γάμο με παιδί που φέρει αναπηρία έχει ερευνηθεί κυρίως από τη πλευρά των μητέρων και ίσως αποτελεί αυθαίρετη γενίκευση. Είναι πιθανότερο οι μητέρες παιδιών με αναπηρία να αισθάνονται δυσαρέσκεια από τη συζυγική τους σχέση ίσως επειδή επωμίζονται τις περισσότερες οικιακές δουλειές, την φροντίδα του παιδιού με αναπηρία ή και άλλων παιδιών και να βιώνουν μια ανισότητα στη σχέση τους που οδηγεί σε δυσαρέσκεια.

Παράλληλα, από την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε πως το γονεϊκό άγχος επηρεάζει τη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων στο σύνολό τους. Όμως, η κατάθλιψη δεν φάνηκε να επιδρά στη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων. Οι αναλύσεις έδειξαν πως με την αύξηση της βαθμολογίας του γονεϊκού άγχους επέρχεται αύξηση της βαθμολογίας της κατάθλιψης. Άρα αυτές οι δύο μεταβλητές συσχετίζονται και έτσι μπορεί να αιτιολογηθεί το γεγονός πως στις περισσότερες έρευνες το άγχος και η κατάθλιψη των γονέων σχεδόν πάντα εξετάζονται μαζί (Bitsika & Sharpley, 2021· Demšar & Bakracevic, 2021· Scherer, Verhey & Kuper, 2019).

Όσον αφορά τους πατέρες παιδιών με αναπηρία που μας απασχόλησαν περισσότερο αναδείχθηκε πως από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά η περιοχή διαβίωσης, το μηνιαίο καθαρό εισόδημα και οι ηλικία μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του γονεϊκού τους άγχους, της κατάθλιψης και της συζυγικής ικανοποίησης. Πιο αναλυτικά, οι πατέρες παιδιών με αναπηρία που ζουν σε περιοχή με λιγότερο πληθυσμό σημειώνουν περισσότερο γονεϊκό άγχος. Παρομοίως, όσοι πατέρες μηνιαίως συγκεντρώνουν ποσό μικρότερο των 1.000 ευρώ παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ όσοι πατέρες μηνιαίως συγκεντρώνουν

περισσότερα από 1.000 ευρώ αναφέρουν περισσότερη συζυγική ικανοποίηση. Ακόμη, σχετικά με την ηλικία φάνηκε πως οι νεότεροι πατέρες της πειραματικής ομάδας σημειώνουν περισσότερο γονεϊκό άγχος και κατάθλιψη, ενώ η ηλικία δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συζυγική ικανοποίηση. Από άλλη έρευνα τονίστηκε, επίσης, πως παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν το γονεϊκό άγχος, την κατάθλιψη και τη συζυγική ικανοποίηση των πατέρων παιδιών με αναπηρία είναι η ηλικία, η εκπαίδευσή τους, τα χαμηλά εισοδήματα, η χαμηλή κοινωνική υπόσταση, ο αριθμός των παιδιών στην οικογένεια και το είδος αναπηρίας του παιδιού (Oddi, Murdock, Vadnais, Bridgett & Gartstein, 2013).

Τέλος, θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν αναφερόταν πως επειδή η συγκεκριμένη μελέτη έλαβε χώρα σε περίοδο πανδημίας, η ψυχική υγεία των συμμετεχόντων ενδέχεται να ήταν επηρεασμένη. Δηλαδή, μετά από μια περίοδο πολλών lockdown και αυστηρών περιορισμών λόγω των μέτρων για την αποφυγή της εξάπλωσης της πανδημίας COVID-19 πιθανότατα να υπάρχει ένα άνευ προηγουμένου αρνητικό αντίκτυπο στη ψυχική υγεία πολλών ανθρώπων. Ιδιαίτερα επηρεασμένοι φάνηκε να βγήκαν από αυτή τη κατάσταση τα άτομα με αναπηρίες και οι οικογένειές τους. Πιο συγκεκριμένα, για τους γονείς παιδιών με αναπηρία τονίστηκε ότι επηρεάστηκαν αρνητικά οι οικογενειακές σχέσεις και η ψυχική τους υγεία (Yael, Carmit-Noa, Roni & Shirli, 2022). Ωστόσο, από το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας που χορηγήθηκε στο δείγμα της παρούσας έρευνα δεν προέκυψε πως οι πατέρες παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές και η πειραματική ομάδα δεν διέφερε από την ομάδα ελέγχου.

6.4. Περιορισμοί της έρευνας- Συστάσεις για μελλοντική έρευνα

Όπως σε κάθε έρευνα έτσι και στην παρούσα προέκυψαν ορισμένοι περιορισμοί, οι οποίοι δεν καταστούν εφικτό ένα ολοκληρωμένο αποτέλεσμα με μεγάλη αξιοπιστία. Ο μικρός αριθμός του δείγματος της εργασίας αποτελεί τον πρώτο περιορισμό. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα συμμετείχαν 235 πατέρες από διάφορους νομούς της Ελλάδας και τα αποτελέσματα από αυτό μόνο το δείγμα μπορούν ασφαλώς να αναδείξουν μία τάση, αλλά είναι δύσκολο να γενικευτούν στον πληθυσμό. Ακόμη, καθώς η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε εν καιρώ πανδημίας (COVID-19) και μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και των Google Forms, δεν

δύναται η πλήρης βεβαιότητα αν απάντησε στο ερωτηματολόγιο το συγκεκριμένο άτομο στο οποίο απευθύνεται η έρευνα. Παράλληλα, καθώς εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, οι συμμετέχοντες ενδέχεται να εξωραΐζουν την εικόνα τους μέσω των απαντήσεων που δίνουν με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο κοινωνικά αρεστών απαντήσεων (Bryman, 2017).

Με βάση τους περιορισμούς που προαναφέρθηκαν κρίνεται ωφέλιμο μελλοντικά να διεξαχθούν έρευνες οι οποίες θα λάβουν υπόψη τους περιορισμούς αυτούς ώστε να είναι δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επιπροσθέτως, αξίζει να επισημανθεί πως για την οικογενειακή έρευνα προβάλλονται ως επιτακτική ανάγκη, πέρα από τη χρήση ερωτηματολογίου, οι ημιδομημένες συνεντεύξεις και οι αφηγηματικές αναλύσεις από γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας που να συλλαμβάνουν το πλήρες εύρος των λεπτομερειών της καθημερινότητας των οικογενειών ατόμων με αναπηρία (Ζώνιου- Σιδέρη & Ντεροπούλου- Ντέρου, 2019). Τέλος, θα ήταν ενδιαφέρουσα η εκτίμηση περισσότερων παραμέτρων της ζωής των πατέρων αλλά και των συγκεκριμένων παραμέτρων και σε ένα μεταγενέστερο χρονικό σημείο αρκετά αργότερα από τη περίοδο του εγκλεισμού λόγω των μέτρων κατά της εξάπλωσης της πανδημίας COVID-19, η οποία ενδεχομένως επηρέασε τη ψυχική υγεία πολλών ανθρώπων.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία:

- Αγγελόπουλος, Θ., Αλεξιάς, Γ., Θεοδώρου, Π., Κωσταγιόλας, Π., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2020). Διερεύνηση των Αναγκών των Οικογενειών Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες. *Hellenic Journal of Nursing*, 59(3): 260–272.
- Anderson, N. B., & Shames, G. H. (2013). *Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας*. (Ν. Τρίμμη, Ν. Ζιάβρα, Επιμ., & Γ. Λινάρδου, Μετ.) Broken Hill: Πασχαλίδης.
- Αλεβίζος, Β. (2008). *Άγχος: Ιατρικές & Κοινωνικές Διαστάσεις*. Αθήνα: Βήτα medical arts.
- Αρμπουνιώτη, Β., Κουτσοκλένη Ι., & Μαρνελάκης, Μ. (2007). *Νοητική υστέρηση*. ΕΠΕΑΕΚ: Πρόσβαση για όλους. Αθήνα.
- American Psychiatric Association (2015). *Διαγνωστικά κριτήρια από DSM-5TM* (Κ. Γκοτζαμάνης επιμ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα.
- Βλαχογιάννη, Α., & Αγγελή, Κ. (2014). Προγράμματα ενίσχυσης γονεϊκού ρόλου. *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία*, 1(1), 41-53.
- Βλάχου, Α., & Κλεφτάρας, Γ. (Επιμ.). (2019). *Όσα πρέπει να γνωρίζουν οι ψυχοθεραπευτές για την αναπηρία*. Αθήνα: Πεδίο.
- Βλάχος, Φ. Μ. (Επιμ.). (2018). *Εγκέφαλος, μάθηση και ειδική αγωγή*. Θεσσαλονίκη: Gutenberg.
- Bryman, A. (2017). *Μέθοδοι Κοινωνικής Έρευνας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Γενά, Α. (2002). *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Γενά, Α., & Μπαλαμώτης, Γ. (2013). *Η οικογένεια του παιδιού με αυτισμό*. Τόμος Α'. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Γενά, Α. (Επιμ.). (2017). *Συστηματική συμπεριφορική- Αναλυτική προσέγγιση. Αξιολόγηση, διάγνωση, εκπαίδευση, θεραπευτικές παρεμβάσεις και ένταξη*

παιδιών με *Νευρο- Αναπτυξιακές Διαταραχές με έμφαση στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος*. Αθήνα: Gutenberg.

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

Δελλασούδας, Λ.- Γ., (2005). *Εισαγωγή στην ειδική παιδαγωγική: Διδακτική μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*. Τόμος Β'. Αθήνα: Ιδιωτική έκδοση.

Ζήση, Α., & Σαββάκης, Μ. (2019). *Αναπηρία και κοινωνία. Σύγχρονες θεωρητικές προκλήσεις και ερευνητικές προοπτικές*. Αθήνα: Τζιόλα.

Ζώνιου- Σιδέρη, Α. (2009). *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευση τους. Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ζώνιου- Σιδέρη, Α., & Ντεροπούλου- Ντέρου, Ε. (Επιμ.). (2019). *Εγχειρίδιο σπουδών στην αναπηρία. Σύγχρονες Πολυεπιστημονικές Θεωρήσεις*. Αθήνα: Πεδίο.

Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2008). *Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας*. Ανακτήθηκε από: <https://www.esamea.gr/>.

Ζαχάκου, Ζ. (2015). Πραγματολογία και προβλήματα λόγου- τρόποι αντιμετώπισης. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 482-491.

Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μια εισαγωγή στην ειδική εκπαίδευση* (Δαβάζογλου, Α., & Κόκκινος, Κ. Επιμ. και Λυμπεροπούλου, Χ. Μετ.). Αθήνα: Τόπος.

Θεοδωρόπουλος, Ε., & Αποστολόπουλος, Κ. (2003). *Κοινωνιολογία της οικογένειας*. Αθήνα: εκδόσεις συγγραφέων.

Κανδαράκης, Α. (2004). *Συνυπάρχουν οι μαθησιακές δυσκολίες με τα προβλήματα συμπεριφοράς. Θεωρητική διερεύνηση- Πρακτική Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Σαββάλας.

Kandel, R.E., Schawatz, H.J., & Jessell, M.T. (2014). *Νευροεπιστήμη και Συμπεριφορά*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

Κάνιτζ, Α.-Λ. (1980). *Πατέρας. Ο νέος ρόλος του άνδρα στην οικογένεια*. Αθήνα: Νότος.

- Καραβασίλη, Μ., & Σκορδιαλός, Ε. (2018). Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της αναπηρίας στην οικογένεια και ο ρόλος της συμβουλευτικής. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 8, 348-361.
- Καραγιάννη, Π., & Ζώνιου- Σιδέρη, Α. (2006). Το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας. Θεωρία και ερευνητική πρακτική. Αντιφάσεις και ερωτήματα. *Μακεδόν*, 15, 223- 232.
- Καρασαββίδης, Σ. (2009). Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής και το άγχος των γονιών με παιδί με Νοητική Στέρωση. Στη Νοσηλευτική Διημερίδα «Φροντίδα: Η ευρύτητα του νοσηλευτικού ρόλου» του Περιφερειακού Τμήματος Καβάλας του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας, 18-19.
- Κατάκη, Χ. (1998). *Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας. Ψυχοκοινωνικές διεργασίες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καφίρη, Ι. (2019). Αίτια και τρόποι αντιμετώπισης της παιδικής και εφηβικής παραβατικότητας. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 9, 260-271.
- Κουρκούτας, Η. (2010). *Ψυχοπαιδαγωγικές Παρεμβάσεις σε Οικογένειες Παιδιών με Ιδιαίτερες Δυσκολίες: Θεωρητικά Ζητήματα και Πρακτικές Κατευθύνσεις*. (Κουρκούτας, Η., & Caldin, R. Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Κουρμπέτης, Β., Χατζόπουλος, Μ., Σαββαλίδου, Φ., & Ζωγράφου, Μ. (2007). *Προσεγγίζοντας την κώφωση. Διαναπηρικός οδηγός Εξειδίκευσης*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο/ Τμήμα Ψυχολογίας.
- Κυπριωτάκη, Μ., & Φραγγογιάννη, Μ.- Ε. (2010). *Η οικογένεια στο πλαίσιο της πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης*. (Κορνηλάκη, Α. Ν., Κυπριωτάκη, Μ. Α., & Μανωλίτσης, Γ. Επιμ.). Αθήνα: Πεδίο.
- Κυριαζοπούλου, Ζ. (2011). Ο μπαμπάς γιορτάζει και εμείς αναρωτιόμαστε. Διαθέσιμο στο: <http://www.mommy.gr>.
- Kummer, A. W. (2011). *Σχιστίες και Κρανιοπροσωπικές Ανωμαλίες, Επιπτώσεις στην ομιλία και την αντήχηση*. (Ν. Τρίμμης, Επιμ.) Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Κρασανάκης, Γ., (1991). *Ο πατρικός ρόλος*. Ηράκλειο: Ιδιωτική.
- Κρουσταλάκης, Γ. Σ. (2003). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες*. (5^η έκδοση). Αθήνα.

- Κρητικού, Μ., (2009). Ο ρόλος του πατέρα στην εγκυμοσύνη. Διαθέσιμο στο <http://www.yeskid.gr>.
- Λαδά, Ε. (2019). *Η ικανοποίηση από το γάμο και η ποιότητα της αδελφικής σχέσης σε οικογένειες με παιδί με ειδικές ανάγκες- Συγκριτική Μελέτη*. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Ανθρωπιστικών & Κοινωνικών επιστημών. Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής. Ανάκτηση από <https://ir.lib.uth.gr/xmlui/bitstream/handle/11615/49968/19167.pdf?sequence=1>
- Λεζέ, Ε. (2013). *Κλινική γενετική εκτίμηση και αναπτυξιολογική εξέταση των παιδιών που γεννιούνται με προεμφυτευτική γενετική διάγνωση: αξιολόγηση του γονεϊκού άγχους*. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Υγείας Μητέρας και Παιδιού. Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής. Ανάκτηση από <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/41208>
- Λιοδάκης, Δ. Β. (2000). *Εκπαιδευτικά προγράμματα για τυφλούς*. Αθήνα: Ατραπος.
- Λοράνδος, Ε. (2014). *Ψηφιακό Αποθετήριο Κυψέλη, Ενήλικες ρομαντικές σχέσεις και σχετική με την Υγεία Ποιότητα Ζωής: Ο ρόλος του στρες, του ενήλικου δεσμού και των συναισθημάτων. Η περίπτωση της κοινωνίας της Ιθάκης*. Διαθέσιμο από: <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/1703>.
- Μανιαδάκη, Κ., & Κάκουρος, Ε. (2016). *Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ. Από τη θεωρία στην πράξη*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μαργαρίτη, Μ. (2004). Η οικογένεια και το περιβάλλον. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*. <http://dx.doi.org/10.12681/edusc.2683>
- Μορφίδη, Ε. (2011). Η διδασκαλία της γλώσσας σε παιδιά με προβλήματα λόγου και ομιλίας. Στο Ν. Τσιτσανούδη- Μαλλίδη (επιμ.), *Γλώσσα και σύγχρονη (πρωτο)σχολική εκπαίδευση. Επίκαιρες προκλήσεις και προοπτικές*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Α' Έκδοση 1998. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.

- Μπόντσιου, Θ. (2014). *Οδηγός για τον ρόλο του θεραπευτή λόγου στο σχολικό πλαίσιο της γενικής εκπαίδευσης*. Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής.
- Νόβα- Καλτσούνη, Χ. (2018). *Οικογένεια & οικογενειακές σχέσεις*. Αθήνα: Gutenberg.
- Νόμος 1904/1951. Περί προστασίας και αποκατάστασεως των τυφλών. ΦΕΚ 191/Α'/1951.
- Νόμος 2817/2000. Εκπαίδευση ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 78/Α'/2000.
- Νόμος 5582/ 2018. Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες. ΦΕΚ 12/Α'/2018.
- Παναγιωτίδου-Πράπα, Α., (2000). *Το βιβλίο της μητρότητας*. Αθήνα: Μίνωας.
- Παπαδόπουλος, Κ. Σ. (2005). *Τύφλωση και ανάγνωση: Διαβάζοντας με την υφή*. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.
- Παπαδόπουλος, Κ. (2007). *Εκπαίδευση Ατόμων με προβλήματα όρασης*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστημιακές Σημειώσεις Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Parke, R. (1987). *Ο πατέρας. Η συμβολή του στην διαμόρφωση του παιδιού*. Αθήνα: Κουτσούμπος.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2017). *Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες*. Αθήνα: Διάδραση.
- Σαρρής, Δ. (2021). *Διαταραχές γραπτού- προφορικού λόγου και επικοινωνίας σε παιδιά με και χωρίς τυπική ανάπτυξη. Κλινικές, νευροαναπτυξιακές και ψυχοπαιδαγωγικές αξιολογήσεις*. Αθήνα: Πεδίο.
- Σιδηρόπουλος- Δημακάκου, Δ., Μυλωνάς, Κ. & Αργυροπούλου, Α. (2008). Επανασχεδιασμός της θεωρίας, της έρευνας και της εφαρμογής της επαγγελματικής συμβουλευτικής σε μαθητές με ειδικές ανάγκες: Στάσεις και απόψεις μαθητών και γονέων ΑμΕΑ για τον επαγγελματικό προσανατολισμό και την επαγγελματική προετοιμασία στο σχολείο. 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εξελικτικής Ψυχολογίας. Συμπόσιο: «Επαγγελματική ανάπτυξη και κοινωνικός αποκλεισμός», Πανεπιστήμιο Αθηνών.

- Σούλης, Γ.- Σ. (2008). *Ένα σχολείο για όλους: Από την έρευνα στην πράξη. Παιδαγωγική την ένταξης*. 1^η Έκδοση. Αθήνα: Gutenberg.
- Σούλης, Γ.- Σ. (2020). *Σπουδή στη νοητική αναπηρία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Σταθόπουλος, Π. (1996). *Κοινωνική Πρόνοια*. Αθήνα: Έλλην.
- Στασινός, Δ. (2013). *Η ειδική εκπαίδευση 2020. Για μια συμπεριληπτική ή ολική εκπαίδευση στο νέο- ψηφιακό σχολείο με ψηφιακούς πρωταθλητές*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σταύρου, Λ. (2002). *Ψυχαπαιδαγωγική αποκλινόντων*. Αθήνα: Άνθρωπος.
- Στεργίου, Α. (1999). *Αναπηρία. Η αναπηρία στη νομοθεσία του Ι.Κ.Α.* Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Συριοπούλου- Δελλή, Χ. (2020). *Πρώιμη παρέμβαση & συμβουλευτική της οικογένειας νηπίων και παιδιών με διαταραχές στο Φάσμα του Αυτισμού*. Αθήνα: Gutenberg.
- Shipley, K. G., & McAfee, J. G. (2013). *Διαγνωστικές Προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία*. (Βιρβιδάκη, Ε. Σ. Επιμ. Ταφιάδης, Δ. Χ. Μετ.) Gotsis.
- Smith, D. D., & Tyler, N. C. (2019). *Εισαγωγή στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση. Φέρνοντας την Αλλαγή* (Α. Σ. Αντωνίου, Επίμ.). Αθήνα: Gutenberg.
- Τσιμπιδάκη, Α. (2015). Προβολές και συναισθήματα πατέρων με παιδιά με σοβαρές αναπηρίες για το παρόν και το μέλλον. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 1448-1457.
- Τσιμπιδάκη, Α., Τσιμπιδάκης, Χ. & Πάνου, Α. (2019). *Οικογένεια και παιδί με εγκεφαλική παράλυση. Ψυχοπαιδαγωγική και ιατρική παράλυση*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Φραγγογιάννη, Μ. (2016). Η επίδραση του παιδιού με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στη σχέση των γονέων του. (Διδακτορική διατριβή), Πανεπιστήμιο Κρήτης. Σχολή Επιστημών Αγωγής. Παιδαγωγικό τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης. Ανακτήθηκε από:
<https://www.didaktorika.gr/eadd/bitstream/10442/37782/1/37782.pdf>
- Χατζηκακού, Κ., & Νικολαραίζη, Μ. (2006). Η ενιαία εκπαίδευση και η ανάπτυξη της ταυτότητας των κωφών παιδιών. (Φτιάκα, Ε., Γαγάτσης, Α, Ηλία, Ι., &

Μοδέστου, Μ, Επιμ.) «*Η Σύγχρονη Εκπαιδευτική Έρευνα στην Κύπρο*», *Πρακτικά 9ου Συνεδρίου Παιδαγωγικής Εταιρείας Κύπρου, 2-3 Ιουνίου, 2006*, 811-822. Λευκωσία: Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία:

- Altieri, M., & Von Kluge, S. (2009). Searching for acceptance: Challenges encountered while raising a child with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(2), 142–152
- Amato, P.R. (2014). Marriage, cohabitation, and mental health. *Family Matters*, 96(5), 13.
- Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L., & Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 167-170.
- Ang, K.Q.P., & Loh, P.R. (2019). Mental Health and Coping in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Singapore: An Examination of Gender Role in Caring. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi:10.1007/s10803-019-03900-w
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Basaran, A., Karadavut, K., Uneri, S., Balbaloglu, O., & Atasoy, N. (2013). The effect of having a children with cerebral palsy on quality of life, burn-out, depression and anxiety scores: A comparative study. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 49(6), 815.
- Bhagchandani, R. K. (2017). Effect of Loneliness on the Psychological Well-Being of College Students. *International Journal of Social Science and Humanity*, 7(1), 60-64. doi: 10.18178/ijssh.2017.7.1.796
- 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

- 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, 325- 345.
- Bitsika, V., & Sharpley, C. (2021). Symptom profiles and correlates of anxiety and depression among parents of autistic girls and boy. *Research in Developmental Disabilities*, 111. doi: 10.1016/j.ridd.2021.103874
- Blumstein, P., & Schwartz, P. (1983). *American couples*. New York: Basic Books.
- Bogenschneider, K., & Corbett, T. (2004). Building enduring policies in the 21st century: The past as prologue. In: Coleman, M. & Ganong, L. H. (eds.), *Handbook of family diversity: Considering the past, contemplating the future*, 451- 468. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bonsall, A. (2013). *An Ethnographic Study of Men Fathering Children with Disabilities*. University of South California.
- Bourke-Taylor, H., Cotter, C., Joyce, K., Reddihough, D., & Brown, T. (2021). Fathers of children with a disability: health, work, and family life issues. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1910739>
- Boyras, G., & Sayger, T.V. (2011). Psychological well-being among fathers of children with and without disabilities: the role of family cohesion, adaptability and paternal self-efficacy. *American Journal of Men's Health* 5(4): 286- 296.
- Bujnowska, A., Robriguez, C., Garcia, T., Areces, D., & Marsh, N. (2019). Parenting and Future Anxiety: The Impact of Having a Child with Developmental Disabilities. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(4), 668.
- Cameron, H., & Cooper, L. (2020). Fathers' experiences as carers for autistic children with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 49(1), 13-22.
- Carr, D., & Springer, K. W. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 743-761. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00728.x>.

- Cheung, K., & Theule, J. (2016). Parental psychopathology in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3451-3461.
- Ching-Rong Lin, Yun-Fang Tsai, & Hsueh-Ling Chang (2008). Coping mechanisms of parents of children recently diagnosed with autism in Taiwan: a qualitative study, *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2733- 2740.
- Cohrs, A, Leslie, C., & Douglas, 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.
- Contact a Family (2001). CaF Factsheet: Siblings. Retrieved from: <http://www.sibspace.org>
- Cummings, S.T. (1976). The impact of the child's deficiency on the father: a study of fathers of mentally retarded and chronically ill children. *American Journal of Orthopsychiatry* 46(2), 246–255.
- Da Costa Cunha K., Pontes, F. A. R., & Da Costa Silva, S. S. (2017). Parenting Stress and Motor Function of Children with Cerebral Palsy. *Psychology*, 8, 44-58. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2017.81004>.
- Dale, N. (1996). *Working with Families of Children with Special Needs*. London: Routledge.
- Darling, D., Senatore, N. & Strachan, J. (2011). Fathers of Children with Disabilities: Stress and Life Satisfaction. *Stress & Health*, 28(4), 269-278.
- Deaf Children Australia 150, (2012). Communication Methods. Ανακτήθηκε από: <https://deafchildrenaustralia.org.au/wpcontent/uploads/2014/12/Communication-Methods-2012.pdf>
- Demšar, A., & Bakracevic, K. (2021). Depression, Anxiety, Stress, and Coping Mechanisms among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2021.1947474>

- Dervishaliaj, E. (2013). Parental Stress in Families of Children with Disabilities: A Literature Review. *Journal of Educational and Social Research*, 3(7), 579- 584.
- Dockrell, J. E., & Hurry, J. (2018). The identification of speech and language problems in elementary school: Diagnosis and co-occurring needs. *Research in Developmental Disabilities*, 12. doi:10.1016/j.ridd.2018.04.009
- Eddy, L., & Walker, A. (1999). The Impact of Children With Chronic Health Problems on Marriage. *Journal of Family Nursing*, 10-32.
- Ekas, N. V., Pruitt, M. M., & McKay, E. (2016). Hope, social relations, and depressive symptoms in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 29-30, 8-18. doi:10.1016/j.rasd.2016.05.006
- Esdaile, S.A. & Greenwood, K.M. (2003). A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent–child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, 10(2), 115- 126.
- Espeso, A., Owens, D., & Williams, G. (2006). The diagnosis of hearing loss in children: Common presentations and investigations. *Current paediatrics*, 16, 484- 488.
- Esposito, M., Marotta, R., Roccella, M., Gallai, B., Parisi, L., Lavano, S. M., & Carotenuto, M. (2014). Pediatric neurofibromatosis 1 and parental stress: a multicenter study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1, 141.
- Friedrich, W.N. (1981). Psychosocial assets of parents of handicapped non-handicapped children. *American Journal of Mental Deficiency*, 85(5), 551-3.
- Freitas, P. M. de, Rocha, C. M., & Haase, V. G. (2014). Analysis of Predictors of the Psychological Status of Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 14, 453-473.
- 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(2), 448-454.
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D., & Garyfallos, A. (1991). Greek version of the General Health

- Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand*, 84, 371-378.
- Gershby, N., & Gray, S. A. (2020). Parental emotion regulation and mentalization in families of children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 24(14), 2084-2099. doi: 10.1177/1087054718762486
- Giallo, R., Seymour, M., Matthews, J., Gavidia-Payne, S., Hudson, A., & Cameron, C. (2015). Risk factors associated with the mental health of fathers of children with an intellectual disability in Australia. *J Intellect Disabil Res*, 59(3), 193-207.
- Gillis, J.R. (2000). Marginalization of Fatherhood in Western Countries. *Childhood*, 7(2), 225-238.
- Giulio D. P., Philipov, D., & Jaschinski, I. (2014). Families with disabled children in different European countries. *Families And Societies Working Paper 23*, 1-43.
- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. (1994). Mothers' experience with household roles and social support during the first postpartum year. *Women and Health*, 21, 57-74.
- Gosztyła, T., & Prokopiak, A. (2017). Sense of loneliness in parents of children with autism spectrum disorder and children with intellectual disability. *Psychoterapia*, 3(182), 81-92.
- Gray, DE. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. *Social Science and Medicine*, 56, 631-642.
- Gray P.B., Parkin, J.C., & Samms- Vaughan, M.E. (2007). Hormonal correlates of human paternal interactions: A hospital based investigation in urban Jamaica. *Hormones and Behaviour*, 52, 499-507.
- Guillamón, N., Nieto, R., Pousada, M., Redolar, D., Muñoz, E., Hernández, E., & Gómez-Zúñiga, B. (2013). Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: The influence of self- efficacy and coping strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1579-1590.
- Handicaps Welfare Association. (2013). General Information on Physical Disabilities.

- Hartley, S. L., Seltzer, M. M., Head, L., & Abbeduto, L. (2012). Psychological well-being in fathers of adolescents and young adults with Down syndrome, fragile X syndrome, and autism. *Family Relations*, 61(2), 327–342.
- Harper, A., Dyches, T. T., Harper, J., Roper, S. O., & South, M. (2013). Respite care, marital quality, and stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(11), 2604–2616.
- Hastings R. P., & Brown T. (2002) Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 222–32.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9(4), 377-391.
- Hintermair, M. (2006). Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 493-513.
- Hodapp R., Ly T.M., Fidler D.J., & Ricci L.A. (2003). The effects of the child with Down syndrome on maternal stress. *British Journal of Developmental Psychology*, 21, 131-151.
- Holroyd, J., & McArthur, D. (1976). Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood autism. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 431-436.
- Holmes, E.K., & Huston, A.C. (2010). Understanding Positive Father-Child Interaction: Children's, Fathers' and Mothers' Contributions. *Fathering*, 8(2), 203-225.
- Houser, R., & Seligman, M. (1991). A comparison of stress and coping by fathers of adolescents with mental retardation and fathers of adolescents without mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 12, 251-260.
- Hudson, A., Matthews, J., Gavidia-Payne, S., Cameron, C., Mildon, R., Rudler, G., & Nankerris, K. (2003). Evaluation of an intervention system for parents of

- children with intellectual disability and challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 238-249.
- Hsiao, Y. J. (2018). Parental stress in families of children with disabilities. *Intervention in school and clinic*, 53(4), 201-205.
- Ingersoll, B., & Hambrick, D. Z. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 337-344.
- Jokinen, N.S., & Brown, R.I. (2011). Family Quality of Life and Older-Aged Families of Adults with an Intellectual Disability. In R. Kober, *Enhancing The Quality of Life of People with Intellectual Disabilities: From Theory to Practice*, 279-303. London, New York: Springer.
- Kendall, J., Leo, M. C., Perrin, N., & Hatton, D. (2005). Modeling ADHD child and family relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 27(4), 500-518. doi:10.1177/0193945905275513.
- Kersh, J., Hedvat, T. T., Hauser-Cram, P., & Warfield, M. E. (2006). The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 883-893.
- Ki, Y., & Joanne, C. (2014). Stress and Marital Satisfaction of Parents with Children with Disabilities in Hong Kong. *Psychology*, 5, 349-357.
- Langley, E., Totsika, V., & Hastings, R. P. (2019). Psychological well-being of fathers with and without a child with intellectual disability: a population-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 12692. doi:10.1111/jir.12692
- Lamb, M. E. (1987). Introduction: The emergent American Father. *The Father's Role, Cross-cultural Perspectives*, Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Lawrence, P., Murayama, M., & Creswell, C. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Anxiety and Depressive Disorders in Offspring of Parents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 46-60. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.898>

- Laxman, D., McBride, B., Jeans, L., Dyer, W. J., Santos, R., Kern, J., Sugimura, N., Curtiss, S. L., & Weglarz-Ward, J. M. (2015). Father Involvement and Maternal Depressive Symptoms in Families of Children with Disabilities or Delays. *Maternal and Child Health Journal, 19*(5), 1078- 1086. doi:10.1007/s10995-014-1608-7
- Lee, G. K., Lopata, C., Volker, M. A., Thomeer, M. L., Nida, R. E., Toomey, J. A., & Smerbeck, A. M. (2009). Health-related quality of life of parents of children with high-functioning autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 24*(4), 227-239.
- Lekholetova, M., Liakh, T., & Zaveryko, N. (2020). Problems of parents caring for children with disabilities. In *Proceedings of the International Scientific Conference. Volume IV* (Vol. 268, p. 278).
- Lesesne, C. A., Visser, S. N., & White, C. P. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: Association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics, 111*(1), 1232-1237.
- Lovell, B., Moss, M., & Wetherell, M. A. (2015). The psychophysiological and health corollaries of child problem behaviours in caregivers of children with autism and ADHD. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*(2), 150- 157.
- Lucas, A. (2016). Marital quality. In encyclopedia of family studies. (C. L. Shehan. Ed.).
- MacDonald, E., Hasting, R., & Fitzsimons, E. (2010). Psychological Acceptance Mediates the Impact of the Behaviour Problems of Children with Intellectual Disability on Fathers' Psychological Adjustment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 23*(1), 27-37.
- Magil-Evasns, J., Darrah, J., Pain, K., Adkins, R., & Kratochvil, M. (2001). Are families with adolescents and young adults with cerebral palsy the same as other families? *Developmental Medicine & Child Neurology, 43*, 466-472.
- Marcus, M., Yasamy, M.T., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Concern Depression: A global public health concern. *World Health Organization Paper on Depression, 6-8*.

- Marsiglio, W. (1993). Contemporary Scholarship on Fatherhood. *Journal of Family Issues*, 14(4), 485-510.
- Marsh, L., Brown, M., & McCann, E. (2020). The Views and Experiences of Fathers of Children with Intellectual Disabilities: A Systematic Review of the International Evidence. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 17(1), 79-90.
- Mavrogianni, T., & Lampropoulou, V. (2018). The Involvement of Fathers with Their Deaf Children. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1–13. doi:10.1080/1034912X.2018.1551520
- Meltzer, L. J. (2008). Brief report: Sleep in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(4), 380-386.
- Millar, D. (2006). *The impact father on a child's socio-emotional development, Father matter, Father Knowledge Centre Europe*. Essex University. Ανακτήθηκε από <http://www.fathermatter.wordpress.com>.
- Minarikova, E., Vernhet, C., Peries, M., Loubersac, J., Picot, M.-C., Munir, K., & Baghdadli, A. (2021). Anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorder during the first COVID-19 lockdown: Report from the ELENA cohort. *Journal of Psychiatric Research*. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395621006713>.
- Muncie, J., Wetherbell, M., Langan, M., Dallos, R., & Cochrane, A. (2009). *Οικογένεια. Η μελέτη και κατανόηση της οικογενειακής ζωής*. (Αυγήτα, Έ. & Τσονίδης, Α., Μετ.). Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Murdock, G. P. (1949). *Social Structure*. New York: MacMillan.
- Newland, R. P., Crnic, K. A., Cox, M. J., & Mills-Koonce, W. R. (2013). The family model stress and maternal psychological symptoms: Mediated pathways from economic hardship to parenting. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 96.
- Norlin, D., & Broberg, M. (2013). Parents of children with and without intellectual disability: couple relationship and individual well-being. *J Intellect Disabil Res*, 57(6), 552-66.

- Oddi, K.B., Murdock, K.W., Vadnais, S., Bridgett, D.J., & Gartstein, M.A. (2013). Maternal and Infant Temperament Characteristics as Contributors to Parenting Stress in the First Year Postpartum. *Inf. Child. Dev.*, 22(6), 553-579. doi:10.1002/icd.1813.
- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31, 1-12.
- Oliveira, E. d. F., & Limongi, S. C. O. (2011). Quality of life of parents/caregivers of children and adolescents with Down syndrome. *Jornal da Sociada de Brasileira de Fonoaudiologia*, 23(4), 321-327.
- 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.
- Özyazıcıoğlu, N., & Buran, G. (2014). Social Support and Anxiety Levels of Parents with Disabled Children. *Rehabilitation Nursing Journal*, 39(5), 225-231. doi: 10.1002/rnj.137
- Pavlidis, G. T., & Giannouli, V. (2014). Linking ADHD–Dyslexia and specific learning difficulties. In P. Garner, J. Kauffman & J. Elliott (Eds.), *The Sage handbook of emotional and behavioral difficulties*, 221-235. Sage publications.
- Pant, P., & Joshi, P. K. (2016). A comparative study of Emotional Stability of visually Impaired Students Studying at Secondary Level in Inclusive Setup and Special Schools. *Journal of Education and Practice*, 7(22), 53- 58.
- Prakash, S., Ravichandran, A., Susan, K. Y., & Winnie, A. (2013). Measuring Levels of Stress and Depression in Mothers of Children Using Hearing Aids and Cochlear Implants: A Comparative Study. *International Journal of Special Education*, 28(1), 37-44.
- Pattnaik, J., & Srirarm, R. (2010). Father/ Male Involvement in the care and Education of children: History, Trends, Research, Policies and Programs around the world. *Childhood Education*, 86 (6), 354- 359.

- Pesonen, A., Raikkonen, K., Heinonen, K., Komsu, N., Jarvenpaa, A. & Strandberg, T. (2008). A transactional model of temperamental development: evidence of a relationship between child temperament and maternal stress over five years. *Social Development*, 17, 326–40.
- Petry, K., Maes, B., & Vlaskamp, C. (2005). Domains of Quality of Life of People with Profound Multiple Disabilities: the Perspective of Parents and Direct Support Staff. *Journal of Applied Research on Intellectual Disabilities*, 18, 35-46.
- Picardi, A., Gigantesco, A., Tarolla, E., Stoppioni, V., Cerbo, R., Cremonese, M., Alessandri, G., Lega, I., & Nardocci, F. (2018). Parental Burden and its Correlates in Families of Children with Autism Spectrum Disorder: A Multicentre Study with Two Comparison Groups. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 14(1), 143-176. doi:10.2174/1745017901814010143
- Pleck, J. H., & Masciadrelli, B. P. (2004). Paternal involvement by U.S. residential fathers. *Child Development*, New York, Wiley.
- Psouni, E., Frisk, C., & Brocki, K. (2021). Anxiety among fathers in the postnatal period: Links to depression, attachment insecurity and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100276>
- Rafferty, D., Tidman, L., & Ekas, N. V. (2020). Parenting experiences of fathers of children with autism spectrum disorder with or without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 12728. doi:10.1111/jir.12728.
- Reichman, N. E., Corman, H., & Noonan, K. (2007). Impact of Child Disability on the Family. *Maternal and Child Health Journal*, 12(6), 679-683. doi:10.1007/s10995-007-0307-z
- Richter, L., Chikovore, J., & Makusha, T. (2010). The Status of Fatherhood and Fathering South Africa. *Childhood Education*, 86 (2), 360- 365.
- Sabat, C., Burke, M., & Arango, P. (2021). Parental styles and attitudes of fathers of children and adolescents with intellectual disability: Do parental styles and

- attitudes impact children's adaptive behaviour? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(6), 1431-1441.
- Samakouri M., Bouchos G, Kadoglou M., Giantzelidou A., Tsolaki K., & Livaditis M., (2012). Standardization of the Greek version of Zung's Self-rating Anxiety Scale (SAS). *Psychiatriki*, 23, 212-220.
- Santos, A. A. de S. Oliveira, C. C. da C., Vargas, M. M., Macedo & I. de A. B. (2010). Assessment of the Overload of Caregivers of Children with Cerebral Palsy. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9, 503-509.
- Saracho, N., O. & Spodek, B., (2008). Fathers: the 'invisible' parents. *Early Child Development and Care*, 178(7-8), 821-836.
- Sass-Lehrer, M., (2003). Programs and services. Στο: B. Bodner-Johnson & M. Sass Lehrer (Eds), *The Young Deaf and Hard of Hearing Child. A Family - Centered Approach to Early Intervention*. Baltimore, Maryland: Paul Brookes Publishing Co.
- Scharff, D., & Scharff, J. (2000) *Object Relation Couple Therapy*. Jason Aronson: New York.
- Scherer, N., Verhey, I., & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219888>.
- Schneck, C.M. (2005). Visual Perception. *Occupational therapy of children*.
- Seligman, M., & Darling, B. (2007). *Ordinary families, special children (3rd ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Sen, E., & Yurtsever, S. (2007). Difficulties Experienced by Families With Disabled Children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(4), 238-252.
- Seymour M., Giallo R., & Wood C. E. (2017). The psychological and physical health of fathers of children with autism spectrum disorder compared to fathers of children with long-term disabilities and fathers of children without disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 69, 8-17.

- Seymour, M., Giallo, R., & Wood, C.E. (2019). Perceptions of social support: comparisons between fathers of children with autism spectrum disorder and fathers of children without developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(6), 414-425.
- Stephens, W. (1963). *The family in cross-cultural perspective*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Takataya, K., Yamazaki, Y., & Mizuno, E. (2016). Perceptions and feelings of fathers of children with Down syndrome. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 44-551.
- Tavakol, Z, Nikbakht, N.A., Behboodi, B, Moghadam, Salehiniya, S, Rezaei, E., & Elham. (2017). A Review of the Factors Associated with Marital Satisfaction. *Galen Medical Journal*, 6(3).
- Thomson, R. G. (2017). *The Extraordinary Bodies: figuring physical disability in American culture and literature* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Timothy, B., Smith, Ph.D., Matthew N.I. Oliver, M.A., Mark S., & Innocenti, Ph.D. (2001). Parenting Stress in Families of Children with Disabilities. *American journal of orthopsychiatry*, 71(2).
- Timberger, N. (1952). The curious behavior of the stickleback. *Scient Am*, 187, 22-36.
- Tiwari, S.C. (2013). Loneliness: A disease?. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 320-322. DOI:10.4103/0019-5545.120536.
- Towers, C., & Swift, P. (2006). Recognising Fathers- Understanding the Issues Faced by Fathers of Children with a Learning Disability. *Foundation for People with Learning Disabilities: Mental Health Foundation*.
- Tsamparli, A., Tsidaki, A., & Roussos, P. (2011). Siblings in Greek families. Raising a child with disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 13(1), 1-19.
- Twenge, J., Campbell, K., & Foster, C. (2003). Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta-Analytic Review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574-583.

- Vadasy, P.F., Meyer, D.J., Fewell, R.R., & Greenberg, M.T. (1985). Supporting fathers of handicapped young children: Preliminary findings of program effects. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, 151-163.
- Vilaseca, R., Ferrer, F, Olmos, J. G., & Quantity, Q. (2014). Gender differences in positive perceptions, anxiety, and depression among mothers and fathers of children with intellectual disabilities: a logistic regression analysis. *Springer Link*. 48, 2241-2253.
- Vogel-Walcutt, J. J., Schatschneider, C., & Bowers, C. (2011). Social-Emotional functioning of Elementary-Age Deaf Children: A Profile Analysis. *American annals of the deaf*, 156(1), 6-22.
- Waite, L.J., & Gallagher, M. (2000). *The Case for Marriage*, Broadway Books, New York.
- Williamson, D., & Johnston, C. (2019). Maternal ADHD symptoms and parenting stress: The roles of parenting self-efficacy beliefs and neuroticism. *Journal of attention disorders*, 23(5), 493-505. doi: 10.1177/1087054717693373.
- Whisman, M. A., Snyder, D. K., & Beach, S. R. H. (2009). Screening for Marital and Relationship Discord. *Journal of Family Psychology*, 23(2), 247-254. doi: 10.1037/a0014476.
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2001). *Health topics: Disabilities*. Geneva: World Health Organization. Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/health-topics/disability>.
- WHO. (2016). Visual Impairment and blindness.
- WHO. (2017a). Deafness and hearing loss.
- WHO. (2017b). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Ανάκτηση από <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER2017.2-eng.pdf>

Yael, H, Carmit-Noa, S, Roni, H, Shirli, W. (2022). Together in a Pressure Cooker: Parenting Children with Disabilities during the COVID-19 Lockdown. *Disability and Health Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2022.101273>.

Yang CH, Du YS, Gong Y, Liu WW, & Kutcher S. (2016). Depressive symptoms and their correlates in parents of children with autism spectrum disorders. *Int J Clin Exp Med*, 9(2), 5135-5143.

Yilmaz H, Erkin G, & Nalbant L. (2013). Depression and anxiety levels in mothers of children with cerebral palsy: a controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med*, 49(6), 823-827.

Διαδικτυακές πηγές:

<https://www.esamea.gr/>

Υ.Υ.Κ.Α. 2011. Παγκόσμια Ημέρα Ψυχικής Υγείας. Ανακτήθηκε από: <https://www.moh.gov.gr/articles/news/760-pagkosmia-hmera-psykikhs-ygeias>

National Institute of Mental Health, 2015 <https://www.nimh.nih.gov/>

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στο πλαίσιο ερευνητικής μεταπτυχιακής εργασίας που διεξάγεται θα σας παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Η συμμετοχή σας θα έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και σας παρακαλούμε θερμά να απαντήσετε ειλικρινά σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Τα στοιχεία που παρέχετε θα παραμείνουν απολύτως ανώνυμα. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την ανταπόκριση, τη συνεργασία και την υπομονή σας. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζονται περίπου 15'.

Υπεύθυνη έρευνας: Αθηνά- Μαρία Λάμπρου (athinalb98@gmail.com)

1. Ηλικιακή κατηγορία:

20-30

31-40

41-50

51-60

61και άνω

2. Περιοχή διαβίωσης:

50-1.000 ατόμων

1.001-3.000 ατόμων

3.001-10.000 ατόμων

10.001- 20.000 ατόμων

20.001 και άνω ατόμων

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος

Άγαμος

Διαζευγμένος

Χήρος

4. Επίπεδο εκπαίδευσης:

Απολυτήριο Δημοτικού

Απολυτήριο Γυμνασίου

Απολυτήριο Λυκείου

Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, Μέση εκπαίδευση)

Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ

Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό δίπλωμα

5. Εργασιακή κατάσταση:

Άνεργος

Μερική απασχόληση

Πλήρης απασχόληση

Συνταξιούχος

6. Μηνιαίο καθαρό εισόδημα:

0€-500€

501€-1.000€

1.001€-2.000€

2.001€ και άνω

7. Είστε θρησκευόμενος;

Ναι

Όχι

8. Πόσο ασχολείστε με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Instagram, Twitter κλπ);

Καθόλου

1-2 ώρες την εβδομάδα

1-2 ώρες την ημέρα

Πάνω από 3 ώρες την ημέρα

9. Έχετε κάποιο χόμπι;

Ναι

Όχι

10. Ποιους αισθάνεστε πιο κοντά σας;

Σύντροφο/ σύζυγο/ σχέση

Φίλους

Γονείς

Συγγενείς

11. Πόσους στενούς φίλους έχετε;

0-1

2-4

5-6

7 και άνω

12. Πόσες φορές την εβδομάδα βγαίνετε για διασκέδαση (φαγητό, καφέ, ποτό κ.λπ.) χωρίς την οικογένεια;

0-1 φορές

2-3 φορές

4 και άνω φορές

13. Πόσες φορές την εβδομάδα βγαίνετε για διασκέδαση (φαγητό, καφέ, ποτό κ.λπ.) μαζί με την οικογένεια (και παιδιά);

0-1 φορές

2-3 φορές

4 και άνω φορές

14. Πόσα παιδιά έχετε;

1

2

3

4 και άνω

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ: Παρακαλώ θερμά σε περίπτωση που έχετε πάνω από ένα παιδί, να έχετε στο νου σας για κάθε ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνετε ένα μόνο παιδί σας είτε αυτό είναι τυπικώς αναπτυσσόμενο είτε με κάποια αναπηρία.

15. Σε περίπτωση που έχετε κάποιο παιδί με αναπηρία: ποιο το είδος της αναπηρίας που έχει διαγνωστεί το παιδί σας; (όχι υποχρεωτική ερώτηση)

Νοητική αναπηρία

Οπτική αναπηρία

Ακουστική αναπηρία

Σωματική ή κινητική αναπηρία

Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

Πολλαπλές αναπηρίες

Προβλήματα λόγου και ομιλίας

Προβλήματα συμπεριφοράς

16. Σε περίπτωση που έχετε κάποιο παιδί με αναπηρία: πότε έγινε η διάγνωση; (όχι υποχρεωτική ερώτηση)

Πριν τη γέννηση

Πριν τα 3 έτη

Πριν τα 6 έτη

Μετά τα 6 έτη

17. Φύλο του παιδιού για το οποίο συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο:

Αγόρι

Κορίτσι

18. Πόσο χρονών είναι το παιδί;

0-3 ετών

4-6 ετών

7-12 ετών

13-18 ετών

19 <... ετών

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά: θα θέλαμε να ξέρουμε αν έχετε κάποια ενοχλήματα και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν, κυκλώνοντας απλά την απάντηση (1-4) που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε, θέλουμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:				
19. Α1 Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα από ότι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Χειρότερα από ότι συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως 4
	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
20. Α2 Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	1	2	3	4
21. Α3 Νιώθεις εξαντλημένος	1	2	3	4

και κακοδιάθετος;				
22. A4 Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος;	1	2	3	4
23. A5 Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	1	2	3	4
24. A6 Νιώθεις σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;	1	2	3	4
25. A7 Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι εξάψεις ή κρυάδες;	1	2	3	4
26. B1 Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος;	1	2	3	4
27. B2 Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	1	2	3	4
28. B3 Έχεις αισθανθεί να	1	2	3	4

βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;				
29. B4 Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	1	2	3	4
30. B5 Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	1	2	3	4
31. B6 Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	1	2	3	4
32. B7 Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός και σε υπερδιέγερση;	1	2	3	4
33. C1 Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
34. C2 Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις	Γρηγορότερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

τις δουλειές σου;				
35. C3 Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα απ' ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
36. C4 Είσαι ικανοποιημένος με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος
37. C5 Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο
38. C6 Έχεις αισθανθεί ικανός να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός
39. C7 Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές σου δραστηριότητες ;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως

40. D1 Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
41. D2 Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
42. D3 Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
43. D4 Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
44. D5 Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
45. D6 Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος και	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

να είχες ξεμπερδέψει με όλα;				
46. D7 Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται στο μυαλό;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

Για την απάντηση των ακόλουθων ερωτήσεων σας παρακαλούμε να έχετε στο νου σας το συγκεκριμένο παιδί σας για το οποίο συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο. Στις παρακάτω ερωτήσεις καλείστε να κυκλώσετε την απάντηση που περιγράφει όσο το δυνατόν περισσότερο τα συναισθήματά σας. Η απάντησή σας θα πρέπει να είναι η πρώτη σας αντίδραση σε κάθε ερώτηση. Σημειώστε τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες διατυπώσεις βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που ταιριάζει καλύτερα με το πώς αισθάνεστε. Αν δεν είστε σίγουροι, παρακαλώ κυκλώστε το 3.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ Κάπως	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5	6

47. Συχνά νιώθω ότι δεν μπορώ να χειριστώ τα πράγματα πολύ καλά.	1	2	3	4	5	6
48. Βλέπω ότι για να ικανοποιήσω τις ανάγκες των παιδιών μου έχω απαρνηθεί περισσότερα πράγματα στη ζωή μου απ' ό,τι περίμενα.	1	2	3	4	5	6
49. Νιώθω παγιδευμένος από τις ευθύνες μου ως γονιός.	1	2	3	4	5	6
50. Από τότε που έκανα αυτό το παιδί δεν κατάφερα να κάνω καινούρια και διαφορετικά πράγματα.	1	2	3	4	5	6

51. Από τότε που έκανα παιδί νιώθω ότι σχεδόν ποτέ δεν μπορώ να κάνω πράγματα που μου αρέσουν.	1	2	3	4	5	6
52. Δε νιώθω ευχαριστημένος με τα ρούχα που ψώνισα την τελευταία φορά για μένα.	1	2	3	4	5	6
53. Υπάρχουν αρκετά πράγματα όσον αφορά τη ζωή μου που μ' ενοχλούν.	1	2	3	4	5	6
54. Το ότι αποκτήσαμε παιδί προκάλεσε περισσότερα προβλήματα απ' όσα περίμενα στη σχέση μου με το/τη σύντροφό μου.	1	2	3	4	5	6
55. Νιώθω μόνη/-ος και χωρίς φίλους.	1	2	3	4	5	6
56. Όταν πηγαίνω σε βραδινές εξόδους συνήθως δεν περιμένω να διασκεδάσω.	1	2	3	4	5	6
57. Δε με ενδιαφέρουν πια οι άνθρωποι όσο παλιότερα.	1	2	3	4	5	6
58. Δεν ευχαριστημάι τα πράγματα όπως παλιά.	1	2	3	4	5	6
59. Σπάνια το παιδί μου κάνει κάτι για μένα που με κάνει να νιώθω καλά.	1	2	3	4	5	6
60. Τις περισσότερες φορές νιώθω ότι το παιδί μου δε με συμπαθεί και δε θέλει να είναι κοντά μου.	1	2	3	4	5	6
61. Το παιδί μου χαμογελά πολύ λιγότερο απ' όσο περίμενα.	1	2	3	4	5	6
62. Όταν κάνω πράγματα για το παιδί μου, έχω την εντύπωση ότι οι προσπάθειές μου δεν αναγνωρίζονται και πολύ.	1	2	3	4	5	6
63. Όταν παίζει το παιδί μου δε γελάει συχνά.	1	2	3	4	5	6
64. Το παιδί μου δε φαίνεται να μαθαίνει εξίσου γρήγορα με τα περισσότερα παιδιά.	1	2	3	4	5	6
65. Το παιδί μου δε φαίνεται να χαμογελά όσο τα περισσότερα παιδιά.	1	2	3	4	5	6
66. Το παιδί μου δεν μπορεί να κάνει όσα περίμενα.	1	2	3	4	5	6
67. Παίρνει πολύ χρόνο και είναι δύσκολο για το παιδί μου να συνηθίσει σε νέα πράγματα.	1	2	3	4	5	6

68. Νιώθω ότι είμαι:	α.	β.	γ.	δ.	ε.	-
α. όχι πολύ καλός ως γονέας						
β. κάποιος που έχει μερικές δυσκολίες ως γονέας						
γ. ένας μέτριος γονέας						
δ. καλύτερος από μέτριος γονέας						
ε. ένας πολύ καλός γονέας.						
69. Περίμενα ότι θα ένιωθα πιο κοντά και πιο ζεστά για το παιδί μου απ' όσο νιώθω κι αυτό με ενοχλεί.	1	2	3	4	5	6
70. Μερικές φορές το παιδί μου κάνει πράγματα που μ' ενοχλούν μόνο και μόνο από κακία.	1	2	3	4	5	6
71. Το παιδί μου φαίνεται ότι κλαίει ή ότι γκρινιάζει πιο συχνά από τα περισσότερα παιδιά.	1	2	3	4	5	6
72. Το παιδί μου συνήθως ξυπνάει με κακή διάθεση.	1	2	3	4	5	6
73. Νιώθω ότι το παιδί μου είναι πολύ κακοδιάθετο και αναστατώνεται εύκολα.	1	2	3	4	5	6
74. Το παιδί μου κάνει πράγματα που μ' ενοχλούν πάρα πολύ.	1	2	3	4	5	6
75. Το παιδί μου αντιδρά πολύ έντονα όταν συμβαίνει κάτι που δεν του αρέσει.	1	2	3	4	5	6
76. Το παιδί μου αναστατώνεται εύκολα με το παραμικρό.	1	2	3	4	5	6
77. Αποδείχθηκε πολύ πιο δύσκολο απ' όσο περίμενα το να σταθεροποιηθεί το πρόγραμμα του παιδιού μου όσον αφορά τον ύπνο και το φαγητό.	1	2	3	4	5	6
78. Βρίσκω ότι το να καταφέρω το παιδί μου να κάνει κάτι ή να σταματήσει να κάνει κάτι είναι:	α	β	γ	δ	ε	-
α. πολύ πιο δύσκολο απ' ό,τι περίμενα						
β. κάπως πιο δύσκολο απ' ό,τι περίμενα						
γ. περίπου τόσο δύσκολο όσο περίμενα						
δ. κάπως πιο εύκολο απ' όσο περίμενα						
ε. πολύ πιο εύκολο απ' όσο περίμενα.						

79. Σκεφτείτε προσεκτικά και μετρήστε τα πράγματα που κάνει το παιδί σας που σας ενοχλούν. Για παράδειγμα: χαζεύει, καθυστερεί, αρνείται να ακούσει, είναι υπερδραστήριο, κλαίει, διακόπτει, τσακώνεται, κλαψουρίζει κλπ. Σας παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στα πράγματα που μετρήσατε. α. 10+ β. 8-9 γ. 6-7 δ. 4-5 ε. 1-3	α	β	γ	δ	Ε	-
80. Υπάρχουν μερικά πράγματα που κάνει το παιδί μου και που μ' ενοχλούν πραγματικά πολύ.	1	2	3	4	5	6
81. Τελικά το παιδί μου είναι μεγαλύτερο πρόβλημα απ' όσο περίμενα.	1	2	3	4	5	6
82. Το παιδί μου έχει περισσότερες απαιτήσεις από εμένα απ' ό,τι τα περισσότερα παιδιά.	1	2	3	4	5	6

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται σε εσάς και τη σχέση σας με τον/την σύντροφό σας. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε δήλωση και αποφασίστε αν αληθεύει ή όχι για εσάς. Κυκλώστε την απάντηση ναι ή όχι για κάθε δήλωση.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
83. Κάποιες φορές νιώθω αρκετά αποθαρρυμένη/-ος από τη σχέση μας.	1	2
84. Ο/Η σύντροφός μου συχνά αποτυγχάνει να κατανοήσει τη δική μου σκοπιά των πραγμάτων.	1	2
85. Όποτε νιώθω στεναχωρημένη/-ος, ο/η σύντροφός μου με κάνει να νιώσω χαρούμενη/-ος και αγαπητή/-ός.	1	2
86. Ο/Η σύντροφός μου κι εγώ περνούμε αρκετό χρόνο μαζί σε διάφορες δραστηριότητες χαλάρωσης και αναψυχής.	1	2

87. Ο/Η σύντροφός μου κάποιες φορές δε δείχνει πολύ ενδιαφέρον για τη σεξουαλική μου ικανοποίηση.	1	2
88. Υπάρχουν μερικές σοβαρές δυσκολίες στη σχέση μας.	1	2
89. Μικρές διαφωνίες με τον/την σύντρόφό μου συχνά καταλήγουν σε μεγάλους τσακωμούς.	1	2
90. Όποτε το χρειάζομαι περισσότερο, ο/η σύντροφός μου με κάνει να αισθάνομαι σημαντική/-ός.	1	2
91. Η καθημερινή μας ζωή είναι γεμάτη με ενδιαφέροντα πράγματα για να κάνουμε μαζί.	1	2
92. Η σεξουαλική μας ζωή είναι πλήρως ικανοποιητική.	1	2

Τέλος, κυκλώστε ένα από τα παρακάτω:

93.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δεν αισθάνομαι λυπημένη/-ος. 2. Αισθάνομαι λυπημένη/-ος ή μελαγχολική/-ός. 3. Είμαι λυπημένη/-η ή μελαγχολική/-ός συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό. 4. Είμαι τόσο μελαγχολική/-ός ή δυστυχισμένη/-ος ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.
94.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξη/-ος ή αποθαρρυσμένη/-ος για το μέλλον. 2. Αισθάνομαι αποθαρρυσμένη/-ος 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.
95.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένη/-ος. 2. Μου φαίνεται ότι είμαι περισσότερο αποτυχημένη/-ος 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/-ος σαν άτομο (σύζυγος/μητέρα/πατέρα).
96.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Λαμβάνω ευχαρίστηση από τα πράγματα όπως και πρώτα. 2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.

	<p>3. Δε με ευχαριστεί πια τίποτα.</p> <p>4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένη/-ος ή βαριεστημένη/-ος με το καθετί.</p>
97.	<p>1. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχη/-ος για τον εαυτό μου.</p> <p>2. Αισθάνομαι ένοχη/-ος.</p> <p>3. Αισθάνομαι συχνά ένοχη/-ος.</p> <p>4. Αισθάνομαι διαρκώς ένοχη/-ος.</p>
98.	<p>1. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.</p> <p>2. Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρηθώ.</p> <p>3. Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.</p> <p>4. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.</p>
99.	<p>1. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένη/-ος από τον εαυτό μου.</p> <p>2. Αισθάνομαι απογοητευμένη/-ος από τον εαυτό μου.</p> <p>3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.</p> <p>4. Μισώ τον εαυτό μου.</p>
100.	<p>1. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερη/-ος από άλλους.</p> <p>2. Ασκώ κριτική στον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.</p> <p>3. Κατηγορώ συνεχώς τον εαυτό μου για τα λάθη μου.</p> <p>4. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει.</p>
101.	<p>1. Δεν κάνω αυτοκτονικές σκέψεις.</p> <p>2. Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω, αλλά δε θα το κάνω.</p> <p>3. Θα ήθελα να αυτοκτονήσω.</p> <p>4. Θα αυτοκτονούσα αν είχα την ευκαιρία.</p>
102.	<p>1. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.</p> <p>2. Κλαίω τώρα περισσότερο από όσο συνήθιζα να κλαίω.</p> <p>3. Πλέον κλαίω συνεχώς.</p> <p>4. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω.</p>
103.	<p>1. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένη/-ος τώρα απ' όσο ήμουν.</p> <p>2. Εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.</p> <p>3. Αισθάνομαι αρκετά συχνά εκνευρισμένη/-ος ή ενοχλημένη/-ος.</p> <p>4. Αισθάνομαι εκνευρισμένη/-ος όλη την ώρα.</p>
104.	<p>1. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.</p> <p>2. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ό,τι παλαιότερα.</p>

	<p>3. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.</p> <p>4. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.</p>
105.	<p>1. Είμαι το ίδιο αποφασιστική/-ός όπως πάντα.</p> <p>2. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις περισσότερο από ό,τι συνήθως.</p> <p>3. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.</p> <p>4. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση.</p>
106.	<p>1. Δε μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από ποτέ.</p> <p>2. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένη/-ος και μη ελκυστική/-ός.</p> <p>3. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή στην εμφάνισή μου, που με κάνει να φαίνομαι απωθητική/-ός.</p> <p>4. Πιστεύω ότι είμαι άσχημη/-ος.</p>
107.	<p>1. Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα.</p> <p>2. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά.</p> <p>3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.</p> <p>4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.</p>
108.	<p>1. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.</p> <p>2. Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.</p> <p>3. Ξυπνώ το πρωί 1-2 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.</p> <p>4. Ξυπνώ το πρωί πολλές ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.</p>
109.	<p>1. Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.</p> <p>2. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.</p> <p>3. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω.</p> <p>4. Είμαι τόσο κουρασμένη/-ος που δεν μπορώ να κάνω τίποτα.</p>
110.	<p>1. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.</p> <p>2. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.</p> <p>3. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.</p> <p>4. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.</p>
111.	<p>1. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.</p> <p>2. Έχω χάσει περισσότερα από 2 κιλά.</p> <p>3. Έχω χάσει περισσότερα από 4 κιλά.</p> <p>4. Έχω χάσει περισσότερα από 7 κιλά.</p>

112.	<ol style="list-style-type: none"> 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.
113.	<ol style="list-style-type: none"> 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.