



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ**

**ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ
ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ (ΔΑΦ) ΚΑΙ
ΣΤΡΕΣ ΓΟΝΕΩΝ**

**ADAPTIVE BEHAVIOR OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH AUTISM
SPECTRUM DISORDER (ASD) AND PARENTAL STRESS**

ΦΩΤΕΙΝΗ ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2025

**«ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ
ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ (ΔΑΦ) ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ
ΓΟΝΕΩΝ»**

Υποβλήθηκε στο Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών της Σχολής Επιστημών Αγωγής του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ορισμός Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων

**Σαρρής Δημήτριος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ειδικής Αγωγής-Αναπτυξιακών Διαταραχών του
Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων**

Μέλη

**Ζάραγκας Χαρίλαος, Καθηγητής Κινητικής Αγωγής και Μάθησης του Παιδαγωγικού Τμήματος
Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων**

**Κούτρας Βασίλειος, Καθηγητής Αγωγής Υγείας του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων**

Ορισμός Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

- 1. Σαρρής Δημήτριος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ειδικής Αγωγής-Αναπτυξιακών Διαταραχών
του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων**
- 2. Ζάραγκας Χαρίλαος, Καθηγητής Κινητικής Αγωγής και Μάθησης του Παιδαγωγικού
Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων**
- 3. Κούτρας Βασίλειος, Καθηγητής Αγωγής Υγείας του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων**
- 4. Τσιτσανούδη-Μαλλίδη Νικολέττα, Καθηγήτρια Γλωσσολογίας και Ελληνικής Γλώσσας του
Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων**
- 5. Καραδημητρίου Κωνσταντίνος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδαγωγικής και Εφαρμογών
στην Εκπαίδευση του Τμήματος Επιστημών της Εκπαίδευσης στην Προσχολική Ηλικία του
Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης**
- 6. Βλοτινού Πηνελόπη, Επίκουρη Καθηγήτρια Εργοθεραπευτικών παρεμβατικών
προγραμμάτων κίνησης σε άτομα με άνοια του Τμήματος Εργοθεραπείας του Πανεπιστημίου
Δυτικής Αττικής**
- 7. Σιαφάκα Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Υγείας του
Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων**

Copyright © Φωτεινή Χριστοπούλου, 2025

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων δε δηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα.

Αφιερώνεται...

Στην οικογένειά μου.

.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον κ. Σαρρή Δημήτριο, Αναπληρωτή Καθηγητή Ειδικής Αγωγής-Αναπτυξιακών Διαταραχών, του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, κύριο επιβλέποντα Καθηγητή της διδακτορικής μου διατριβής, για τη συστηματική βοήθεια και την επιστημονική καθοδήγηση που μου παρείχε καθόλη τη διάρκεια της εκπόνησής της. Η ευρύτητα των επιστημονικών του γνώσεων και της ακαδημαϊκής του εμπειρίας, το αμέριστο ενδιαφέρον, αλλά και το επιστημονικό του ήθος, συνέβαλαν στην επιτυχή ολοκλήρωση του παρόντος πονήματος.

Ευχαριστώ ιδιαίτερος και τους συνεπιβλέποντες Καθηγητές κ. Ζάραγκα Χαρίλαο, Καθηγητή ΠΤΝ του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων καθώς και τον κ. Κούτρα Βασίλειο, Καθηγητή ΠΤΝ του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την παροχή ουσιαστικής βοήθειας και υποστήριξης σε όλα τα στάδια της εκπόνησης της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Θα ήθελα, επίσης, να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα μέλη της επταμελούς εξεταστικής επιτροπής, τα οποία συνέβαλαν στην ολοκλήρωση του παρόντος εγχειρήματος. Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες και τις συμμετέχουσες στη συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια.

Επιπροσθέτως, οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την έμπρακτη αγάπη, το ουσιαστικό ενδιαφέρον και την υποστήριξη που μου παρείχαν, καθόλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Της διδακτορικής διατριβής της Φωτεινής Χριστοπούλου ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ (ΔΑΦ) ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ ΓΟΝΕΩΝ»

(Υπό την επίβλεψη του Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Σαρρή Δημητρίου).

Η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με και χωρίς Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), καθώς και στη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισής της με το στρες των γονέων. Επίσης, διερευνήθηκε η επίδραση ορισμένων δημογραφικών παραγόντων (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο γονέων, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο οικογένειας, ύπαρξη αδερφίων τυπικής ανάπτυξης) στην προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων, αλλά και η συσχέτιση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς με το στρες των γονέων. Επιπροσθέτως, διερευνήθηκε και η πιθανή συσχέτιση μεταξύ των επιμέρους δεξιοτήτων της προσαρμοστικής συμπεριφοράς (επικοινωνία, κοινωνικοποίηση, δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης) των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα. Για την αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Vineland Adaptive Behavior Scales (Second Edition-Parent/Caregiver Rating Form, Sparrow et al., 2005). Για την αξιολόγηση του στρες των γονέων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Depression Anxiety Stress Scale-DASS (Lovibond & Lovibond, 1995), DASS-21. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 50 παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ και 50 παιδιά και έφηβοι τυπικής ανάπτυξης και η συμπλήρωση των προαναφερόμενων κλιμάκων/ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τους γονείς τους. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS, version 27.0. Ως προεπιλεγμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το πιθανοθεωρητικό όριο $p < .05$. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ σημείωσαν «χαμηλή» προσαρμοστική συμπεριφορά, ενώ τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης σημείωσαν «επαρκή» προσαρμοστική συμπεριφορά. Επιπλέον, διαφάνηκε ότι οι γονείς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης σε σύγκριση με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Από τη διερεύνηση της συσχέτισης των τομέων της προσαρμοστικής συμπεριφοράς (Επικοινωνία, Κοινωνικοποίηση, Δεξιότητες Καθημερινής διαβίωσης) διαφάνηκε ότι η βελτίωση σε έναν τομέα ενισχύει και τους υπόλοιπους, τόσο στα παιδιά με ΔΑΦ όσο και στα τυπικής ανάπτυξης. Από τη διερεύνηση της συσχέτισης των τομέων που αφορούν το στρες των

γονέων (Κατάθλιψη, Άγχος, Στρες) προέκυψε σημαντική σχέση μεταξύ όλων των τομέων της ψυχικής υγείας για τους γονείς παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης. Για τους γονείς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ διαπιστώθηκε ότι το στρες και το άγχος σχετίζονται σημαντικά με την ψυχική υγεία τους. Τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας αναμένεται να συμβάλουν στην ομαλότερη σχολική και κοινωνική προσαρμογή των παιδιών με ΔΑΦ, αλλά και στην καλύτερη ποιότητα ζωής τους. Επίσης, αναμένεται η ψυχική ενδυνάμωση των γονέων, καθώς και η βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής τους.

Λέξεις-κλειδιά: Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, προσαρμοστική συμπεριφορά, στρες γονέων, επικοινωνία, κοινωνικοποίηση, δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης.

ABSTRACT

The doctoral thesis of Foteini Christopoulou

ADAPTIVE BEHAVIOR OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD) AND PARENTAL STRESS

(Under the supervision of Associate Professor Mr. Sarris Dimitrios)

The present study focused on investigating the adaptive behavior of children and adolescents with and without Autism Spectrum Disorder (ASD) and exploring its potential correlation with parental stress. Additionally, the study examined the influence of certain demographic factors (gender, age, parental educational level, family socioeconomic status, presence of typically developing siblings) on the adaptive behavior of children and adolescents, as well as the relationship between adaptive behavior and parental stress. Furthermore, the possible correlation between the different domains of adaptive behavior (communication, socialization, daily living skills) among the study participants was investigated. To assess the adaptive behavior of children and adolescents with and without ASD, the Vineland Adaptive Behavior Scales (Second Edition-Parent/Caregiver Rating Form, Sparrow et al., 2005) were utilized. Parental stress was evaluated using the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), (Lovibond & Lovibond, 1995). The study sample included 50 children and adolescents with ASD and 50 typically developing children and adolescents, with their parents completing the aforementioned scales/questionnaires. The statistical analysis of the data was conducted using SPSS, version 27.0, with a predefined level of statistical significance set at $p < .05$. The findings revealed that children and adolescents with ASD exhibited "low" adaptive behavior, whereas their typically developing counterparts demonstrated "adequate" adaptive behavior. Additionally, it was observed that parents of children and adolescents with ASD experience higher levels of anxiety, stress, and depression compared to parents of typically developing children. The analysis of correlations among the domains of adaptive behavior (Communication, Socialization, Daily Living Skills) indicated that improvements in one domain enhance the others, both for children with ASD and those with typical development. Furthermore, the investigation of parental stress domains (Depression, Anxiety, Stress) showed significant associations among all aspects of mental health for parents of typically developing children and adolescents. For parents of children and adolescents with ASD, stress and anxiety were found to be significantly related to their

overall mental health. The findings of this research endeavor are expected to contribute to the smoother academic and social integration of children with ASD, as well as to their overall quality of life. Additionally, they are anticipated to support the psychological well-being of parents and improve their quality of life.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, adaptive behavior, parental stress, communication, socialization, daily living skills.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	
ABSTRACT	
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ.....	

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.....	2
1.1 Εισαγωγή.....	2
1.2 Προβληματική της έρευνας.....	6
1.3 Σκοπός της έρευνας - Ερευνητικά ερωτήματα.....	15
1.4 Σημαντικότητα της έρευνας.....	17
1.5. Οριοθετήσεις.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.....	22
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	22
2.1 Οι συνέπειες του αυτισμού στην ανάπτυξη του ατόμου.....	22
2.2 Γνωστική ανάπτυξη παιδιών με ΔΑΦ.....	28
2.3 Γλωσσική ανάπτυξη παιδιών με ΔΑΦ	30
2.4 Η κοινωνική και συναισθηματική εξέλιξη των παιδιών με ΔΑΦ.....	33
2.5 Προσαρμοστική συμπεριφορά.....	40
2.6 Προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών με ΔΑΦ.....	46
2.7 Στρες γονέων παιδιών με αναπηρία.....	57
2. 8 Στρες γονέων παιδιών με ΔΑΦ.....	61

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.....	76
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	76
3.1 Διαδικασία έρευνας... ..	76
3.2 Υλικό και Μέθοδος.....	79
3.2.1 Συμμετέχοντες.....	79
3.2.2 Εργαλεία μέτρησης.....	84
3.2.3 Βαθμολόγηση κλιμάκων αξιολόγησης.....	95
1. Βαθμολόγηση κλίμακας DASS 21.....	95
2. Βαθμολόγηση κλίμακας Vineland-II.....	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.....	101
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	101
4. 1 Χρήση στατιστικών κριτηρίων για την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας...	101
4. 2 Αποτελέσματα έρευνας για την προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ.....	103
4. 3 Αποτελέσματα έρευνας για το στρες των γονέων παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ.....	109
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.....	113
ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI.....	124
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	124
6.1 Προτάσεις για Πρακτική Εφαρμογή.....	124
6.2 Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες.....	126
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	128
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	157
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	158

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.	83
Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.....	83
Πίνακας 3. Βαθμολογία DASS-21.....	96
Πίνακας 4. Τιμές κεντρικής τάσης και διασποράς της προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ.	103
Πίνακας 5. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής φύλο και προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.....	104
Πίνακας 6. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής φύλο και προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης.....	105
Πίνακας 7. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής χρονολογική ηλικία και προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.....	105
Πίνακας 8. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ	107
Πίνακας 9. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης.....	107
Πίνακας 10. Τιμές κεντρικής τάσης και διασποράς της ψυχικής υγείας γονέων παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ.	109
Πίνακας 11. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και ψυχικής υγείας γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.....	111
Πίνακας 12. Συσχέτιση μεταβλητών στρες και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.....	111

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. Έγκριση διεξαγωγής έρευνας.....	158
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων.....	159
Α. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων.....	160
Β. Κλίμακα Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς Vineland II.....	162
Γ. Κλίμακα μέτρησης της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες, DASS-21.....	180
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3. Κατανομή ερωτήσεων των τριών παραμέτρων της κλίμακας DASS-21.....	182
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4. Έντυπο ενημέρωσης των Υπευθύνων των επιλεγμένων δομών στην έρευνα.....	183

ΜΕΡΟΣ Ι

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές αποτελούν σημαντικό θέμα συζήτησης όχι μόνο μεταξύ της επιστημονικής κοινότητας και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και του γενικότερου κοινωνικού συνόλου, καθώς έχει παρατηρηθεί αύξηση στην εμφάνισή τους.

Οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος εμπίπτουν στις αναπτυξιακές διαταραχές με κύρια αιτιολογία νευροαναπτυξιακά προβλήματα, τα οποία εκδηλώνονται στη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Τα κύρια χαρακτηριστικά των ατόμων με διαταραχές αυτιστικού φάσματος είναι οι διαταραχές στο επίπεδο της επικοινωνίας, η ελλειμματική προσοχή, οι επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές κινήσεις και οι διαταραχές στο επίπεδο της κατάκτησης των μαθησιακών δεξιοτήτων. Οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος κατηγοριοποιούνται με βάση το διαγνωστικό σύστημα DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychological Association-APA) και το διαγνωστικό σύστημα ICD (International Classification of Diseases) του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας (WHO). Και τα δύο Διαγνωστικά συστήματα ορίζουν με λεπτομέρεια τα χαρακτηριστικά των επιμέρους κατηγοριών του φάσματος του αυτισμού (Αυτιστική διαταραχή, Σύνδρομο Rett, Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή, Σύνδρομο Asperger, Αυτιστική Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη αλλιώς), (Tsai, 2003).

Η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού-ΔΑΦ (Autism Spectrum Disorder-ASD) είναι μια δια βίου νευροαναπτυξιακή αναπηρία που χαρακτηρίζεται από επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, καθώς και από την παρουσία περιορισμένων ενδιαφερόντων και στερεότυπων συμπεριφορών (American Psychiatric Association, 2013).

Όπως προαναφέρθηκε, τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των περιπτώσεων των παιδιών με αυτισμό έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό. Λόγω των αλλαγών στις πρακτικές αναφοράς και της αυξανόμενης σημασίας που αποδίδεται στις παιδικές αναπτυξιακές διαταραχές, ο παγκόσμιος επιπολασμός της ΔΑΦ έχει αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες (Chiarotti & Venerosi, 2020). Τα δεδομένα παρακολούθησης από τις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν ότι ο επιπολασμός της ΔΑΦ ήταν 18,5 ανά 1000 σε παιδιά ηλικίας 8 ετών (Maenner et al., 2020). Αντίθετα, τα στατιστικά στοιχεία σε εθνικό επίπεδο για τον επιπολασμό της ΔΑΦ στην Κίνα, με βάση μια πρόσφατη μελέτη, κατέδειξε συχνότητα 7 ανά 1000 μεταξύ παιδιών χρονολογικής ηλικίας 6 έως 12 ετών (Zhou et al., 2020), αριθμός ο οποίος είναι πολύ χαμηλότερος από αυτόν που αναφέρεται σε άλλες χώρες. Επιπροσθέτως, όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), σύμφωνα με το Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2014) θα την παρουσιάζει 1 στα 68 παιδιά. Ενδεικτικό της αυξητικής τάσης του οικείου φαινομένου είναι το γεγονός, ότι ενώ στην Αμερική το 1980 η συχνότητα εμφάνισής του ήταν 2-5 παιδιά ανά 10.000, σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2012 η συχνότητα εμφάνισης ήταν 1 παιδί στα 91 (Solomon & Chung, 2012).

Ως προς το φύλο έχει καταδειχθεί ερευνητικά, ότι εμφανίζεται περίπου τέσσερις φορές πιο συχνά στα αγόρια, συγκριτικά με τα κορίτσια (Νότας, 2005). Παράλληλα, αφορά όλες τις κοινωνικοοικονομικές και φυλετικές ομάδες και συχνά συνυπάρχει με άλλες αναπηρίες.

Η συγκεκριμένη διαταραχή (ΔΑΦ) αποτελεί ανησυχία για τη δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο και είναι γεγονός, ότι τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη ΔΑΦ επιβαρύνουν σημαντικά τις οικογένειες και την κοινωνία στο σύνολό της (Jariwala-Parikh et al., 2019).

Όπως είναι γνωστό, τα παιδιά με ΔΑΦ εκτός από τις βασικές διαταραχές, συχνά παρουσιάζουν συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς (Tsai et al., 2020). Όλες αυτές οι δυσκολίες απαιτούν συνεχή φροντίδα και επίβλεψη, επιφέροντας έτσι σημαντικές προκλήσεις και επιβάρυνση για τους φροντιστές τους, ιδιαίτερα τους γονείς. Έχει καταδειχθεί ερευνητικά, ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν υψηλό επίπεδο άγχους σε σύγκριση με τους γονείς των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών, αλλά και με εκείνους τους γονείς παιδιών με άλλου τύπου αναπτυξιακές δυσκολίες και διαταραχές (Schnabel et al., 2020).

Επιπλέον, σε αυτούς τους γονείς παρατηρείται συνήθως ψυχοπαθολογία, η οποία συνδέεται κυρίως με το άγχος και την κατάθλιψη (Scherer et al., 2019). Οι γονείς και τα παιδιά βρίσκονται σε ένα ενοποιημένο οικογενειακό οικοσύστημα, επομένως οι αρνητικές γονεϊκές συμπεριφορές μπορεί να επηρεάσουν τη συμμετοχή των παιδιών τους στην πρόωπη παρέμβαση και να θέσουν σε περαιτέρω κίνδυνο την αποτελεσματικότητα των πρώιμων παρεμβάσεων (Crowell et al., 2019).

Επίσης, στα άτομα με ΔΑΦ συναντάμε δυσλειτουργία στην κοινωνικοσυναισθηματική αλληλεπίδραση με άλλα άτομα, υπερβολική προσκόλληση και τελετουργικές ιεροτελεστίες λεκτικής και εξωλεκτικής συμπεριφοράς (Kjelgaard & Tager-Flusberg, 2001). Η κοινωνικοσυναισθηματική τους συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία στη δόμηση σχέσεων κατανόησης της συμπεριφοράς του άλλου, μειωμένη συμμετοχή στο συμβολικό παιχνίδι και κατά συνέπεια, δυσλειτουργία στη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες που αντιστοιχούν στην χρονολογική ηλικία τους.

Η κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη αποτελεί μια πτυχή της ανάπτυξης των παιδιών η οποία προσεγγίζεται, άρα και ορίζεται, από διαφορετικά επιστημονικά πεδία και οπτικές. Περιλαμβάνει τις διαδικασίες με τις οποίες τα παιδιά αναπτύσσουν την αίσθηση του εαυτού και διαφοροποιούνται από τους άλλους, καθώς και εκείνες με τις οποίες

εντάσσονται στο κοινωνικό τους περιβάλλον (Lightwood, Cole & Cole, 2015). Η πρώτη διαδικασία αφορά τη διαμόρφωση των δικών τους τρόπων να βιώνουν, να εκφράζουν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση με τους άλλους, ενώ η δεύτερη τον τρόπο με τον οποίο κατακτούν τη γνώση, τις αξίες, τους κανόνες και τις συμβάσεις της ευρύτερης κοινωνίας αναφορικά με τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά σε ποικίλες συνθήκες (Craig & Baucum, 2007, Χατζηχρήστου και συν., 2006, 2010).

Η ψυχοκινητική ανάπτυξη είναι η λειτουργική διαφοροποίηση του οργανισμού, κατά τη διάρκεια της οποίας αποκτώνται συνεχώς νέες ικανότητες, που διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση του γενετικού υλικού με τους εξωτερικούς παράγοντες (διατροφή, νοσήματα, οικογενειακό-οικονομικό-κοινωνικό περιβάλλον). Είναι μια συνεχής και δυναμική διεργασία που πραγματοποιείται κλιμακωτά, σύμφωνα με μια εξελικτική ιεραρχία ως προς την εμφάνιση των δεξιοτήτων (Cole & Cole, 2001).

Στα άτομα με ΔΑΦ η ψυχοκινητική αδεξιότητα και η φυσική τους δραστηριότητα παρεμποδίζουν την καθημερινή ζωή τους σε πολλούς τομείς, όπως είναι οι διαταραχές στο επίπεδο της γραφής και της ανάγνωσης, οι διαταραχές στον ψυχοκινητικό συντονισμό, και οι διαταραχές στον χωροχρονικό προσανατολισμό. Τα κοινωνικοσυναισθηματικά προβλήματα των ατόμων με ΔΑΦ αποκτούν μεγαλύτερη ένταση κατά τη διάρκεια των σχολικών χρόνων, με αποτέλεσμα οι συγκεκριμένες περιπτώσεις παιδιών να έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση και σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς συγκριτικά με τα άτομα τυπικής ανάπτυξης της αντίστοιχης χρονολογικής ηλικίας (Lightwood, Cole & Cole, 2015). Αυτοεκτίμηση είναι η κατανόηση από το κάθε άτομο της μοναδικότητάς του και η αποδοχή των ιδιαίτερων ικανοτήτων του, οι οποίες το βοηθούν στον προσδιορισμό της πορείας της ζωής του (Γαλανάκη, 2003). Συγκεκριμένα, η αυτοεκτίμηση εκφράζει τη θετική εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του και

σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο που αξιολογεί την αξία του. Η εικόνα που έχει ένας άνθρωπος για τον εαυτό του διαμορφώνεται και από τις σχέσεις που έχει το άτομο αυτό με τους άλλους. Αντικατοπτρίζει τα μηνύματα που δέχεται από τους «σημαντικούς άλλους», μηνύματα που είναι άμεσα ή έμμεσα, αξιόπιστα ή αναξιόπιστα, λεκτικά ή μη λεκτικά (Γαλανάκη, 2003, Γλαβά & Σερέτης, 2020).

Είναι γεγονός ότι όσον αφορά την αντιμετώπιση του αυτισμού υπάρχουν πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Όμως, επειδή κάθε περίπτωση παιδιού με ΔΑΦ είναι μοναδική, έτσι και κάθε θεραπευτική προσέγγιση προκειμένου να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη με βάση την χρονολογική ηλικία του παιδιού, αλλά και το κλινικό προφίλ του γενικότερα (Efstratopoulou et al. 2022, Kristi et al. 2019).

1.2 Προβληματική της έρευνας

Η έννοια Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελεί έναν πολύ ευρύ όρο (Rapin, 1991) που στο εσωτερικό του περικλείει έναν αριθμό διαταραχών της ψυχοπαθολογίας του ατόμου. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 5η Έκδοση (DSM-5) η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) ορίζεται ως μια σύνθετη νευροαναπτυξιακή διαταραχή που αρχίζει στην πρώιμη παιδική ηλικία και συνοδεύεται από ελλείμματα κοινωνικής επικοινωνίας και επαναλαμβανόμενες στερεότυπες συμπεριφορές (American Psychiatric Association, 2013, όπως αναφέρεται από τους Song et al., 2024).

Με βάση την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, ο αυτισμός είναι μια διαταραχή της ανάπτυξης του νευρικού συστήματος που χαρακτηρίζεται από μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, καθώς και από περιορισμένη και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά (American Psychiatric Association, 2013).

Οι γονείς μπορεί να υποψιαστούν την παρουσία ΔΑΦ ήδη από τους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού, βάσει ορισμένων σημείων/ενδείξεων συμπεριφορικής φύσεως (Bodfish et al., 2000). Με δεδομένο ότι όλα τα άτομα με αυτισμό παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης είναι πολύ πιθανό τα περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς που παρατηρούνται σε αυτές τις περιπτώσεις, να σχετίζονται με τη λειτουργία της επικοινωνίας. Ειδικότερα, το άτομο με αυτισμό συχνά βιώνει σύγχυση και ματαίωση λόγω της αδυναμίας του να επικοινωνήσει αποτελεσματικά με τους άλλους ανθρώπους, αφενός, εκφράζοντας τις ανάγκες του και αφετέρου, κατανοώντας αυτό που του ζητείται να πραγματοποιήσει κάθε φορά (Kjelgaard & Tager-Flusberg, 2001).

Λόγω του γεγονότος ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένη προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ατόμων με ΔΑΦ (Bogdashina, 2006), η θεραπευτική αντιμετώπιση για παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές επιτελείται κυρίως μέσω της εφαρμογής αναπτυξιακών, εκπαιδευτικών και συμπεριφορικών προγραμμάτων. Το κλειδί της επιτυχίας τους έγκειται στην έγκαιρη (Liss et al., 2001) και έγκυρη παρέμβαση (Tomanik et al., 2004), η οποία έπεται της έγκυρης και πρώιμης διάγνωσης.

Η προσαρμοστική λειτουργία έχει αναδειχτεί ως ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο έκβασης για μια ποικιλία νευροαναπτυξιακών και νευροψυχιατρικών καταστάσεων (Bal et al., 2017). Η προσαρμοστική συμπεριφορά είναι μια πολυδιάστατη έννοια και αποτελείται από τις δεξιότητες εκείνες οι οποίες καθιστούν το άτομο προσωπικά αυτόνομο και κοινωνικά επαρκές (Sparrow et al., 1984, 2005). Η κοινωνική επάρκεια ενός παιδιού εξαρτάται από τις κοινωνικές δεξιότητες του συγκεκριμένου παιδιού, την κοινωνική επίγνωση και την αυτοπεποίθησή του. Έχει καταδειχθεί ερευνητικά ότι τα παιδιά που έχουν ένα ευρύ ρεπερτόριο κοινωνικών δεξιοτήτων είναι πολύ πιθανό να είναι κοινωνικά επαρκή (Bal et al., 2017).

Η προσαρμοστική συμπεριφορά του ατόμου συμπεριλαμβάνει τις δεξιότητες της καθημερινής ζωής (προσωπικές, οικιακές, κοινότητας), τις δεξιότητες επικοινωνίας (προσληπτική, εκφραστική, γραπτή), τις δεξιότητες κοινωνικοποίησης (διαπροσωπικές σχέσεις, παιχνίδι, ελεύθερος χρόνος, δεξιότητες αντιμετώπισης) και τις κινητικές δεξιότητες (αδρή και λεπτή κινητικότητα), (Sparrow et al., 2005).

Η προσαρμοστική συμπεριφορά έχει εξελικτική φύση και στα περισσότερα άτομα τυπικής ανάπτυξης γίνεται όλο και πιο σύνθετη και πολύπλοκη με την αύξηση της χρονολογικής ηλικίας του ατόμου (Πολυχρονοπούλου, 2004, Klin et al., 2007). Οι Farmer et al. (2018) πραγματοποίησαν διαχρονική μελέτη σε 106 παιδιά με ΔΑΦ, ηλικίας 18 μηνών έως 7 ετών, διερευνώντας την ανάπτυξη της προσαρμοστικής τους συμπεριφοράς. Από τα ευρήματα προέκυψε ότι οι πρώτες καθυστερήσεις στην προσαρμοστική συμπεριφορά είναι σταθερές ή επιδεινώνονται κατά τη μετάβαση από την προσχολική έως τις σχολικές ηλικίες, για την πλειονότητα των συμμετεχόντων παιδιών. Δηλαδή, η ανάπτυξη δεξιοτήτων προσαρμοστικής συμπεριφοράς δεν ακολουθεί αυξητικά την αλλαγή στη χρονολογική ηλικία. Για ορισμένα παιδιά με χαμηλότερες επιδοσεις στις προσαρμοστικές ικανότητες, αυτή η βραδύτερη από την αναμενόμενη ανάπτυξη οδηγεί σε μείωση των σύνθετων τυπικών βαθμολογιών (σκορ) κατά την παιδική ηλικία.

Η προσαρμοστική συμπεριφορά ορίζεται από το βαθμό εκτέλεσης και όχι από την ικανότητα εκτέλεσης ενός έργου. Παρά το γεγονός ότι η ικανότητα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτέλεση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης, η προσαρμοστική συμπεριφορά δε χαρακτηρίζεται επαρκής αν η ικανότητα δεν επιδεικνύεται όταν μία συγκεκριμένη περίσταση απαιτεί την εκδήλωσή της (Πολυχρονοπούλου, 2004). Η ικανότητα του παιδιού να εκδηλώνει τις προαναφερόμενες δεξιότητες προσαρμοστικής συμπεριφοράς με επιτυχία το διευκολύνει στην ευκολότερη λήψη αποφάσεων για τον

εαυτό του και στον αυτοπροσδιορισμό του (Sparrow et al., 2005) και παράλληλα το διευκολύνει στη διατήρηση μίας επιτυχημένης σχέσης με το περιβάλλον του.

Η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας των ατόμων με αναπτυξιακές διαταραχές είναι βαρύνουσας σημασίας και υπερισχύει της μείωσης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων που βιώνουν τα άτομα αυτά, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι η μείωση της συμπτωματολογίας δεν οδηγεί απαραίτητως σε μια αντίστοιχη αύξηση σε λειτουργικές ικανότητες (Winters et al., 2005).

Οι Liss et al. (2001) επισήμαναν ότι η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς είναι πολύ σημαντική, γιατί επιτρέπει έναν περισσότερο ακριβή προσδιορισμό του ρόλου του ατόμου στην καθημερινή του ζωή και της ικανότητάς του να αντιμετωπίζει τις καθημερινές προκλήσεις. Παράλληλα, η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς ενός παιδιού μπορεί να συνεκτιμηθεί για την απόφαση που θα ληφθεί αναφορικά με την εκπαιδευτική του τοποθέτηση, για το σχεδιασμό της θεραπείας, αλλά και για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής ενός προγράμματος παρέμβασης σε μία περίπτωση παιδιού (Foster, 2010, Μέτσιου, 2008).

Έρευνες έχουν καταδείξει ότι τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να παρουσιάσουν δυσκολίες στην προσαρμοστική τους συμπεριφορά (Paskiewicz, 2009) ή στους επιμέρους υποτομείς της (Bolte & Poutska, 2002). Τα ελλείμματα αυτά εντοπίζονται ιδιαιτέρως στις περιοχές της επικοινωνίας, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης (Ventola et al., 2011). Επιπροσθέτως, έχει διαπιστωθεί ότι η προσαρμοστική συμπεριφορά σε πληθυσμούς ατόμων με αυτισμό δε συνάδει με το νοητικό τους δυναμικό και ότι η δυσαναλογία που επιδεικνύουν μεταξύ νοημοσύνης και μεταξύ των δεξιοτήτων κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας είναι μεγαλύτερη από αυτή που παρατηρείται σε πληθυσμούς ατόμων με νοητική αναπηρία (Ventola et al., 2011).

Σύμφωνα με τους Akshoomoff & Stahmer (2006), οι περιορισμοί στην ανάπτυξη της προσαρμοστικής συμπεριφοράς του παιδιού με αυτισμό μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση και την εκδήλωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών/δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς. Τα προβλήματα που εντοπίζονται σχετίζονται με προκλητικές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένων των συμπεριφορών αυτοτραυματισμού, επιθετικότητας και μη συμμόρφωσης (Hartley et al., 2008, Kanne & Mazurek, 2011). Τα προβλήματα συμπεριφοράς έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογία των παιδιών, στα συναισθήματα και στη σωματική υγεία τους (Kuhlthau et al., 2011).

Οι Liss et al. (2001) διαπίστωσαν ότι και οι δύο ομάδες παιδιών με αυτισμό (υψηλής και χαμηλής λειτουργικότητας) που συμμετείχαν στην έρευνά τους σημείωσαν χαμηλότερες επιδόσεις συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, στην περιοχή της κοινωνικοποίησης και των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης, αλλά όχι στην περιοχή της επικοινωνίας.

Οι προσαρμοστικές συμπεριφορές αποτελούν περιεχόμενο κάθε εκπαιδευτικού προγράμματος. Το αποτέλεσμα της κατάκτησης μιας νέας συμπεριφοράς θεωρείται αποτελεσματικό, όταν δίνει τη δυνατότητα στο μαθητή να ανταπεξέρχεται στις ανάγκες της κοινότητας των ενδιαφερομένων μερών (γονείς, δάσκαλοι, συμμαθητές και αργότερα εργοδότες), στο παρόν αλλά και στο μέλλον. Επιπλέον, η προσαρμοστική συμπεριφορά είναι απαραίτητη προκειμένου να προσδιοριστεί ο κατάλληλος προγραμματισμός, με μακροπρόθεσμο στόχο τη μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας των ατόμων κατά την έξοδο από το σχολικό περιβάλλον (Lee & Park, 2007).

Η έρευνα έχει καταδείξει ότι τα συμπτώματα ΔΑΦ μπορούν να μειωθούν και τα άτομα που την παρουσιάζουν μπορούν να αναπτύξουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες (Anderson et al., 2014, Bal et al., 2015). Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, προς αυτή

την κατεύθυνση μπορούν να συμβάλλουν διάφορα προγράμματα παρέμβασης. Τα προγράμματα αυτά προσαρμόζουν διαφορετικά μοντέλα προσέγγισης και προβαίνουν σε συνδυασμούς με θεραπείες για τη βελτίωση του τρόπου ζωής των παιδιών με ΔΑΦ, τη μείωση των συμπτωμάτων, αλλά και την ενίσχυση της κοινωνικής τους αλληλεπίδρασης (Hojjati & Khalilkhaneh, 2017, Sanz-Cervera et al., 2018).

Η ταχύτερα αναπτυσσόμενη υποομάδα μεταξύ των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος είναι εκείνη στην οποία δε συνυπάρχει νοητική αναπηρία και αφορά τις περιπτώσεις παιδιών υψηλής λειτουργικότητας (Baio, 2014). Σε γενικές γραμμές, τα άτομα αυτά επιδεικνύουν ελλείμματα στις δεξιότητες επικοινωνίας. Όμως, η μεγαλύτερη αδυναμία τους εντοπίζεται στις δεξιότητες κοινωνικοποίησης (Kenworthy et al., 2010).

Στην έρευνα των Kanne et al. (2011) που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 447 παιδιών, χρονολογικής ηλικίας 4-13 ετών, εξετάστηκαν οι γνωστικοί και δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στις καθημερινές εκτελεστικές λειτουργίες. Από τα αποτελέσματα προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της χρονολογικής ηλικίας και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, διαφάνηκε ότι η χρονολογική ηλικία προέβλεψε το 37% της μεταβλητότητας στις συνολικές προσαρμοστικές βαθμολογίες, αν και δε συσχετίστηκε σημαντικά με τις καθημερινές δεξιότητες διαβίωσης. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Duncan & Bishop (2015) η χρονολογική ηλικία παρουσίασε σχετικά ασθενή προγνωστική ικανότητα για τα καθημερινά ελλείμματα δεξιοτήτων διαβίωσης. Οι Klin et al. (2007) ανέφεραν ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της χρονολογικής ηλικίας και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς στους τομείς των δεξιοτήτων της επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης.

Όσον αφορά τους γονείς των παιδιών με ΔΑΦ έχει αποδειχθεί ότι διακατέχονται από περισσότερο άγχος σε σύγκριση με τους γονείς τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών

(Schieve et al., 2007, Allen et al., 2013) και ότι συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολία στη συμμετοχή τους σε προγράμματα παρέμβασης λόγω στρες (Head & Abbeduto, 2007).

Όσο ο αριθμός των διαγνωσμένων παιδιών με ΔΑΦ αυξάνεται, η συνεχής μελέτη των παραγόντων που επιδρούν στο στρες των γονέων γίνεται απαραίτητη, προκειμένου να σχεδιαστούν κατάλληλα προγράμματα υποστήριξης των γονέων και να προσαρμοστούν όσο γίνεται πιο αποτελεσματικά, στις απαιτήσεις της ανατροφής του παιδιού (Davis & Carter, 2008). Το στρες των γονέων είναι μία από τις καταστάσεις που μπορεί να αντιμετωπίζει η οικογένεια. Η παρουσία του επιβαρύνει σε μεγάλο βαθμό την οικογένεια σε όλες τις λειτουργίες της, όπως στην αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού, τη διαχείριση των καθημερινών προβλημάτων, αλλά και την ψυχοσωματική τους υγεία. Επίσης, το επίπεδο του στρες αυξάνεται στους γονείς των οποίων τα παιδιά χρειάζονται άμεσα υπηρεσίες υποστήριξης, συγκριτικά με τους γονείς παιδιών τα οποία δεν είχαν πρόσφατα σχετική ανάγκη (Allen et al., 2013, Estes et al., 2013).

Τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ φαίνεται να είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες αυξημένου στρες στους γονείς σε σχέση με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Giovagnoli et al., 2015). Οι γονείς παιδιών με αυτισμό σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα στρες σε σχέση με τους γονείς παιδιών με άλλες αναπηρίες, όπως για παράδειγμα, με συναισθηματικά προβλήματα, αναπτυξιακά προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς, υγείας, με ανάγκες θεραπείας ή γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Giovagnoli et al., 2015).

Επίσης, οι γονείς συχνά αισθάνονται στιγματισμένοι και βιώνουν αρνητικά συναισθήματα που οφείλονται είτε στη συμπεριφορά του παιδιού τους είτε στην ελλιπή κοινωνική αποδοχή. Το γονικό στρες συχνά αυξάνεται και από τη σοβαρή οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας, εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων για συνεχή παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών στο παιδί (Kasari & Sigman, 1997, Sofronoff & Farbotko,

2002). Όταν στην οικογένεια υπάρχουν και άλλα παιδιά, αδέλφια του παιδιού με ΔΑΦ, η ψυχολογική επιβάρυνση για τους γονείς αυξάνεται καθώς πρέπει να κατανέμουν τη φροντίδα και τον χρόνο σε όλα τα παιδιά με ίσο τρόπο. Έτσι, η εντατική γονική φροντίδα για το παιδί με ΔΑΦ επηρεάζει τη λειτουργία της οικογένειας, όπως και τις μεταξύ τους σχέσεις, αλλά και τη φροντίδα σχετικά με τα υπόλοιπα παιδιά τους (Bebko et al., 1987 στο Cullen et al., 2002, Allen et al., 2013).

Τα υψηλά επίπεδα άγχους που έχουν καταγραφεί στους γονείς συνδέονται με πολλούς παράγοντες: τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ τα οποία αντιμετωπίζονται με αρνητική κοινωνική κριτική, την έλλειψη ευρύτερης κατανόησης, την επιβάρυνση των σχέσεων στο γάμο τους και την ελλιπή φροντίδα την οποία αισθάνονται ότι προσφέρουν στα άλλα παιδιά τους (Pottie & Ingram, 2008). Η ψυχολογική ευεξία των γονέων επηρεάζεται αρνητικά από την καθημερινή ανάγκη αντιμετώπισης των δυσκολιών του παιδιού και το αυξημένο γονικό άγχος. Σύμφωνα με τους Pottie & Ingram (2008), το καθημερινό άγχος, εξαιτίας της ενασχόλησης με τα προβλήματα του παιδιού, επιδρά αρνητικά στη διάθεση των παιδιών και οδηγεί τους γονείς σε ψυχική καταπόνηση.

Η κατάθλιψη των γονέων παιδιών με ΔΑΦ αποτελεί αντικείμενο ερευνών, όχι ωστόσο, στο εύρος στο οποίο μελετήθηκε το στρες. Τα συμπτώματα της ΔΑΦ και η έντασή τους έχουν συνδεθεί στενά τόσο με τα υψηλά επίπεδα άγχους, όσο και της κατάθλιψης. Σε εργαλεία μέτρησης της κατάθλιψης τα σκορ αυξάνονται κυρίως στους γονείς που δηλώνουν ότι χρειάζονται περισσότερες υπηρεσίες υποστήριξης και ειδικότερα, όταν τα συμπτώματα της ΔΑΦ εμφανίζονται με μεγαλύτερη ένταση (Schieve et al., 2007). Σύμφωνα με διάφορες έρευνες, τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης στις μητέρες (Schieve et al., 2007, Solomon & Chung, 2012, Kim et al., 2016).

Η υποστήριξη, η οποία παρέχεται στους γονείς των παιδιών με ΔΑΦ είναι συνδεδεμένη με τον αυτισμό, προκειμένου να βρεθούν τρόποι, ώστε οι γονείς να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν όσο γίνεται καλύτερα τα καθημερινά τους προβλήματα. Οι πρακτικές παρεμβάσεις στους γονείς ενδέχεται να μειώσουν το άγχος τους και οι θεραπευτές πρέπει να παρατηρούν την καθημερινότητα της οικογένειας, ώστε να θέτουν προτεραιότητες για τα παιδιά αλλά και για τους γονείς (Solomon & Chung, 2012). Η υποστήριξη σε ομάδες μπορεί να παρέχει στους γονείς τη γνώση για τη ΔΑΦ, την κατανόηση αλλά και την αποδοχή που αναζητούν (Banach et al., 2010). Επιπρόσθετα, οι γονείς χρειάζεται να έχουν κεντρικό ρόλο στα προγράμματα παρέμβασης, καθώς είναι σημαντική η συμμετοχή όλων των πλαισίων στα οποία κινείται το παιδί (Tonge et al., 2014). Η προσέγγιση θα πρέπει να είναι ολιστική.

Συνεπώς, η εκπαίδευση-ψυχοεκπαίδευση των γονέων αναφέρεται σε προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για την πληροφόρησή τους ή και για τη διδασκαλία δεξιοτήτων σε αυτούς. Τα παιδιά με ΔΑΦ έχουν σημαντικά ελλείμματα σε βασικές δεξιότητες, καθιστώντας έντονη την ανάγκη εκπαίδευσης των γονέων τους (National Research Council, 2001). Η εκπαίδευση των γονέων μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της επικοινωνίας και των κοινωνικών δεξιοτήτων του παιδιού, καθώς οι γονείς εκπαιδεύονται σε αυτές τις περιοχές και αποκτούν δεξιότητες διαχείρισης. Το γεγονός αυτό μπορεί επίσης, να βοηθήσει στη μείωση του στρες και στην αύξηση της γονικής αυτοαποτελεσματικότητας (Schultz et al., 2011).

1.3 Σκοπός της έρευνας - Ερευνητικά ερωτήματα

Στη βάση των προαναφερομένων, σκοπός της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας είναι η διερεύνηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ, καθώς και του στρες των γονέων παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ.

Οι ειδικότεροι στόχοι της συγκεκριμένης έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο γονέων, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, ύπαρξη αδερφίων τυπικής ανάπτυξης και των εξαρτημένων μεταβλητών προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ και στρες γονέων παιδιών με και χωρίς ΔΑΦ. Επίσης, θα διερευνηθεί και η πιθανή συσχέτιση μεταξύ των επιμέρους τομέων της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων/συμμετεχουσών, καθώς η συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά είναι μια συνολική εκτίμηση της επίδοσης του ατόμου στους διάφορους τομείς και υποτομείς και όπως είναι αυτονόητο μπορεί να είναι ανομοιογενής. Κατά συνέπεια, θα εξεταστεί η επίδοση σε κάθε τομέα χωριστά έτσι ώστε να εντοπιστούν και να προσδιοριστούν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία του αξιολογούμενου ατόμου.

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να διαπιστώσει συσχετίσεις παραγόντων και όχι αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ τους. Τον περιορισμό αυτό θα πρέπει να τον λάβει κανείς υπόψη του κατά την ερμηνεία των ευρημάτων της μελέτης.

Στη βάση των προαναφερομένων, τα ερευνητικά ερωτήματα της συγκεκριμένης ερευνητικής προσπάθειας οριοθετούνται και καταγράφονται ως εξής:

-Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φύλου των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ με την προσαρμοστική τους συμπεριφορά;

-Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ με την προσαρμοστική τους συμπεριφορά;

-Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των γονέων των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ με την προσαρμοστική τους συμπεριφορά;

-Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ με την προσαρμοστική τους συμπεριφορά;

-Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης αδερφίων τυπικής ανάπτυξης με την προσαρμοστική συμπεριφορά του παιδιού και εφήβου με ΔΑΦ;

-Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φύλου των γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ με το στρες των γονέων;

-Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ με το στρες των γονέων;

-Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ με το στρες των γονέων;

-Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ με το στρες των γονέων;

-Υπάρχει διαφοροποίηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς μεταξύ παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ;

-Υπάρχει διαφοροποίηση του στρες γονέων παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ;

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, χρονολογικής ηλικίας 6 - 15 ετών, που φοιτούσαν σε διάφορα πλαίσια και δομές ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης. Επιπροσθέτως, η μελέτη αυτή είχε ως στόχο να προσφέρει ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ, καθώς και το στρες των γονέων παιδιών με ΔΑΦ.

Οι ειδικότεροι στόχοι της συγκεκριμένης έρευνας ήταν οι ακόλουθοι:

- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών φύλο, χρονολογική ηλικία, ύπαρξη αδερφιών τυπικής ανάπτυξης, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, μορφωτικό επίπεδο γονέων των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ και των εξαρτημένων μεταβλητών προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και στρες γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.
- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και στρες γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.

1.4 Σημαντικότητα της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια αναμένεται να συμβάλει στην προαγωγή της γνώσης και της επιστήμης τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Από τη μια πλευρά, προσθέτοντας νέα δεδομένα και συμβάλλοντας στην εμβάθυνση της γνώσης σχετικά με το γνωστικό αντικείμενο το οποίο πραγματεύεται και δίνοντας εναύσματα για περαιτέρω προβληματισμό και έρευνα. Από την άλλη πλευρά, με τις προτεινόμενες πρακτικές εφαρμογές, οι οποίες θα αναδειχθούν μέσα από την ερευνητική διαδικασία, θα συμβάλει στην προώθηση της ισότιμης εκπαίδευσης των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ. Δεδομένου του γεγονότος, ότι στον ελληνικό χώρο δεν έχουν διεξαχθεί ευρέως αντίστοιχες έρευνες πεδίου γύρω από το συγκεκριμένο ζήτημα, υπάρχει ερευνητικό κενό και είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι συγκεκριμένες παράμετροι.

Επιπλέον, η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς του ατόμου με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος-ΔΑΦ είναι πολύ σημαντική αφενός, διότι επιτρέπει έναν περισσότερο ακριβή προσδιορισμό του ρόλου του ατόμου στην καθημερινή ζωή, αλλά και της ικανότητάς του να αντιμετωπίζει τις καθημερινές προκλήσεις (Liss et al., 2001)· αφετέρου, διότι η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς ενός παιδιού με αυτισμό μπορεί να συνεκτιμηθεί για τη λήψη της απόφασης αναφορικά με την

εκπαιδευτική του τοποθέτηση. Παράλληλα, η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς συμβάλλει στη σκιαγράφηση του προφίλ του μαθητή/μαθήτριας με ΔΑΦ, προκειμένου να σχεδιαστεί το εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης. Τέλος, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναμένεται να συμβάλουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, αλλά και γενικότερα της ποιότητας ζωής των γονέων παιδιών με ΔΑΦ, καθώς μέσα από τα δεδομένα που θα προκύψουν θα αναδυθούν οι ανάγκες τους και θα διατυπωθούν σχετικές προτάσεις.

Όπως προέκυψε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα στην προσαρμοστική τους συμπεριφορά. Συνεπώς, είναι σημαντικό να διερευνηθεί η προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ, δεδομένου του ρόλου που διαδραματίζει στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου.

Σύμφωνα με τους Sparrow et al. (2005) είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζει κανείς πώς μία διαταραχή, ένα περιβάλλον ή μια κατάσταση επηρεάζει την καθημερινή ζωή ενός μαθητή. Επιπροσθέτως, όπως προαναφέρθηκε, η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς ενός παιδιού καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μπορεί να συνεκτιμηθεί για τη λήψη της απόφασης αναφορικά με την εκπαιδευτική του τοποθέτηση, για το σχεδιασμό του κατάλληλου προγράμματος παρέμβασης, αλλά και για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής ενός προγράμματος παρέμβασης σε μια περίπτωση παιδιού (Μέτσιου, 2008, Sparrow et al., 2005, Χριστοδούλου 2016). Απαραίτητο προαπαιτούμενο και κομβικό σημείο για το σχεδιασμό ενός προγράμματος παρέμβασης αποτελεί η πολύ καλή γνώση και η ξεκάθαρη περιγραφή των δυνατών και των αδύνατων σημείων του μαθητή, έτσι ώστε οι στόχοι που θα τεθούν να αποσκοπούν στην ικανοποίηση των αναγκών του συγκεκριμένου μαθητή (Sparrow et al., 2005) και στην εκδίπλωση των δυνατοτήτων του στο μέγιστο δυνατό βαθμό (Χριστοδούλου 2016).

Παράλληλα, η διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική, λόγω του γεγονότος ότι συγκριτικά με άλλους πληθυσμούς ατόμων με αναπηρία, η βιβλιογραφία για θέματα που σχετίζονται με την προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ έχει τύχει λιγότερου ενδιαφέροντος. Η διερεύνηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών και των εφήβων με αυτισμό σε διεθνές επίπεδο αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας πολύ λίγων ερευνητών και χρήζει περαιτέρω μελέτης.

Επίσης, προέκυψε ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα στρες, συγκριτικά με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Επιπροσθέτως, εντοπίζεται ερευνητικό κενό καθώς στον διεθνή χώρο δεν έχουν διεξαχθεί αντίστοιχες έρευνες πεδίου, οι οποίες να επικεντρώνονται στη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ και του στρες των γονέων παιδιών με ΔΑΦ.

Μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της γονικής ψυχολογικής δυσφορίας (στρες, άγχος, κατάθλιψη) και η πιθανή διασύνδεσή της με την προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, μπορεί να παρέχει πολύ σημαντικά ευρήματα σχετικά με το σχεδιασμό μελλοντικών προγραμμάτων συστηματικής πρόληψης και οικογενειακής υποστήριξης, προάγοντας έτσι την ποιότητα ζωής, τόσο για τα παιδιά με ΔΑΦ, όσο και για τους γονείς τους.

Συμπερασματικά, η συνεισφορά της παρούσας έρευνας στην επιστήμη κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Αφενός γιατί πραγματοποιήθηκε η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς του συγκεκριμένου πληθυσμού στόχου, με ένα ψυχομετρικό μέσο που αξιολογεί αρκετούς τομείς της προσωπικής και κοινωνικής επάρκειας του ατόμου και το οποίο διακρίνεται για τα καλά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του· αφετέρου, γιατί έγινε η

διερεύνηση του στρες των συμμετεχόντων γονέων με ένα εργαλείο, το οποίο διακρίνεται για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του.

Επομένως, η παρούσα ερευνητική προσπάθεια αναμένεται να συμβάλει στην προαγωγή της γνώσης και της επιστήμης αναφορικά με το υπό μελέτη θέμα. Αναμένεται να συμβάλει στην εμβάθυνση της γνώσης σχετικά με το γνωστικό αντικείμενο το οποίο πραγματεύεται, προσθέτοντας νέα δεδομένα και δίνοντας εναύσματα για περαιτέρω γόνιμο προβληματισμό και έρευνα.

Με δεδομένο, ότι ο αριθμός των παιδιών και των εφήβων, χρονολογικής ηλικίας 6 - 15 ετών με αμιγώς διάγνωση ΔΑΦ (χωρίς την ταυτόχρονη συνύπαρξη άλλης συνοδής αναπηρίας) είναι μικρός, θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς, ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα ήταν αρκετά ικανοποιητικός. Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα που προέκυψαν μπορούν να έχουν γενικευσιμότητα ως ένα βαθμό και σε άλλα ανεξάρτητα δείγματα προερχόμενα από τον ίδιο πληθυσμό στόχο.

Επίσης, στην εν λόγω έρευνα εκτός από τη σύγκριση των επιδόσεων των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ με τις νόρμες του τυπικού πληθυσμού πραγματοποιήθηκε και σύγκριση των επιδόσεών τους, με τις επιδόσεις των παιδιών τυπικής ανάπτυξης της αντίστοιχης χρονολογικής ηλικίας, με σκοπό να διαπιστωθεί ο βαθμός που διαφοροποιούνται οι επιδόσεις εντός των δύο ομάδων. Παράλληλα, επιχειρήθηκε η μελέτη αρκετών δημογραφικών χαρακτηριστικών, τα οποία έχουν σχέση με τις διαφοροποιήσεις και τις διακυμάνσεις των επιδόσεων των συμμετεχόντων όσον αφορά τις προς διερεύνηση μεταβλητές.

1.5 Οριοθετήσεις

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 100 παιδιά (χρονολογικής ηλικίας 6-15 ετών) εκ των οποίων 50 παρουσίαζαν ΔΑΦ, χωρίς την ύπαρξη άλλης συνοδής αναπηρίας και 50 ήταν παιδιά τυπικής ανάπτυξης (τα οποία αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου). Από τη συμμετοχή στην έρευνα αποκλείστηκαν τα παιδιά και οι έφηβοι με ταυτόχρονη ύπαρξη άλλης συνοδής αναπηρίας. Οι συμμετέχοντες/συμμετέχουσες φοιτούσαν σε διάφορα πλαίσια και δομές εκπαίδευσης και υποστήριξης παιδιών με και χωρίς ΔΑΦ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 Οι συνέπειες του αυτισμού στην ανάπτυξη του ατόμου

Ο αυτισμός είναι μία περίπλοκη νευροβιολογική διαταραχή που τυπικά διαρκεί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Η διαταραχή, όπως προαναφέρθηκε, χαρακτηρίζεται από διαφόρων επιπέδων δυσκολίες στις ικανότητες επικοινωνίας και στις κοινωνικές δεξιότητες και από επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Η συμπτωματολογία ποικίλει από ήπια έως βαριά. Μία ηπιότερη μορφή της διαταραχής είναι γνωστή ως το Σύνδρομο Asperger ή Αυτισμός Υψηλής Λειτουργικότητας. Άλλες αναπτυξιακές διαταραχές που υπάγονται στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος είναι το Σύνδρομο Rett, η Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή (PDD-Pervasive Developmental Disorder) και η Παιδική Αποσυνδετική Διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013, Sarris et al., 2024). Συνήθως, οι γονείς παρατηρούν πρώτοι ασυνήθιστες συμπεριφορές στο παιδί τους ή την αδυναμία του παιδιού τους να κατακτήσει με επάρκεια τα αναπτυξιακά ορόσημα. Μερικοί γονείς περιγράφουν ότι το παιδί τους ήταν διαφορετικό από την στιγμή της γέννησης, ενώ άλλοι περιγράφουν ένα παιδί που αναπτυσσόταν κανονικά και μετά απώλεσε κάποιες από τις ήδη κατακτημένες δεξιότητες. Τα συμπτώματα αυτά, καθώς και η ποικιλομορφία τους δικαιολογούνται ως κλινικά χαρακτηριστικά από τις περιπτώσεις που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού (American Psychiatric Association, 2013).

Η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) περιλαμβάνει ένα πλήθος νευροαναπτυξιακών φαινοτύπων, που χαρακτηρίζονται από κοινά ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και στερεότυπα, περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς ή και ενδιαφερόντων (American Psychiatric Association, 2013, Katsarou, Papaleontiou – Louca & Gena, 2023, Sarris et al., 2023).

Έχει καταδειχθεί ερευνητικά ότι τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν αυξημένη συννοσηρότητα ψυχιατρικών προβλημάτων, τα οποία ξεκινούν από την παιδική ηλικία και συνήθως παραμένουν και στην ενήλικη ζωή του ατόμου. Όπως είναι αυτονόητο, η κατάσταση αυτή επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής του ατόμου και την ψυχολογία του, καθώς έχει άμεσο αντίκτυπο στην αυτοπεποίθηση και στην αυτοεκτίμησή του (Cooper, Smith & Russel, 2017, Sarris et al., 2020). Παράλληλα, αδιαμφισβήτητα η παραπάνω συνθήκη της αναπηρίας επηρεάζει τη ζωή των γονέων, αλλά και ολόκληρης της οικογένειας, καθώς όταν πάσχει-«νοσεί» ένα μέλος της οικογένειας πάσχουν και «νοσούν» όλα τα μέλη της.

Τα περισσότερα άτομα με τη διαταραχή του αυτισμού μαστίζονται από την ανεργία. Τα ποσοστά της επαγγελματικής τους απασχόλησης είναι αρκετά χαμηλά (Fletcher-Watson & Happe, 2022). Οι ανεπαρκείς επικοινωνιακές δεξιότητες αποτελούν τροχοπέδη από το πρώτο κιόλας στάδιο (συνέντευξη) που περνάει κάποιος που επιθυμεί να προσληφθεί σε μια εργασία (Cullum & Ennis-Cole, 2014). Όσον αφορά τα εργαζόμενα άτομα με αυτισμό, τα περισσότερα εργάζονται με μειωμένο ωράριο, με αποτέλεσμα να λαμβάνουν χαμηλό μισθό και να αποκομίζουν χαμηλό κέρδος. Μάλιστα αρκετά συχνά απασχολούνται σε θέσεις εργασίας που δεν ανταποκρίνονται στις γνώσεις και τις ικανότητες που κατέχουν (Baldwin et al., 2014, Σαρρή, 2020).

Οι ΔΑΦ επηρεάζουν σημαντικά τον κοινωνικό τομέα ανάπτυξης της προσωπικότητας των ατόμων. Λόγω αυτού του γεγονότος, πολλές φορές, τα άτομα αυτά στιγματίζονται και αντιμετωπίζονται από την κοινωνία ως αδύναμα θύματα (Broady et al., 2017). Συχνό φαινόμενο αποτελεί η ύπαρξη στερεοτυπικών συμπεριφορών, ρατσιστικών σχολίων και προκαταλήψεων για την ιδιορρυθμία τους και γενικότερα για την ιδιαιτερότητά τους. Όλα αυτά είναι αποτελέσματα της ελλιπούς εκπαίδευσης, της απουσίας ενημέρωσης για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και εν προκειμένω για τις

ΔΑΦ, καθώς και των ανύπαρκτων γνώσεων των μελών μιας κοινωνίας αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου πληθυσμού ατόμων (Ooi et al., 2016).

Η λειτουργικότητα του ανθρώπου είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών μεταβλητών που σχετίζονται τόσο με το άτομο, όσο και με το περιβάλλον του (Hutzler, 2007). Οι παράγοντες που σχετίζονται με το παιδί είναι οι ατομικοί/προδιαθεσικοί παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν τα χαρακτηριστικά εκείνα και τις ικανότητες που βρίσκονται μέσα στο ίδιο το παιδί (Houven et al., 2009). Οι ατομικοί προδιαθεσικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν τη χρονολογική ηλικία, το φύλο, τη φυσική κατάσταση και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του παιδιού (Bartlett & Palisano, 2000, Σαρρής, 2024, Σαρρής και συν., 2024). Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν τις κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες της ζωής του ατόμου (Gallahue & Ozmun, 2002). Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και το φτωχό σε πολιτισμικά ερεθίσματα περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την ανάπτυξη του κάθε παιδιού και πολύ περισσότερο του παιδιού με ΔΑΦ. Ανάλογα με τη νοητική κατάσταση του παιδιού, οι ΔΑΦ έχουν μικρότερες ή μεγαλύτερες συνέπειες στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, οι οποίες αντικατοπτρίζονται σε πολλούς τομείς και επιδρούν σε κάθε περιοχή της εξέλιξής του.

Ερευνητές του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας εξέτασαν κατά πόσο είναι πιθανό τα μικρότερα αδέλφια των παιδιών με ΔΑΦ να εμφανίσουν τη συγκεκριμένη διαταραχή (Ozonoff et al., 2011). Σύμφωνα με τη μελέτη, η οικογένεια, το φύλο του πρώτου παιδιού που διαγνώστηκε με αυτισμό, αλλά και πολλοί ακόμη παράγοντες φαίνεται ότι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της οικείας διαταραχής μεταξύ των αδελφιών. Με βάση τα ευρήματα της έρευνας προέκυψε ότι τα αδέλφια παιδιών με ΔΑΦ έχουν 20% πιθανότητα να ανήκουν και τα ίδια στο φάσμα του αυτισμού (έχουν

περίπου επτά φορές υψηλότερο ποσοστό από το αντίστοιχο σε βρέφη, χωρίς αδέλφια στο φάσμα του αυτισμού).

Η προαναφερόμενη μελέτη βασίζεται σε μια μεγάλη, ποικιλόμορφη ομάδα οικογενειών σε ερευνητικούς χώρους στις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά και το Ηνωμένο Βασίλειο και σε 20 διαφορετικές ερευνητικές ομάδες από πανεπιστήμια παγκοσμίως. Επικεφαλής ερευνήτρια ήταν η Δρ. Ozonoff, από το Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας, ερευνήτρια του ινστιτούτου MIND του UC Davis και Καθηγήτρια στο Τμήμα Ψυχιατρικής και Επιστημών της Συμπεριφοράς (Ozonoff et al., 2011).

Σύμφωνα με την Ozonoff (Miller et al., 2020), το ποσοστό διάγνωσης της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) στον γενικό πληθυσμό παρουσιάζει σταθερή αύξηση από τη δημοσίευση της προγενέστερης μελέτης τους (Ozonoff et al., 2011). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC), περίπου 1 στα 36 παιδιά διαγιγνώσκεται με ΔΑΦ. Σχετικά με την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του αυτισμού αναφέρεται αφενός, ότι υπήρξαν αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια του φάσματος την τελευταία δεκαετία και αφετέρου, ότι υπάρχει μια διαρκώς αυξανόμενη ευαισθητοποίηση για τον αυτισμό στα κορίτσια, για τα οποία η διάγνωση είναι λιγότερο συχνή σε σύγκριση με τα αγόρια (Ozonoff et al., 2011).

Η νέα μελέτη (Yu, Ozonoff, & Miller, 2024) συμπεριέλαβε δεδομένα από 1.605 βρέφη σε 18 ερευνητικά κέντρα, περισσότερα δηλαδή δεδομένα συγκριτικά με τη μελέτη που διεξήχθη το 2011 (Ozonoff et al., 2011). Όλα τα συμμετέχοντα βρέφη είχαν ένα μεγαλύτερο αδελφάκι που βρισκόταν στο φάσμα του αυτισμού. Οι ερευνητές παρακολούθησαν τα παιδιά από την χρονολογική ηλικία των 6 μηνών και πραγματοποίησαν τους απαιτούμενους επανελέγχους. Εκπαιδευμένοι κλινικοί ιατροί αξιολόγησαν τα παιδιά στην ηλικία των 3 ετών χρησιμοποιώντας το Πρόγραμμα Διαγνωστικής Παρατήρησης του Αυτισμού (ADOS-2), το οποίο αποτελεί ένα

επικυρωμένο διαγνωστικό εργαλείο. Η συλλογή των δεδομένων εκτείνεται χρονικά από το 2010 έως το 2019.

Τα ευρήματα ανέδειξαν σημαντικούς γενετικούς συσχετισμούς: το φύλο του πρώτου παιδιού με ΔΑΦ επηρέαζε την πιθανότητα εμφάνισης του αυτισμού στα επόμενα τέκνα. Συγκεκριμένα, όταν το πρώτο παιδί με ΔΑΦ ήταν κορίτσι, η πιθανότητα επανεμφάνισης ΔΑΦ στην οικογένεια ήταν αυξημένη κατά 50% συγκριτικά με την περίπτωση που το πρώτο παιδί ήταν αγόρι. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει γενετικές διαφορές που αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής σε οικογένειες που έχουν μια κόρη με ΔΑΦ (Yu, Ozonoff, & Miller, 2024).

Επίσης, παρατηρήθηκε ότι ένα παιδί με πολλά αδέρφια με ΔΑΦ έχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης του φάσματος αυτισμού (37%) από ένα παιδί που έχει μόνο έναν αδελφό ή μία αδελφή στο φάσμα (21%). Επιπλέον, εάν το πρώτο παιδί ήταν αγόρι, ήταν σχεδόν διπλάσιες οι πιθανότητες να διαγνωστούν και τα ίδια από ό,τι ένα κορίτσι: γεγονός που συνάδει με την τεκμηριωμένη αναλογία διάγνωσης τεσσάρων προς ένα υπέρ των αγοριών (Yu, Ozonoff, & Miller, 2024).

Παρατηρήθηκαν, επίσης, κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με την πιθανότητα εμφάνισης ΔΑΦ. Ειδικότερα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η φυλή και το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας αποτελούσαν πιθανούς παράγοντες εμφάνισης του φάσματος του αυτισμού στα αδέλφια. Συγκεκριμένα, το ποσοστό εμφάνισης του αυτισμού σε μη λευκές οικογένειες ήταν 25%, έναντι 18% σε λευκές οικογένειες. Επιπλέον, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας συσχετίστηκε αρνητικά με την πιθανότητα εμφάνισης ΔΑΦ: σε αποφοίτους Λυκείου η πιθανότητα εμφάνισης ήταν 32%, σε αποφοίτους κολλεγίου 19,7% και σε κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου 16,9%.

Σύμφωνα με τη Δρ. Ozonoff, τα ευρήματα αυτά είναι νέα και αναδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω επιβεβαίωσης μέσω μελλοντικών ερευνών. Επιπλέον,

ευθυγραμμίζονται με τις πρόσφατες εκτιμήσεις του CDC, σύμφωνα με τις οποίες ο αυτισμός εμφανίζεται με υψηλότερη συχνότητα σε παιδιά προερχόμενα από ιστορικά υποεκπροσωπούμενες κοινωνικές ομάδες (ygeiamou.gr, προσπελάστηκε 31/07/2024).

Επίσης, πραγματοποιήθηκε μία μακροχρόνια έρευνα στη Σουηδία, στην οποία συμμετείχαν δύο εκατομμύρια παιδιά που γεννήθηκαν από το 1982 έως το 2006 και από τα οποία 14.516 είχαν διάγνωση αυτισμού. Η έρευνα επικεντρώθηκε σε δύο πιθανούς δείκτες κινδύνου, στην κληρονομικότητα και στον κίνδυνο που διατρέχει ένα άτομο να παρουσιάσει αυτισμό, όταν κάποιο συγγενικό του άτομο έχει αυτισμό. Καταδείχθηκε ερευνητικά, ότι ο μισός κίνδυνος εμφάνισης αυτισμού σχετίζεται με την κληρονομικότητα και ο άλλος μισός αφορά διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με τους γονείς. Επίσης, διαφάνηκε, ότι τα παιδιά που είχαν αδελφό ή αδελφή με αυτισμό, είχαν δεκαπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν αυτισμό, τριπλάσιες πιθανότητες αν ο αδελφός ή η αδελφή είναι ετεροθαλής και διπλάσιες πιθανότητες αν το συγγενικό πρόσωπο με αυτισμό είναι ξάδερφος ή ξαδέρφη τους (Sandin et al., 2014).

Όπως προαναφέρθηκε, η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) είναι μια σύνθετη νευροαναπτυξιακή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ετερογενή συμπτώματα και γενετικό υπόβαθρο. Οι πρόσφατες πρόοδοι στη γενετική και επιγενετική έρευνα έχουν παράσχει πληροφορίες για τους περίπλοκους μηχανισμούς που συμβάλλουν στη ΔΑΦ, επηρεάζοντας τόσο τη διάγνωση όσο και τις θεραπευτικές στρατηγικές (Al-Beltagi, Saeed, Bediwy, Bediwy & Elbeltagi, 2024).

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, συνιστάται η αντιμετώπιση των ελλειμμάτων των παιδιών με ΔΑΦ μέσω θεραπευτικών προγραμμάτων, με στόχο τη βελτίωση όχι μόνο των γνωστικών και κοινωνικο-συναισθηματικών πλευρών της προσωπικότητάς τους, αλλά και της ποιότητας ζωής τους.

Οι εκπαιδευτικοί και γενικότερα όλοι οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στην αγωγή και την εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό θα πρέπει να εστιάζουν στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των μαθητών με ΔΑΦ αντί να τονίζουν τα ελλείμματά τους. Θα πρέπει να υιοθετούν πρακτικές, οι οποίες ενθαρρύνουν τη χρήση νέων εκπαιδευτικών προσεγγίσεων, σε ευθυγράμμιση με τις αρχές της Συμπεριληπτικής ή Ολικής εκπαίδευσης.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί, ότι υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω βελτίωση των εκπαιδευτικών πρακτικών, οι οποίες θα προσβλέπουν στην ικανοποίηση των αναγκών όλων των μαθητών, χωρίς αποκλεισμούς, ανεξαρτήτως της σοβαρότητας και του βαθμού των δυσκολιών τους.

2.2 Γνωστική ανάπτυξη παιδιών με ΔΑΦ

Ως προς τη γνωστική ανάπτυξη του ατόμου, σύμφωνα με τον Piaget η νοημοσύνη θεωρείται ως ένα δυναμικό σύνολο δομών που περιλαμβάνουν σχήματα (Piaget, 1937, Piaget, 1952). Για τον Piaget και την οικοδομιστική σχολή της Γενεύης, η αφομοίωση και η συμμόρφωση αποτελούν τους δύο λειτουργικούς μηχανισμούς μάθησης στον άνθρωπο. Είναι δύο συμπληρωματικοί μηχανισμοί, μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η εξισορρόπηση και η προσαρμογή του ατόμου. Δίνεται μεγάλη έμφαση στην ίδια τη δράση και την αυτενέργεια του υποκειμένου (Piaget, 1937, Piaget, 1952, Sarris, 2020).

Είναι γεγονός, ότι η γνωστική ανάπτυξη αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς τομείς εξέλιξης των παιδιών τυπικής ανάπτυξης, αλλά και των παιδιών με ΔΑΦ. Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός παιδιών που διαγιγνώσκονται με ΔΑΦ, υπαγορεύει την ανάγκη για συστηματικές παρεμβάσεις που οδηγούν σε βέλτιστα θεραπευτικά αποτελέσματα. Δύο τομείς στους οποίους τα παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν ήπια έως σοβαρά ελλείμματα, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, είναι η γλωσσική ανάπτυξη και η

Θεωρία του Νου (Katsarou, Papaleontiou – Louca & Gena, 2023). Η Θεωρία του Νου αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εξάγει συμπεράσματα σχετικά με τις ψυχικές καταστάσεις των άλλων και του εαυτού του, προκειμένου να ερμηνεύσει και να προβλέψει τη δική του συμπεριφορά, αλλά και των άλλων (Dunbar, 2004, Τσιρέπολου, 2012). Δηλαδή, στις περιπτώσεις των ατόμων με αυτισμό, που εντοπίζεται η αδυναμία τους να αντιλαμβάνονται τις νοητικές καταστάσεις των άλλων, η Θεωρία του Νου δίνει εξήγηση, ενδεχομένως, σε κάποιες από τις δυσκολίες, με τις οποίες τα άτομα αυτά έρχονται αντιμέτωπα στην καθημερινότητα τους (ως προς την επικοινωνία και τη συμπεριφορά τους), (Πετρούση, 2020).

Οι τελευταίες εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της ΔΑΦ είναι περισσότερο ανησυχητικές από ποτέ, καθώς αντικατοπτρίζουν σχεδόν 1% αύξηση (από 1,85% σε 2,8%) στα 8χρονα παιδιά στις Η.Π.Α., σε διάστημα μόλις τεσσάρων ετών (από το 2016-2020) (CDC, Maenner et al., 2020, 2023). Παρόλα αυτά, το ποσοστό παιδιών με ΔΑΦ που έχουν γνωστικές ικανότητες εντός του εύρους ή κοντά στο εύρος μέσης ευφυΐας -και επομένως, έχουν υψηλές δυνατότητες ανάπτυξης γλώσσας και θεωρίας του νου- εκτιμάται ότι είναι περίπου 62% (Maenner et al., 2023). Με δεδομένο το γεγονός ότι αυτό το ποσοστό είναι αρκετά υψηλό, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη αντιμετώπισης των περίπλοκων γλωσσικών και γνωστικών ικανοτήτων των παιδιών με ΔΑΦ, που προσδιορίζουν τους τομείς στους οποίους χρειάζονται υποστήριξη (Katsarou, Papaleontiou – Louca & Gena, 2023).

Τα παιδιά με ΔΑΦ αποφεύγουν να επικοινωνήσουν τις εμπειρίες τους με άλλους λεκτικά, αλλά και με τη χρήση μη λεκτικών μέσων επικοινωνίας, όπως είναι η κατάδειξη, η οπτική επαφή ή η νεύση. Αυτές οι δυσκολίες επικοινωνίας μειώνουν την ικανότητά τους να αναπτύσσουν θετικές και αμοιβαία επωφελείς σχέσεις (Katsarou, Papaleontiou – Louca & Gena, 2023). Ως εκ τούτου, τα παιδιά με ΔΑΦ συχνά χαρακτηρίζονται από αναπτυξιακή παλινδρόμηση και εξασθενημένες γνωστικές λειτουργίες (Salari et al., 2022).

Επιπλέον, παρουσιάζουν δυσκολίες στην αφηρημένη συλλογιστική σκέψη, όπως είναι η λήψη αποφάσεων ή η ευελιξία στις αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα (Lord et al., 2018, Salari et al., 2022, Katsarou, Papaleontiou – Louca & Gena, 2023). Οι προαναφερόμενες δυσκολίες επιβάλλουν δια βίου φροντίδα και υποστήριξη για τα άτομα με ΔΑΦ (World Health Association, 2019).

2.3 Γλωσσική ανάπτυξη παιδιών με ΔΑΦ

Ένας εξίσου σημαντικός τομέας εξέλιξης της προσωπικότητας του παιδιού είναι η γλωσσική ανάπτυξη. Η γλώσσα είναι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι μεταβιβάζουν τις ιδέες και τα συναισθήματά τους, δημιουργούν σχέσεις και μαθαίνουν για τον κόσμο γύρω τους. Ως εκ τούτου, η γλωσσική ανάπτυξη αποτελεί μια θεμελιώδη δεξιότητα από την οποία εξαρτάται η κοινωνική, η κινητική και η γνωστική ανάπτυξη του κάθε ατόμου (Loucas et al., 2008).

Η γλωσσική ανάπτυξη σε παιδιά και εφήβους με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) χαρακτηρίζεται από καθυστερήσεις ή ελλείμματα στη δεκτική και εκφραστική γλώσσα, συμπεριλαμβανομένης της πραγματιστικής πλευράς της γλώσσας, της δομής και της χρήσης ακατάλληλων λεκτικών εκφράσεων, όπως είναι οι στερεότυπες και ηχολαλικές εκφωνήσεις (Katsarou, Papaleontiou – Louca & Gena, 2023, Loucas et al., 2008).

Τα γλωσσικά προφίλ στις ΔΑΦ είναι μεταβλητά και άτυπα, με συχνές καθυστερήσεις έναρξης της ομιλίας, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις, ασυνήθιστα απότομη ανάπτυξη των δομικών γλωσσικών δεξιοτήτων (φωνολογία, λεξιλόγιο και μορφοσύνταξη). Η κοινή προσοχή θεωρείται συχνά ως κύριος προβλεπτικός παράγοντας της γλώσσας στον αυτισμό, παρόλο που η χαμηλή κοινή προσοχή είναι ένα βασικό

χαρακτηριστικό του αυτισμού, ανεξάρτητα από τα γλωσσικά επίπεδα του παιδιού. Οι Kissine, Saint-Denis, & Motttron (2023) πραγματοποίησαν μία συστηματική ανασκόπηση 71 μελετών, μελετώντας εάν στις περιπτώσεις παιδιών με αυτισμό, η κοινή προσοχή/το μοίρασμα της προσοχής προβλέπει προχωρημένες ή μόνο πρώιμες γλωσσικές δεξιότητες και εάν μπορεί να είναι ανεξάρτητη από τα γλωσσικά αποτελέσματα.

Από την ανασκόπηση τους προέκυψε ότι η κοινή προσοχή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για την εμφάνιση της γλώσσας, αλλά και ότι ορισμένα παιδιά με ΔΑΦ μπορεί να αποκτήσουν γλώσσα ανεξάρτητα από τις δεξιότητες κοινής προσοχής. Παράλληλα, διαφάνηκε ότι η γλώσσα στον αυτισμό δεν πρέπει απαραίτητα να μοντελοποιείται ως ποσοτική ή χρονολογική απόκλιση από την τυπική γλωσσική ανάπτυξη (Kissine, Saint-Denis & Motttron, 2023).

Με βάση το DMS-5 (American Psychiatric Association, 2013), η γλώσσα είναι ένας απλός προσδιοριστής της διάγνωσης του αυτισμού. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, το γλωσσικό προφίλ των παιδιών με αυτισμό θα πρέπει να είναι ανεξάρτητο από την ένταση των βασικών χαρακτηριστικών του αυτισμού. Αντίθετα, η ατυπικότητα στον κοινωνικό τομέα και πιο συγκεκριμένα, τα χαμηλά ποσοστά ανταπόκρισης ή έναρξης κοινού ενδιαφέροντος, είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό του αυτισμού, το οποίο επιβεβαιώνεται σθεναρά κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους της ζωής των ατόμων με ΔΑΦ (Zwaigenbaum et al., 2015). Αντίστοιχα, η απουσία άρθρωσης και οι συμπεριφορές, που άπτονται της προσοχής, είναι βασικές ενδείξεις του αυτισμού τόσο σύμφωνα με το DSM-5, όσο και σύμφωνα με άλλα πολύ καλά διαγνωστικά εργαλεία (ADI-R, Le Couteur et al., 2003, ADOS, Lord et al., 2012).

Πολλά παιδιά με ΔΑΦ εμφανίζουν μια άτυπη και κλινικά αναγνωρίσιμη πορεία στην κατάκτηση της δομικής γλώσσας, δηλαδή της φωνολογίας, του λεξιλογίου και της μορφοσύνταξης. Οι Motttron and Gagnon (2023) υποστηρίζουν ότι αυτή η πορεία

συνδέεται με έναν πρωτότυπο φαινότυπο αυτισμού. Στην ηλικία περίπου των τριών ετών, το 50-60% των παιδιών με αυτισμό δε μιλάει καθόλου ή μιλάει ελάχιστα, αλλά μέχρι την χρονολογική ηλικία των έξι ή επτά ετών, περίπου το 60-80% του συγκεκριμένου πληθυσμού ατόμων αναπτύσσει εκφραστική και προσληπτική δομική γλώσσα, συχνά σε επίπεδα κοντά ή και ανώτερα του τυπικού.

Η πλειοψηφία της βιβλιογραφίας αναφέρεται σε παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν τις γλωσσικές πορείες στον αυτισμό και εστιάζει στις κοινωνικο-επικοινωνιακές ικανότητες. Αδιαμφισβήτητα, η κοινωνική αλληλεπίδραση παίζει κεντρικό ρόλο στη γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού και στην ανταπόκριση ή έναρξη της άρθρωσης. Η προσοχή αποτελεί την πιο αδιάσειστη απόδειξη ότι το παιδί ασχολείται με τη διυποκειμενική επικοινωνία (Tomasello, 2008). Επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε, ότι η ικανότητα δημιουργίας ενός κοινού πλαισίου προσοχής μπορεί να αυξήσει τις ευκαιρίες για τα παιδιά με αυτισμό να παρακολουθήσουν τα γλωσσικά ερεθίσματα και να τα βοηθήσει να εμπλακούν σε επικοινωνιακές εμπειρίες (Kissine, Saint-Denis & Motttron 2023).

Μερικά παιδιά με ΔΑΦ μπορεί να μην αναπτύξουν ποτέ προφορικές και γλωσσικές δεξιότητες. Για αυτά τα παιδιά, ο στόχος μπορεί να είναι να μάθουν να επικοινωνούν χρησιμοποιώντας χειρονομίες, προκειμένου να εκφράσουν τις ανάγκες τους και γενικότερα, να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον τους. Για άλλα παιδιά, ο στόχος μπορεί να είναι η επικοινωνία μέσω ενός συστήματος συμβόλων (ΜΑΚΑΤΟΝ, PECS κ.ά.), στο οποίο οι εικόνες χρησιμοποιούνται για να μεταφέρουν τις σκέψεις του ατόμου (Kissine, Saint-Denis, & Motttron 2023, Sarris, 2023).

Αναφορικά με τον ρόλο των γονέων, η γλωσσική αλληλεπίδραση μεταξύ του παιδιού και των γονιών του παίζει καθοριστικό ρόλο στη γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού (Katsarou, Papaleontiou – Louca & Gena, 2023, Anderson et al., 2021). Αυτό ισχύει όχι

μόνο για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης αλλά και για τα παιδιά με δυσκολίες, όπως είναι τα παιδιά με ΔΑΦ (Katsarou, Papaleontiou – Louca & Gena, 2023, Fusaroli et al., 2019). Είναι κοινά αποδεκτό, ότι η γλωσσική συνεισφορά των γονέων επηρεάζει τη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών τους (Anderson et al., 2021).

Σύμφωνα με τους Haebig et al. (2013), οι τεχνικές ανατροφής μπορούν να ωφελήσουν τα παιδιά με ΔΑΦ και θα μπορούσε να αποδειχθεί πολύ χρήσιμη η εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης με τη μεσολάβηση των γονέων τους. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι είναι ωφέλιμο να χρησιμοποιούνται στο σπίτι παιχνίδια και παρεμφερείς δραστηριότητες παιχνιδιού, σενάρια για διάλογο, εργασίες επίλυσης προβλημάτων και ανταλλαγή ιδεών (Παπαλεοντίου -Λούκα, 2002).

Καταληκτικά, τα παιδιά με ΔΑΦ, μεταξύ των άλλων δυσκολιών τους, συνήθως παρουσιάζουν ελλείμματα στη μη λεκτική επικοινωνία, στη συσχέτιση λεκτικών και μη λεκτικών τρόπων επικοινωνίας και στην ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση σχέσεων (Kyritsi et al., 2023).

2.4 Η κοινωνική και συναισθηματική εξέλιξη των παιδιών με ΔΑΦ

Ο κοινωνικοσυναισθηματικός τομέας ανάπτυξης του παιδιού είναι εξίσου σημαντικός με τους υπόλοιπους τομείς ανάπτυξης της προσωπικότητάς του. Η παραγνώριση της σπουδαιότητας του παραπάνω τομέα μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην περαιτέρω ανάπτυξη οποιουδήποτε παιδιού και πολύ περισσότερο ενός παιδιού με αυτισμό.

Τα συναισθήματα των γονέων επηρεάζουν τη μεταξύ τους σχέση, αλλά και τη σχέση τους με το παιδί. Στην περίπτωση των γονέων παιδιών με αναπηρία, οι αντιδράσεις τους ποικίλουν, μετά από τη γνωστοποίηση της αναπηρίας του παιδιού τους σε αυτούς

(Zabelski, 2007). Το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι η αρνητική επίδραση στην κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού με αναπηρία καθώς, ύστερα από τη διάγνωση, οι γονείς διανύουν μία από τις δυσκολότερες φάσεις της ζωής τους. Κατά τη διεργασία της συνειδητοποίησης, της προσαρμογής και της αποδοχής του προβλήματος του παιδιού τους, διέρχονται μέσα από μια σειρά επώδυνων σταδίων. Σε αυτές τις περιπτώσεις επιβάλλεται η ύπαρξη ενός ευρέως υποστηρικτικού δικτύου, προκειμένου να υποβοηθήσει τους γονείς, μέσω εξειδικευμένων συμβουλών, αφενός, να διαχειριστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα έντονα και συχνά αντικρουόμενα συναισθήματά τους και αφετέρου, να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις αυξημένες και πολλαπλής φύσεως ανάγκες του παιδιού τους (Zabelski, 2007).

Ο αμέσως επόμενος κοινωνικός περίγυρος, μετά την οικογένεια, που ασκεί σημαντική επίδραση στην κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού είναι το σχολείο. Επομένως, ο ρόλος του εκπαιδευτικού καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικός για την κάλυψη των κοινωνικοσυναισθηματικών αναγκών του παιδιού (Sarris, 2023).

Η κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών με ΔΑΦ θα πρέπει να υποστηρίζεται με κάθε τρόπο από την πολιτεία, τους δασκάλους, τους γονείς και όλους τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους σημαντικούς άλλους. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να υιοθετήσουν στρατηγικές εργασίας, οι οποίες θα προσβλέπουν στην υλοποίηση μακροπρόθεσμων στόχων αναφορικά με τη συγκεκριμένη περιοχή δεξιοτήτων (Sarris, 2023).

Σύμφωνα με την Badiah (2018), οι κοινωνικές δεξιότητες αποτελούν μία από τις σημαντικές πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης και η απουσία αυτών των δεξιοτήτων μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για το άτομο. Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και επίδειξη επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς από το άτομο. Τα παιδιά με ΔΑΦ δυσκολεύονται να κατακτήσουν τις κοινωνικές δεξιότητες. Επομένως, οι συγκεκριμένες περιπτώσεις παιδιών

χρειάζονται συστηματικές και στοχευμένες παρεμβάσεις για την κατάκτηση των κοινωνικών δεξιοτήτων, έτσι ώστε αυτές να γίνουν αποδεκτές και να μπορέσουν τα παιδιά να συμμετέχουν στην κοινοτική ζωή.

Τα παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν και άλλου τύπου δυσκολίες, όπως μαθησιακές δυσκολίες, δυσκολίες στη γλώσσα και την επικοινωνία, έλλειψη προσοχής και υπερκινητικότητα (Mwakalinga, 2012). Παράλληλα, παρουσιάζουν και άλλα συμπτώματα, όπως επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες, στερεοτυπική συμπεριφορά, αντίσταση σε περιβαλλοντικές αλλαγές ή αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα και ασυνήθιστες αποκρίσεις σε αισθητηριακές εμπειρίες (Heward, 2009).

Τα χαρακτηριστικά των παιδιών που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, όπως περιγράφηκε προηγουμένως, οδηγούν σε έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων και δυσκολίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Οι κοινωνικές δεξιότητες ορίζονται ως κοινωνική αποδοχή, μαθησιακές συμπεριφορές που επιτρέπουν σε ένα άτομο να αλληλεπιδρά αποτελεσματικά με τους άλλους και να αποφεύγει μη αποδεκτές κοινωνικές αντιδράσεις. Τα άτομα που έχουν επαρκείς κοινωνικές δεξιότητες μπορούν να γίνουν εύκολα αποδεκτά από τους άλλους στην κοινωνία (Diahwati, Hariyono & Hanurawan, 2016). Οι καλά ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά με αναπηρίες ως προς την ανάπτυξη ισχυρών και θετικών σχέσεων, την απόκτηση φίλων και την επιτυχία στο σχολείο.

Σύμφωνα με τους Bremer & Smith (2004), ο έφηβος που έχει ισχυρές κοινωνικές δεξιότητες είναι πιο πιθανό να είναι αποδεκτός από τους συνομηλίκους του, να αναπτύξει φιλίες, να διατηρήσει ισχυρές σχέσεις με τους γονείς και τους συνομηλίκους του και είναι σε θέση να επιλύει προβλήματα αποτελεσματικά, να επιδεικνύει μεγαλύτερο ενδιαφέρον για το σχολείο και να έχει καλύτερες ακαδημαϊκές επιδόσεις. Οι κοινωνικές δεξιότητες αποτελούν μια σημαντική πτυχή για τα παιδιά με αναπηρία ή και με ειδικές εκπαιδευτικές

ανάγκες, ειδικά για παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, καθώς τα παιδιά αυτά χρειάζονται αλληλεπίδραση με ανθρώπους του περιβάλλοντός τους.

Τα μικρά παιδιά με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού παρουσιάζουν συχνά καθυστερήσεις στις κοινωνικές δεξιότητες, όπως είναι για παράδειγμα η περιορισμένη οπτική επαφή. Ενώ, οι έφηβοι με ΔΑΦ συχνά παρουσιάζουν δυσκολία στη διατήρηση της αλληλεπίδρασης με τους άλλους, δυσκολία κατανόησης και χρήσης της μη λεκτικής επικοινωνίας (χειρονομίες και εκφράσεις προσώπου), καθώς και δυσκολίες ανταπόκρισης στις συνομιλίες (Bohlander, Orlich & Varley, 2012). Χωρίς βοήθεια, δυσκολεύονται να κάνουν έναρξη συνομιλίας και συζήτησης με τους άλλους, να παίξουν με φίλους, να συμμετέχουν σε δραστηριότητες και να ακολουθήσουν τους κανόνες των παιχνιδιών.

Αδιαμφισβήτητα, λοιπόν, είναι σημαντικό για κάθε παιδί να έχει μια θετική σχέση με τους συνομηλίκους του στη μέση και όψιμη παιδική ηλικία (π.χ. συμμετοχή σε θετικές αλληλεπιδράσεις με συνομηλίκους, επίλυση συγκρούσεων, αίσθημα της φιλίας), (Santrock, 2004). Η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων στην παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ανεξάρτητης ζωής και σε σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας (όπως κατάθλιψη, τάσεις αυτοκτονίας και άγχος). Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΑΦ είναι περισσότερο ευάλωτα σε εκφοβισμό, συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους και γίνονται αποδέκτες αρνητικών σχολίων (Badiah, 2018, Christopher & Shakila, 2015). Συνεπώς, η βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων σε παιδιά με ΔΑΦ είναι βαρύνουσας σημασίας για τη βελτίωση της σχολικής ζωής τους, αλλά και της ποιότητας ζωής τους.

Σύμφωνα με τις Strofylla et al. (2021), τα τυπικά ελλείμματα κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας αποτελούν τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Στην έρευνά τους διερεύνησαν το προφίλ των Κοινωνικών Δεξιοτήτων 86 Ελλήνων μαθητών με ΔΑΦ, χρονολογικής ηλικίας 7-17 ετών. Επιπλέον, εξέτασαν τον ρόλο της χρονολογικής ηλικίας, του φύλου, της γλωσσικής ικανότητας και

του σχολικού προγράμματος, προκειμένου να προσδιοριστούν οι πιθανές συσχετίσεις με την ανεπάρκεια στην κοινωνική λειτουργία.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο Autism Social Skills Profile (ASSP) και συμπληρώθηκε από εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης. Με βάση τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας εντοπίστηκαν σημαντικά κοινωνικά ζητήματα σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ASSP για μαθητές με ΔΑΦ. Οι συγκρίσεις ηλικίας και φύλου δεν κατέδειξαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις κοινωνικές δεξιότητες των συγκεκριμένων περιπτώσεων παιδιών. Ωστόσο, διαφάνηκε ότι η γλωσσική ικανότητα και το σχολικό πρόγραμμα σπουδών μπορεί να επηρεάζουν κυρίως την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών με ΔΑΦ.

Οι Takahashi, Tamaki & Yamawaki (2013) πραγματοποίησαν μία μελέτη, η οποία επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού, του στυλ προσκόλλησης και των κοινωνικών δεξιοτήτων σε φοιτητές Πανεπιστημίου, που δεν είχαν επίσημη διάγνωση διαταραχής του φάσματος του αυτισμού (N = 468). Οι παραπάνω ερευνητές μελέτησαν τις σχέσεις μεταξύ των βαθμολογιών του Πηλίκου Αυτισμού (AQ), του στυλ προσκόλλησης ενηλίκων (όπως αξιολογείται από την κλίμακα Εσωτερικού Μοντέλου Εργασίας [IWM]) και των κοινωνικών δεξιοτήτων (όπως αξιολογούνται από την Κλίμακα Κοινωνικών Δεξιοτήτων του Kikuchi [KiSS-18]) αναφορικά με τους συμμετέχοντες φοιτητές.

Τα αποτελέσματα της προαναφερόμενης μελέτης εμπλούτισαν την υπάρχουσα γνώση σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ του φάσματος του αυτισμού, του στυλ προσκόλλησης ενηλίκων και των κοινωνικών δεξιοτήτων και πρότειναν ότι τα στυλ προσκόλλησης ενηλίκων (ιδιαίτερα το ασφαλές στυλ) μπορεί να διαδραματίσουν το ρόλο του μεσολαβητή ως προς την κατάκτηση της ικανότητας κοινωνικής δεξιότητας.

Ειδικότερα, η έρευνα εξέτασε τις σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών του φάσματος του αυτισμού, χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο. Διαφάνηκε, ότι τα άτομα με υψηλότερα χαρακτηριστικά αυτισμού είχαν μεγαλύτερη τάση για ένα ασφαλές στυλ προσκόλλησης και μια χαμηλότερη τάση για άγχος και στυλ αποφυγής προσκόλλησης. Επιπλέον, διαπιστώθηκε, ότι σε άτομα με υψηλή τάση για διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, το ασφαλές στυλ επηρέασε την ικανότητα κοινωνικών δεξιοτήτων, ενώ το στυλ άγχους και αποφυγής όχι.

Οι Myburgh, Condry & Barnard (2020) και οι Franz, Chambers, Von Isenburg & De Vries (2017) αναφέρουν ότι υπάρχουν περιορισμένες μελέτες για τη διαταραχή φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) στην υποσαχάρια Αφρική/Νότια Αφρική, και ακόμα λιγότερο, αναφορικά με την πρόιμη παρέμβαση για μαθητές με αυτισμό, αλλά και για την παιδαγωγική και τις προσεγγίσεις που χρησιμοποιούν οι δάσκαλοι όταν εργάζονται με μαθητές με ΔΑΦ.

Έως το 2016, υπήρξαν λίγες μελέτες σχετικά με τη σημασία των κοινωνικών δεξιοτήτων σε μαθητές με ΔΑΦ. Ο Badiah (2018) αναφέρει ότι νεαροί μαθητές με ΔΑΦ μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες με κοινωνικές δεξιότητες και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, αν και αυτή η δυσκολία μπορεί να εξαρτάται από την χρονολογική τους ηλικία, καθώς και από το επίπεδο του αυτισμού των μαθητών (Brink, 2012). Είναι γεγονός, ότι τα παιδιά με υψηλά επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων γίνονται εύκολα αποδεκτά από τους συνομηλίκους τους στην κοινότητα, είναι σε θέση να επιλύσουν προβληματικές συγκρούσεις, αλλά και να έχουν μια αίσθηση φιλίας. Ενώ όσα παιδιά δεν έχουν ανεπτυγμένες τις κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να απορριφθούν και να είναι πιο ευάλωτα σε εκφοβισμό από τους συνομηλίκους τους. Ο Brink (2012) προτείνει ότι οι μαθητές με ΔΑΦ πρέπει να αλληλεπιδρούν με τους ανθρώπους στο περιβάλλον τους,

καθώς χωρίς βοήθεια/στήριξη από το περιβάλλον τους, θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος.

Η έρευνα των Myburgh, Condy & Barnard (2020) ήταν ποιοτική και εστιάστηκε στις δομημένες εμπειρίες τριών δασκάλων στην τάξη για την ανάπτυξη και εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών τους -ιδιαίτερα της ανεξαρτησίας, της συμπεριφοράς και της αυτοεκτίμησης- στην προσπάθειά τους να συμβάλουν στην κάλυψη του κενού στο συγκεκριμένο ερευνητικό και παιδαγωγικό πεδίο. Πιο συγκεκριμένα, οι προσεγγίσεις που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί όταν εργάζονται με μαθητές με ΔΑΦ, ενθάρρυνε τους παραπάνω ερευνητές να διερευνήσουν τον τρόπο με τον οποίο τρεις δάσκαλοι προσπάθησαν να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες στους μαθητές τους με ΔΑΦ.

Μερικοί μαθητές με ΔΑΦ γίνονται καλά προσαρμοσμένοι ανεξάρτητοι ενήλικες, αλλά άλλοι αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην ερμηνεία των συναισθημάτων ή στη διαμόρφωση και διατήρηση υγιών διαπροσωπικών σχέσεων. Η προαναφερθείσα μελέτη στηρίχθηκε στη μελέτη του Vygotsky (1978) και συγκεκριμένα στην κοινωνικο-πολιτισμική θεωρία, που τονίζει τη σημασία της κοινωνικής μάθησης στην εκπαίδευση των παιδιών με αναπηρίες. Προέκυψε, ότι οι μαθητές με ΔΑΦ είχαν ωφεληθεί αισθητά από τις προσεγγίσεις των δασκάλων τους, καθώς οι δάσκαλοι δημιούργησαν ευκαιρίες μάθησης για τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και κυρίως για τους μαθητές υψηλής λειτουργικότητας με ΔΑΦ.

Επίσης, το Snoezelen (Hulsegge, & Verheul, 1989), το οποίο αποτελεί ένα πολυαισθητηριακό περιβάλλον που έχει ως στόχο να διεγείρει ή να καταστείλει τις βασικές αισθήσεις χρησιμοποιώντας χρώματα, μουσική, μυρωδιές, εικόνες και διάφορα αντικείμενα αφής, μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα σε αυτές τις περιπτώσεις παιδιών. Πρόκειται για ένα είδος θεραπείας που δημιουργήθηκε στην Ολλανδία το 1970 σε

ιδρύματα όπου φρόντιζαν άτομα με αναπτυξιακές διαταραχές. Μέσω της μη καθοδηγούμενης θεραπείας από τον υπεύθυνο ψυχολόγο ενθαρρύνεται η εμπιστοσύνη και η χαλάρωση των ατόμων με ΔΑΦ. Συνεπώς, η εφαρμογή της μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του άγχους των συμμετεχόντων, στη βελτίωση της συμπεριφοράς και της αποδοτικότητάς τους και παράλληλα στην ευχαρίστηση και διασκέδασή τους.

2.5 Προσαρμοστική συμπεριφορά

Είναι γεγονός, ότι ο ορισμός της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και ο προσδιορισμός των παραγόντων που δομούν αυτή την έννοια αποτέλεσε μία πρόκληση για την ερευνητική κοινότητα από το 1960 (Tasse'et al., 2012) μέχρι σήμερα.

Η «προσαρμοστική συμπεριφορά» περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Edgar Doll (1936). Ο Doll (1933) περιέγραψε πολλές ιδέες για την κατασκευή της προσαρμοστικής συμπεριφοράς, μεταξύ των οποίων πρωταρχικής σημασίας είναι η ιδέα ότι η προσαρμοστική συμπεριφορά είναι αναπτυξιακής φύσης. Με άλλα λόγια, το τι θεωρείται κοινωνικά επαρκής συμπεριφορά εξαρτάται από την ηλικία του αξιολογούμενου ατόμου. Η αρχή αυτή εξακολουθεί να είναι ζωτικής σημασίας για τη μέτρηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Μια δεύτερη σημαντική συνεισφορά του Edgar Doll είναι η κατανόηση του γεγονότος, ότι η κοινωνική ικανότητα ή η προσαρμοστική συμπεριφορά περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα τομέων ή πεδίων. Πιο αναλυτικά, ο Doll ταξινόμησε οκτώ κατηγορίες αντικειμένων στο Vineland SMS (Doll, 1933, 1965): γενική αυτοβοήθεια, αυτοβοήθεια ντυσίματος, αυτοβοήθεια φαγητού, επικοινωνία, αυτοκατεύθυνση, κοινωνικοποίηση, μετακίνηση και επάγγελμα. Αν και υπάρχει διάσταση απόψεων ως προς το αν η κατηγοριοποίηση του Doll είναι η καλύτερη, η αντίληψη της προσαρμοστικής

συμπεριφοράς ως πολυδιάστατης έννοιας έχει διατηρηθεί μέχρι και σήμερα (Sparrow et al., 2005).

Η έννοια της προσαρμοστικής συμπεριφοράς έχει τις ρίζες της στην ιστορία του ορισμού της νοητικής καθυστέρησης. Οι ανωμαλίες στην προσαρμοστική συμπεριφορά συμπεριλήφθηκαν για πρώτη φορά στα κριτήρια της νοητικής αναπηρίας (Heber, 1961). Επίσης, κατά τη διάρκεια της Αναγέννησης, ο νόμος όριζε τη νοητική καθυστέρηση με όρους προσαρμοστικής συμπεριφοράς (Sheerenberger, 1983).

Αναλυτικότερα, ο πρώτος επίσημος ορισμός της προσαρμοστικής συμπεριφοράς διατυπώθηκε το 1961 από τον Heber, υπό την αιγίδα της Αμερικανικής Ένωσης για τη Νοητική Καθυστέρηση (American Association on Mental Retardation-AAMR). Η προσαρμοστική συμπεριφορά, λοιπόν, ορίστηκε ως η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του, ανάλογα με την ηλικία του, περιλαμβάνοντας δεξιότητες όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η κοινωνική προσαρμογή και η λειτουργική ακαδημαϊκή επίδοση (AAMR, 1961). Η Ένωση προέβη στη βελτίωση και την εξειδίκευση του όρου αυτού αρκετές φορές στο πέρασμα των ετών. Η Αμερικανική Ένωση για τη Νοητική Καθυστέρηση άλλαξε όνομα το 2007 σε Αμερικανική Ένωση για τη Νοητική και Αναπτυξιακή Αναπηρία (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities -AAIDD), ακολουθώντας τη σύγχρονη τάση για χρήση του όρου «νοητική αναπηρία» (intellectual disability).

Η Αμερικανική Ένωση για τη Νοητική Καθυστέρηση (AAMR) δημοσίευσε το πρώτο επίσημο εγχειρίδιο και συμπεριέλαβε επίσημα τα ελλείμματα στην προσαρμοστική συμπεριφορά, ως μέρος του ορισμού της νοητικής καθυστέρησης (Heber, 1959, 1961). Το εγχειρίδιο της AAMR απαριθμούσε δύο κύριες πτυχές της προσαρμοστικής συμπεριφοράς: 1. ο βαθμός στον οποίο το άτομο είναι σε θέση να λειτουργεί και να συντηρεί τον εαυτό του ανεξάρτητα και 2. ο βαθμός στον οποίο το άτομο ανταποκρίνεται

ικανοποιητικά στις πολιτισμικά επιβαλλόμενες απαιτήσεις των προσωπικών και κοινωνικών ευθυνών (Heber, 1961, σ. 61). Μεταξύ του 1973 και του 2002, η AAMR δημοσίευσε αναθεωρημένες εκδόσεις του εγχειριδίου της που τόνιζαν περαιτέρω τη σημασία της προσαρμοστικής συμπεριφοράς στην ταξινόμηση της νοητικής καθυστέρησης (AAMR, 1992, 2002- Grossman, 1973, 1977, 1983).

Αν και τροποποιημένες κάπως, οι βασικές προϋποθέσεις του ορισμού εξακολουθούν να είναι εμφανείς σε μεταγενέστερες εκδόσεις του εγχειριδίου. Η AAMR (1992) επισήμανε, ότι η προσαρμοστική συμπεριφορά συμπεριλαμβάνει μια σειρά από σημαντικές ικανότητες, όπως είναι η επικοινωνία, η φροντίδα του εαυτού, η κοινωνικότητα, η χρήση επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ο αυτοπροσδιορισμός, η υγεία και η ασφάλεια, οι λειτουργικές ακαδημαϊκές δεξιότητες, οι δεξιότητες που αφορούν τη ζωή στο σπίτι, τον ελεύθερο χρόνο και τον χώρο εργασίας.

Η έκδοση του 2002 προσδιορίζει τρεις τομείς προσαρμοστικής συμπεριφοράς: τον εννοιολογικό, τον πρακτικό και τον κοινωνικό (AAMR, 2002, Sparrow et al., 2005). Ειδικότερα, ο εννοιολογικός τομέας περιλαμβάνει δεξιότητες που σχετίζονται με τη σκέψη, τη γνώση και τη μάθηση, όπως η γλωσσική ανάπτυξη και κατανόηση, η ανάγνωση και γραφή, η χρήση αριθμών και μαθηματικών εννοιών, η αυτοκατεύθυνση και ικανότητα λήψης αποφάσεων. Ο κοινωνικός τομέας αναφέρεται στις δεξιότητες που επιτρέπουν την αποτελεσματική κοινωνική αλληλεπίδραση, όπως η κοινωνική επικοινωνία, η ενσυναίσθηση και κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων, η ικανότητα ακολούθησης κοινωνικών κανόνων και προσδοκιών, η επίλυση κοινωνικών προβλημάτων. Τέλος, ο πρακτικός τομέας περιλαμβάνει δεξιότητες απαραίτητες για την καθημερινή ζωή και την αυτονομία του ατόμου, όπως η αυτοεξυπηρέτηση (π.χ. προσωπική υγιεινή, ένδυση, σίτιση), η διαχείριση χρημάτων και καθημερινών υποχρεώσεων, οι εργασιακές δεξιότητες

και η υπευθυνότητα, η χρήση εργαλείων και τεχνολογίας για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων (AAMR, 2002, Sparrow et al., 2005).

Όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, οι μεταγενέστεροι ορισμοί της προσαρμοστικής συμπεριφοράς αναφέρονται στην ποιότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και των απαιτήσεων του περιβάλλοντός του, γεγονός που μεταξύ των άλλων αντανακλά και τις συμπεριφορές του ατόμου σε σχέση με τις εκάστοτε πολιτισμικές προσδοκίες (Tasse et al., 2012, Bornstein et al., 2005). Η προσαρμοστική συμπεριφορά είναι η ικανότητα του ατόμου να ολοκληρώνει με επιτυχία τις υποχρεώσεις της καθημερινής του ζωής και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των άλλων (Ditterline & Becton, 2008). Η προσαρμοστική συμπεριφορά αποτελείται από τις δεξιότητες εκείνες οι οποίες καθιστούν το άτομο προσωπικά αυτόρκες και κοινωνικά επαρκές (Sparrow et al., 2005, Sparrow et al., 1984).

Βάσει των ανωτέρω, η προσαρμοστική συμπεριφορά του ατόμου αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιλαμβάνει πολλές δεξιότητες. Πιο συγκεκριμένα, στο περιεχόμενό της εμπερικλείει τις δεξιότητες της καθημερινής διαβίωσης (προσωπικές, οικιακές, κοινότητας), τις δεξιότητες επικοινωνίας (προσληπτική, εκφραστική, γραπτή), τις δεξιότητες κοινωνικοποίησης (διαπροσωπικές σχέσεις, παιχνίδι, ελεύθερος χρόνος, δεξιότητες αντιμετώπισης) και τις κινητικές δεξιότητες (αδρή και λεπτή κινητικότητα), (Sparrow et al., 2005). Γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι αφενός συμπεριλαμβάνονται έννοιες που μπορούν να διδαχτούν στο παιδί και αφετέρου, ότι είναι αδιαμφισβήτητη η επίδραση των ελλειμμάτων της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού στην προσαρμοστική συμπεριφορά του παιδιού.

Οι Sparrow et al. (2005) την έννοια της προσαρμοστικής συμπεριφοράς την προσδιορίζουν, ως την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων που απαιτούνται για

την προσωπική και κοινωνική επάρκεια του ατόμου. Στον συγκεκριμένο ορισμό της προσαρμοστικής συμπεριφοράς ενυπάρχουν τέσσερις σημαντικές αρχές:

- Η προσαρμοστική συμπεριφορά έχει εξελικτική φύση, γιατί σχετίζεται με τη μεταβλητή χρονολογική ηλικία. Στα περισσότερα άτομα, η προσαρμοστική συμπεριφορά αυξάνεται και γίνεται περισσότερο σύνθετη και περίπλοκη καθώς το άτομο μεγαλώνει (Taylor, 2008, Sparrow et al., 2005, AAMR, 1992, Χριστοδούλου 2016). Οι προσαρμοστικές δεξιότητες των βρεφών, των μικρών παιδιών, των παιδιών σχολικής ηλικίας, των εφήβων και των ενηλίκων διαφοροποιούνται αρκετά και αντανakλούν το αναπτυξιακό επίπεδο και τις προσδοκίες των άλλων ανάλογα με την χρονολογική ηλικία του ατόμου (AAMR, 1992, Harrison, 1990). Για τα μικρά παιδιά, η πραγματοποίηση ορισμένων δραστηριοτήτων με επιτυχία είναι σημαντική, όπως είναι για παράδειγμα το ντύσιμο, το παιχνίδι και η συνεννόηση με τους συμπαίκτες τους. Όμως για τα άτομα μεγαλύτερης χρονολογικής ηλικίας/ενήλικες, είναι απαραίτητες επιπλέον δεξιότητες προσαρμοστικής συμπεριφοράς, όπως η διαχείριση των χρημάτων, η υπευθυνότητα και η διατήρηση μιας θέσης εργασίας (Sparrow et al., 2005, Sparrow et al., 1984).
- Όπως προαναφέρθηκε, η προσαρμοστική συμπεριφορά ορίζεται και οριοθετείται κάθε φορά με βάση τις προσδοκίες ή τα πρότυπα των άλλων του περιβάλλοντος του ατόμου (Sparrow et al., 2005, Taylor, 2008). Η επάρκεια της προσαρμοστικής συμπεριφοράς ενός ατόμου κρίνεται από εκείνους που ζουν, εργάζονται και αλληλεπιδρούν με το συγκεκριμένο άτομο (Sparrow et al., 2005, Sparrow et al., 1984).
- Η προσαρμοστική συμπεριφορά είναι τροποποιήσιμη (Taylor, 2008, Sparrow et al., 2005). Σε αντίθεση με τη νόηση, η οποία θεωρείται σχετικά σταθερή για τα

περισσότερα άτομα με την πάροδο του χρόνου, η προσαρμοστική λειτουργία μπορεί να χειροτερέψει ή μπορεί να βελτιωθεί. Επομένως, το αν θα παρουσιάσει βελτίωση ή όχι εξαρτάται από τις παρεμβάσεις, τις αλλαγές στο περιβάλλον, τα σωματικά ή συναισθηματικά τραύματα που θα υποστεί το άτομο, αλλά και από άλλους παράγοντες (Sparrow et al., 2005).

- Τέλος, η προσαρμοστική συμπεριφορά ορίζεται ως η τυπική επίδοση και όχι ως η ικανότητα του ατόμου (Paskiewicz, 2009). Βέβαια, ενώ η ικανότητα είναι απαραίτητη για τις δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης του ατόμου/εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, η προσαρμοστική συμπεριφορά θεωρείται ανεπαρκής όταν η ικανότητα δεν επιδεικνύεται στις περιστάσεις όπου η εκδήλωσή της απαιτείται (Sparrow et al., 2005, Χριστοδούλου, 2016). Για παράδειγμα, εάν ένα άτομο έχει την ικανότητα να προφέρει τους βασικούς κανόνες ασφαλείας όταν του ζητείται, αλλά σπάνια τους ακολουθεί, η προσαρμοστική του συμπεριφορά θεωρείται ανεπαρκής στον τομέα αυτό (Sparrow et al., 2005).

Επειδή τα προσδιοριστικά στοιχεία της προσαρμοστικής συμπεριφοράς περιλαμβάνουν την αυτάρκεια κάποιου εντός του φυσικού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος και καθώς η κοινωνική συμπεριφορά καθοδηγείται από τις κοινωνικές προσδοκίες (Sparrow et al., 2005), τα αναπτυξιακά ορόσημα, τα οποία προσδιορίζουν τη μέτρηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς σχετίζονται κάθε φορά με το εκάστοτε πολιτιστικό πλαίσιο (Tan et al., 2012).

Η ικανότητα του παιδιού να εκδηλώνει με επιτυχία τις διάφορες μορφές προσαρμοστικής συμπεριφοράς το βοηθάει να παίρνει ευκολότερα αποφάσεις για τον εαυτό του και να αυτοπροσδιορίζεται (Sparrow et al., 2005). Επιπλέον, η προσαρμοστική συμπεριφορά διευκολύνει το άτομο να διατηρήσει μία επιτυχημένη σχέση με το περιβάλλον του (Reimer et al., 2011).

2.6 Προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών με ΔΑΦ

Η προσαρμοστική συμπεριφορά των ατόμων με αναπηρία αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών. Η πλειονότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων κατέδειξε ότι η προσαρμοστική συμπεριφορά των ατόμων με αναπηρία υπολείπεται συγκριτικά με την προσαρμοστική συμπεριφορά των ατόμων τυπικής ανάπτυξης.

Η προσαρμοστική συμπεριφορά αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής και περιλαμβάνει δεξιότητες όπως η κοινωνικοποίηση, η επικοινωνία, η αυτοφροντίδα, η διαβίωση στο σπίτι και η συμμετοχή στον ελεύθερο χρόνο και στην κοινότητα. Τα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να αντιμετωπίζουν προκλήσεις σε αυτούς τους τομείς και μελέτες έχουν δείξει ότι ένας σημαντικός αριθμός αυτών των ατόμων παρουσιάζει περιορισμούς στην προσαρμοστική του συμπεριφορά (Kraepel et al., 2023, Tillmann et al., 2019, Chandler et al., 2022). Η ανεπάρκεια στην προσαρμοστική λειτουργία είναι πιο διαδεδομένη σε άτομα προσχολικής και παιδιά σχολικής ηλικίας με ΔΑΦ από ό,τι σε παιδιά χωρίς ΔΑΦ και επίσης είναι συχνότερη από ό,τι σε παιδιά με άλλες νευροαναπτυξιακές παθήσεις (Mouga et al., 2015, Liss et al., 2001).

Οι δεξιότητες της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ παρουσιάζονται λιγότερο ανεπτυγμένες συγκριτικά με τις δεξιότητες της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών χωρίς ΔΑΦ. Οι Fotiadou et al. (2015) διεξήγαγαν μία έρευνα η οποία επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς 37 παιδιών και εφήβων με αυτισμό χαμηλής λειτουργικότητας και 37 παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης, χρονολογικής ηλικίας 6 - 16 ετών. Ως ψυχομετρικό μέσο χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς Vineland Adaptive Behavior Scale (Sparrow et al., 1984).

Από τα ευρήματα προέκυψε ότι τόσο οι επιμέρους τομείς, όσο και η συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων με αυτισμό ήταν σε πολύ χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με τις επιδόσεις των παιδιών χωρίς αναπηρία. Στατιστικά σημαντική σχέση διαπιστώθηκε μεταξύ της συνολικής προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με αυτισμό και των μεταβλητών χρονολογική ηλικία, επικοινωνία, κοινωνικότητα, δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας.

Οι MacDonald, Lord και Ulrich (2013) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των κινητικών δεξιοτήτων και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς σε δείγμα 233 παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) 14 - 49 μηνών. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι τόσο οι λεπτές όσο και οι αδρές κινητικές δεξιότητες είχαν στατιστικά σημαντική σχέση με τις δεξιότητες προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΔ. Οι αδρές κινητικές δεξιότητες είχαν σχέση με τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά και κυρίως με τις δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης. Τα παιδιά με τις λιγότερο ανεπτυγμένες κινητικές δεξιότητες επέδειξαν μεγαλύτερου βαθμού ελλείμματα στις δεξιότητες της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Οι ερευνητές υπέδειξαν την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος, αναφορικά με τη συμβολή της εφαρμογής προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης στη βελτίωση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς του συγκεκριμένου πληθυσμού ατόμων.

Οι Saulnier, Klaiman & McQueen (2022) διεξήγαγαν μία έρευνα, η οποία επικεντρώθηκε στην επισκόπηση των προφίλ προσαρμοστικής συμπεριφοράς στη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, καθώς και στη σημασία των συγκεκριμένων καθημερινών δεξιοτήτων για τη βελτιστοποίηση της αυτάρκειας του ατόμου σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Ειδικότερα, επισήμαναν ότι στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΑΦ παρατηρείται συχνά μία συμπεριφορά με προσαρμοστικά ελλείμματα, ιδίως στις κοινωνικές δεξιότητες (Saulnier et al., 2022). Τα παραπάνω ελλείμματα συνδέονται σε

μεγάλο βαθμό με συνυπάρχουσες καταστάσεις στο άτομο, όπως είναι βλάβες της εκτελεστικής λειτουργίας, ψυχιατρικές καταστάσεις, ακόμα και ψύχωση. Είναι γεγονός ότι συνήθως παρατηρείται ασυμφωνία μεταξύ της διανοητικής ικανότητας και της προσαρμοστικής λειτουργίας, ιδίως σε άτομα με αυτισμό χωρίς συννοσηρότητα, δηλαδή, χωρίς να συνυπάρχουν ταυτόχρονα στο ίδιο άτομο γνωστικές και γλωσσικές καθυστερήσεις. Το χάσμα αυτό τείνει να διευρύνεται μεταξύ της παιδικής και της ενήλικης ζωής. Παρόλο που οι γνωστικές και γλωσσικές δεξιότητες σχετίζονται με καλή πορεία της λειτουργικότητας του ατόμου αυτό δε συμβαίνει, λόγω των ελλειμμάτων της προσαρμοστικής συμπεριφοράς (Saulnier et al., 2022).

Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με αυτισμό συχνά παρουσιάζουν δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, με επικρατέστερη μορφή την εκδήλωση στερεοτυπικών συμπεριφορών. Η στερεοτυπική συμπεριφορά είναι μια επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά, η οποία δεν εξυπηρετεί έναν συγκεκριμένο στόχο, δεν απευθύνεται στο περιβάλλον, αλλά έχει πομπό και δέκτη το ίδιο το άτομο (Van Gendt, 2009). Οι στερεοτυπικές συμπεριφορές χαρακτηρίζονται από μια ποικιλομορφία, οπότε άλλες φορές είναι μικρότερης και άλλες μεγαλύτερης έκτασης (Μπαλή, 2010). Το εύρος των στερεοτυπιών ενός παιδιού με αυτισμό μπορεί να συμπεριλαμβάνει ταλάντωση και λίκνισμα του κορμού μπρος-πίσω, τελετουργικές επαναλαμβανόμενες κινήσεις των χεριών και των δακτύλων, ασυνήθιστους μορφασμούς, παραγωγή ανάρμοστων φωνήσεων και ανάρμοστων συμπεριφορών μέσα στην τάξη κ.ά. Όλοι όσοι εμπλέκονται στην αγωγή και την εκπαίδευση των παιδιών με ΔΑΦ θα πρέπει να χρησιμοποιούν πρακτικές που συμβάλλουν στον περιορισμό αυτών των συμπεριφορών, αλλά και στην παρακίνηση και σταδιακή αντικατάστασή τους με άλλες λειτουργικές και κοινωνικά αποδεκτές μορφές συμπεριφοράς.

Ο αριθμός των ερευνών που έχουν αξιολογήσει τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ είναι περιορισμένος, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και σε διεθνές επίπεδο.

Οι White et al. (2017) διερεύνησαν την εκτελεστική λειτουργία και τις προσαρμοστικές δεξιότητες σε κορίτσια με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού. Πρωταρχικός στόχος της έρευνάς τους ήταν να κατανοήσουν καλύτερα κατά πόσο τα κορίτσια με ΔΑΦ διαφέρουν από τα αγόρια με ΔΑΦ σε αυτούς τους τομείς της καθημερινής λειτουργίας. Οι συμμετέχοντες ήταν 79 κορίτσια με ΔΑΦ και 158 αγόρια με ΔΑΦ (ηλικίας 7-18 ετών), οι οποίοι ήταν στατιστικά συμβατοί ως προς την ηλικία, τον δείκτη νοημοσύνης και το επίπεδο των χαρακτηριστικών ΔΑΦ. Όλοι οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν με το Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) και ένα υποσύνολο (56 κορίτσια και 130 αγόρια) έλαβε επίσης την κλίμακα προσαρμοστικής συμπεριφοράς Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS). Οι γονείς αξιολόγησαν τα κορίτσια ως έχοντα μεγαλύτερες δυσκολίες στην εκτελεστική λειτουργία σύμφωνα με το BRIEF και περισσότερες δυσκολίες από τα αγόρια στον τομέα των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης του VABS. Υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης συνολικής δυσκολίας της εκτελεστικής λειτουργίας και της μειωμένης προσαρμοστικής ικανότητας τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια. Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερες δυσκολίες παρουσίαζε ένα παιδί στην εκτελεστική λειτουργία (δηλαδή στην ικανότητα προγραμματισμού, οργάνωσης, διαχείρισης του χρόνου και αυτορρύθμισης), τόσο χαμηλότερη ήταν η προσαρμοστική του ικανότητα (δηλαδή η ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, όπως η προσωπική φροντίδα, η κοινωνική αλληλεπίδραση και οι πρακτικές δεξιότητες). Συνεπώς, τα παιδιά που είχαν περισσότερες δυσκολίες στην εκτελεστική λειτουργία είχαν και μεγαλύτερες δυσκολίες στην ανεξάρτητη διαβίωση και στις κοινωνικές τους δεξιότητες, ανεξαρτήτως φύλου.

Καταληκτικά, τα αποτελέσματα κατέδειξαν σχετικές αδυναμίες για τα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια με ΔΑΦ στην εκτελεστική λειτουργία και στις δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να συνεισφέρουν στη στόχευση των θεραπειών του συγκεκριμένου πληθυσμού ατόμων.

Η προσαρμοστική λειτουργία αποτελεί θεμελιώδη πτυχή του φαινοτύπου που σχετίζεται με τη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, ασκώντας σημαντική επίδραση τόσο στο παιδί όσο και στη συνολική ποιότητα ζωής της οικογένειας (D'Urso et al., 2024).

Οι D'Urso et al. (2024) πραγματοποίησαν μια μελέτη στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν τους προγνωστικούς παράγοντες των τομέων της προσαρμοστικής λειτουργικότητας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΑΦ σε δύο χρονικές στιγμές. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 95 παιδιά με ΔΑΦ και συλλέχθηκαν διαχρονικά δεδομένα (η μέση διάρκεια της διαχρονικής συλλογής δεδομένων ήταν 1 έτος), σχετικά με ορισμένα χαρακτηριστικά της ΔΑΦ, όπως είναι η κοινωνική επικοινωνία και η κοινωνική αλληλεπίδραση, η επαναλαμβανόμενη και περιορισμένη συμπεριφορά, το γνωστικό επίπεδο και η προσαρμοστική λειτουργικότητα. Εξέτασαν τα χαρακτηριστικά του αυτισμού, το γνωστικό επίπεδο και τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες ως πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες των διαφόρων τομέων προσαρμοστικής λειτουργικότητας έναν χρόνο αργότερα. Από τα αποτελέσματα προέκυψε μια επιδείνωση των χαρακτηριστικών της ΔΑΦ και της προσαρμοστικής λειτουργικότητας των συμμετεχόντων παιδιών μετά από ένα έτος. Επίσης, διαφάνηκε ότι η σοβαρότητα της επαναλαμβανόμενης και περιορισμένης συμπεριφοράς προέβλεπε την προσαρμοστική λειτουργικότητα, ιδίως στους κοινωνικούς και πρακτικούς τομείς του παιδιού, έναν χρόνο αργότερα.

Οι Bashshar & Elashram (2024) πραγματοποίησαν μία έρευνα, η οποία προσέβλεπε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δυσκολιών αυτορρύθμισης και της προσαρμοστικής λειτουργίας σε παιδιά με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ). Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε 92 παιδιά με ΔΑΦ, ηλικίας 6-12 ετών. Για την αξιολόγησή τους χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα δυσκολιών αυτορρύθμισης (Self-regulation Difficulties Scale) και η Κλίμακα προσαρμοστικής λειτουργίας (Adaptive Function Scale). Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των τομέων της αυτορρύθμισης (φυσιολογικές δυσκολίες, συναισθηματικές δυσκολίες, αντιμετώπιση προκλήσεων/δυσκολιών μετάβασης) και της προσαρμοστικής λειτουργίας (εννοιολογικός τομέας, πρακτικός τομέας, κοινωνικός τομέας). Δηλαδή, όσο μεγαλύτερες είναι οι δυσκολίες στην αυτορρύθμιση, τόσο χαμηλότερη είναι η προσαρμοστική λειτουργία. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές αναφορικά με τη μεταβλητή φύλο, όσον αφορά την προσαρμοστική λειτουργία και την αυτορρύθμιση σε παιδιά με ΔΑΦ.

Όλα τα παιδιά με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) αντιμετωπίζουν κοινωνικές δυσκολίες, αλλά αυτές διαφέρουν ως προς τον τύπο και τη σοβαρότητά τους. Οι δυνητικά ισχυρές παρεμβάσεις που στοχεύουν στις κοινωνικές δεξιότητες σε παιδιά με ΔΑΦ μπορεί να έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα, εάν δεν είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες του κάθε παιδιού. Ένας από τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσει την κοινωνική επάρκεια είναι η εκτελεστική λειτουργία. Η εκτελεστική λειτουργία μπορεί να επηρεάσει την κοινωνική επάρκεια διευκολύνοντας στρατηγικές ανώτερης τάξης, όπως είναι η συναισθηματική και η γνωστική ρύθμιση, οι οποίες είναι απαραίτητες για τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Fong & Iarocci, 2020).

Είναι γεγονός, ότι τα άτομα με ΔΑΦ επιδεικνύουν προκλήσεις σχετικά με την εκτελεστική λειτουργία, την προσαρμοστική συμπεριφορά και την ψυχική υγεία,

παράγοντες οι οποίοι θέτουν σε κίνδυνο τη μακροπρόθεσμη ευημερία τους (Gardiner & Iarocci, 2018).

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Gardiner & Iarocci (2018) μελέτησε αν η καθημερινή εκτελεστική λειτουργία προβλέπει την προσαρμοστική και εσωτερικευτική συμπεριφορά μεταξύ παιδιών με και χωρίς διαταραχή του φάσματος του αυτισμού. Συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν 59 παιδιά και εφήβοι με ΔΑΦ ($M = 10,1$ έτη) και 67 τυπικής ανάπτυξης ($M = 9,4$ έτη), που είχαν εξισωθεί ως προς την ηλικία, το IQ, τη νοητική ηλικία και την εκπαίδευση της μητέρας. Διερευνήθηκε κατά πόσο οι αξιολογήσεις των γονέων για την ευελιξία των παιδιών τους και την ικανότητά τους να παρακολουθούν τη συμπεριφορά τους προέβλεπαν προσαρμοστικές δεξιότητες (π.χ. ικανότητα ολοκλήρωσης καθημερινών προσωπικών καθηκόντων, επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης) και συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης μεταξύ παιδιών με και χωρίς ΔΑΦ. Και για τις δύο ομάδες, οι ικανότητες των παιδιών να διαχειρίζονται και να παρακολουθούν τη συμπεριφορά τους σχετίζονταν στενά με τις προσαρμοστικές δεξιότητες. Η ευελιξία και η ικανότητα των παιδιών να αναστέλλουν την ακατάλληλη συμπεριφορά και να ελέγχουν τα συναισθήματά τους συνδέθηκε με τα συμπτώματα κατάθλιψης και για τις δύο ομάδες.

Τα ευρήματα αναδεικνύουν την πιθανότητα ότι η στόχευση συγκεκριμένων τομέων της εκτελεστικής λειτουργίας -μεταξύ ατόμων με και χωρίς ΔΑΦ- μπορεί όχι μόνο να έχει άμεσο όφελος για τη ρύθμιση της συμπεριφοράς και τις μεταγνωστικές ικανότητες, αλλά μπορεί επίσης να επεκταθεί και σε άλλους τομείς της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και της συνοδού εσωτεριστικής συμπτωματολογίας.

Οι διαταραχές της εκτελεστικής λειτουργίας μεταξύ των ατόμων με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού και η συσχέτισή τους με τα αρνητικά αποτελέσματα της ακαδημαϊκής, προσαρμοστικής και κοινωνικής λειτουργίας έχουν αναφερθεί ευρέως τα

τελευταία 20 χρόνια. Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη κατανόησης της εκτελεστικής λειτουργίας στον αυτισμό κατά την προσχολική περίοδο. Οι Terroux et al. (2024) μελέτησαν την καθημερινή εκτελεστική λειτουργία σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΑΦ και τις πιθανές συνδέσεις της με τη νοητική λειτουργία, την προσαρμοστική συμπεριφορά και τα συμπτώματα του αυτισμού. Από τα ευρήματα της έρευνας διαφάνηκε, ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΑΦ εμφάνισαν διαταραχές στην καθημερινή εκτελεστική λειτουργία, ιδιαίτερα σε σχέση με την αναστολή και τη μνήμη εργασίας. Τα μεγαλύτερα ελλείμματα στην εκτελεστική λειτουργία συσχετίστηκαν στενά με χαμηλότερα επίπεδα προσαρμοστικής συμπεριφοράς και με την υψηλότερη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του αυτισμού. Σε μικρότερο βαθμό, τα ελλείμματα στην εκτελεστική λειτουργία συνδέονταν επίσης με χαμηλότερα επίπεδα νοητικής λειτουργικότητας.

Σύμφωνα με τους συγκεκριμένους ερευνητές, η έγκαιρη αξιολόγηση και η ανίχνευση των δυσκολιών στην εκτελεστική λειτουργία σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΑΦ μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη και ενσωμάτωση συγκεκριμένων στόχων παρέμβασης για τη βελτίωση αυτών των βασικών ικανοτήτων, στο πλαίσιο των υφιστάμενων προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης για τα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΑΦ. Αυτό θα μπορούσε να συμβάλει στη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς τους, καθώς και στον περιορισμό της έκτασης των δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι συγκεκριμένες περιπτώσεις παιδιών μεγάλωνοντας (Terroux et al., 2024).

Σύμφωνα με τους Fossum et al. (2024) τα άτομα με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) εμφανίζουν ετερογένεια στην προσαρμοστική λειτουργία, υπογραμμίζοντας την ανάγκη εντοπισμού προβλεπτικών παραγόντων προκειμένου να λαμβάνονται υπόψη υπό το πλαίσιο κλινικών και επιστημονικών παρεμβάσεων. Οι Fossum et al. (2024) διερεύνησαν τις διαχρονικές συσχετίσεις μεταξύ της διάγνωσης του αυτισμού, των συνυπαρχόντων συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας, των εκτελεστικών

λειτουργιών και της επακόλουθης προσαρμοστικής λειτουργίας σε άτομα με και χωρίς ΔΦΑ ($IQ > 70$). Εξήντα έξι άτομα (26 με ΔΑΦ, 40 χωρίς ΔΑΦ) αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη της ερευνητικής προσπάθειας (μέση ηλικία = 11,8 έτη, $SD = 2,1$) και κατά τη δεκαετή παρακολούθηση (μέση ηλικία 21,4 έτη, $SD = 2,3$). Η διαγνωστική αξιολόγηση περιελάμβανε μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση των συμπτωμάτων αυτισμού και της συναισθηματικής και γνωστικής λειτουργίας. Τα συνυπάρχοντα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα αξιολογήθηκαν με δύο μέσα: τα αυτοαναφερόμενα καταθλιπτικά συμπτώματα με το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Διάθεσης και Συναισθημάτων (Short Mood and Feelings Questionnaire) και τα αναφερόμενα από τους γονείς συνολικά προβλήματα με τον Κατάλογο Ελέγχου Συμπεριφοράς Παιδιού 6-18 (Parent-reported total problems with the Child Behavior Checklist 6-18). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν νευροψυχολογικές δοκιμασίες για την αξιολόγηση των εκτελεστικών λειτουργιών. Διερευνήθηκε η προσαρμοστική λειτουργικότητα με την χρήση της κλίμακας αξιολόγησης λειτουργικής εξασθένησης Weiss (WFIRS-Weiss Functional Impairment Rating Scale), η οποία αξιολογεί τους ακόλουθους τομείς: οικογένεια (σχέσεις με γονείς και αδέρφια), σχολείο ή εργασία (ακαδημαϊκή επίδοση ή επαγγελματική απόδοση), δεξιότητες ζωής (αυτοεξυπηρέτηση, ανεξαρτησία), αυτοαντίληψη (αυτοεκτίμηση, συναισθηματική ευεξία), κοινωνικές δραστηριότητες (σχέσεις με συνομηλίκους), ριψοκίνδυνες δραστηριότητες (απερίσκεπτη συμπεριφορά).

Μεταξύ των ενηλίκων που είχαν διαγνωστεί προηγουμένως με ΔΑΦ, το 46% ανέφερε ότι ζούσε ανεξάρτητα, το 75% είχε τουλάχιστον έναν φίλο και το 71% εργαζόταν ή φοιτούσε στην εκπαίδευση. Τα άτομα με ΔΑΦ παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερη προσαρμοστική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ΔΑΦ (WFIRS Total, Hedges' $g = 0,92$). Μεγαλύτερες δυσκολίες στις εκτελεστικές λειτουργίες κατά τη διάρκεια της παιδικής/εφηβικής ηλικίας προέβλεπαν χαμηλότερη προσαρμοστική λειτουργικότητα

στην ενήλικη ζωή, ξεπερνώντας την επίδραση της διάγνωσης του αυτισμού και των συνυπαρχόντων συμπτωμάτων. Τα ευρήματα αναδεικνύουν τον σημαίνοντα ρόλο της εκτελεστικής λειτουργίας, υποδηλώνοντας ότι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στις δυσκολίες της εκτελεστικής λειτουργίας θα μπορούσαν να βελτιώσουν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για τα άτομα με ΔΑΦ.

Τα άτομα με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) παρουσιάζουν σημαντικές διαταραχές στην προσαρμοστική λειτουργία που επηρεάζουν την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Ένα επαναλαμβανόμενο εύρημα είναι ότι υπάρχει έντονη ασυμφωνία μεταξύ του επιπέδου της γνωστικής ικανότητας και της προσαρμοστικής λειτουργίας, και αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές μεταξύ των ατόμων με υψηλότερες ικανότητες (Tillmann et al., 2019). Η γνωστική νοημοσύνη και η προσαρμοστική λειτουργικότητα εξαρτώνται από διαφορετικούς μηχανισμούς στον εγκέφαλο. Τα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να έχουν υψηλή λογική σκέψη, αλλά να δυσκολεύονται στην εφαρμογή αυτών των ικανοτήτων στην πραγματική ζωή.

Οι παραπάνω ερευνητές διερεύνησαν βασικές κλινικές και δημογραφικές συσχετίσεις των διαταραχών της προσαρμοστικής λειτουργίας σε άτομα με ΔΑΦ. Έχοντας ως δείγμα 417 συμμετέχοντες (παιδιά, εφήβους και ενήλικες) εξέτασαν πώς η ηλικία, το φύλο, ο δείκτης νοημοσύνης, τα επίπεδα σοβαρότητας των συμπτωμάτων ΔΑΦ και των αυτιστικών χαρακτηριστικών και η ψυχιατρική συμπτωματολογία σχετίζονται με την προσαρμοστική λειτουργικότητα του ατόμου. Έγινε χρήση της κλίμακας Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition. Διαπιστώθηκε ότι η μεγαλύτερη ηλικία, ο χαμηλότερος δείκτης νοημοσύνης και τα σοβαρότερα κοινωνικά-επικοινωνιακά συμπτώματα, αλλά όχι τα αισθητηριακά ή επαναληπτικά συμπτώματα ή τα συνυπάρχοντα ψυχιατρικά συμπτώματα, σχετίζονται με χαμηλότερη προσαρμοστική λειτουργικότητα και μεγαλύτερες αποκλίσεις ικανότητας-προσαρμοστικής λειτουργίας. Τα ευρήματα

υποδηλώνουν ότι τα βασικά προβλήματα κοινωνικής επικοινωνίας που καθορίζουν τη ΔΑΦ είναι αυτά που συμβάλλουν στις διαταραχές της προσαρμοστικής λειτουργίας που βιώνουν τα άτομα με ΔΑΦ. Δείχνουν για πρώτη φορά ότι τα αισθητηριακά συμπτώματα, η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά και τα συναφή ψυχιατρικά συμπτώματα δεν συμβάλλουν ανεξάρτητα στις διαταραχές της προσαρμοστικής λειτουργίας. Τα άτομα με ΔΑΦ χρειάζονται υποστηρικτικές παρεμβάσεις σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, που να λαμβάνουν υπόψη τη σοβαρότητα των κοινωνικών-επικοινωνιακών συμπτωμάτων της ΔΑΦ.

Κατά συνέπεια, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην κατάκτηση προσαρμοστικών δεξιοτήτων θα πρέπει να είναι ευέλικτες ως προς το χρονοδιάγραμμα και την έντασή τους σε διάφορες αναπτυξιακές περιόδους, επίπεδα γνωστικών ικανοτήτων και να λαμβάνουν υπόψη τη σοβαρότητα των κοινωνικών-επικοινωνιακών συμπτωμάτων της ΔΑΦ.

Συνοψίζοντας, η έκπτωση των προσαρμοστικών λειτουργιών στα παιδιά με ΔΑΦ περιλαμβάνει πολλαπλές διαστάσεις, όπως είναι η κοινωνικοποίηση, η επικοινωνία και οι δεξιότητες καθημερινής ζωής (Kanne et al., 2011). Ως εκ τούτου, ο βαθμός της έκπτωσης μπορεί να αποτελέσει έναν προβλεπτικό παράγοντα αναφορικά με την έκβαση στην πραγματική ζωή, συμπεριλαμβανομένης της απόκτησης εκπαίδευσης και της ικανότητας ανεξάρτητης διαβίωσης (Farley et al., 2009). Κατά συνέπεια, η προσαρμοστική ικανότητα συμπεριφοράς θεωρείται βασικό σημείο παρέμβασης που επηρεάζει άμεσα τα ατομικά και κοινωνικά αποτελέσματα των παιδιών με ΔΑΦ (Veenstra VanderWeele et al., 2017, Bölte et al., 2019).

2.7 Στρες γονέων παιδιών με αναπηρία

Σύμφωνα με τον Chrousos (1998) το στρες μπορεί να προσδιοριστεί ως «ο μηχανισμός προετοιμασίας και αντίδρασης του οργανισμού με σκοπό την προστασία του εν μέσω καταστάσεων κινδύνου, όπου ενεργοποιούνται όλα τα συστήματά του έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αντιμετώπιση του κινδύνου και κατ' επέκταση η επαναφορά του οργανισμού στην ομοιόσταση» (Chrousos, 1998). Κατά συνέπεια, το στρες θα μπορούσε να θεωρηθεί ένας προσαρμοστικός μηχανισμός, ο οποίος καθίσταται απαραίτητος για την επιβίωση του ατόμου (Καραδήμας, 2005).

Περισσότερα από 291 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι κάτω των 20 ετών σε παγκόσμιο επίπεδο εκτιμάται ότι έχουν αναπτυξιακές δυσκολίες και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Olusanya et al., 2022a). Αυτά τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν αναπηρίες, όπως διανοητική αναπηρία, επιληψία, απώλεια ακοής ή όρασης, διαταραχή του φάσματος του αυτισμού ή διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (Olusanya et al., 2022b). Η γονική μέριμνα ενός παιδιού με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορεί να είναι ένα υπέροχο ταξίδι με μια αίσθηση ολοκλήρωσης και ενθουσιασμού, αλλά μπορεί επίσης να είναι πρόκληση ή ακόμη και να επιβάλλει ένα βάρος φροντίδας (Bruce, Lilja & Sundin, 2014).

Οι Cheng & Lai (2023) πραγματοποίησαν μία συστηματική ανασκόπηση, η οποία είχε ως στόχο να εντοπίσει τους παράγοντες κινδύνου και τους προστατευτικούς παράγοντες για το γονικό άγχος σε οικογένειες με παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Η καλύτερη κατανόηση αυτών των παραγόντων μπορεί να βοηθήσει στην παροχή κατευθυντήριων γραμμών στους παρόχους υπηρεσιών για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων με αποδέκτες τον συγκεκριμένο πληθυσμό ατόμων (De Gaetano et al., 2022).

Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές (Cheng & Lai, 2023), έχει καταδειχθεί ερευνητικά, ότι η ευημερία των οικογενειών σχετίζεται με τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνθήκες των παιδιών, καθώς και με τη λειτουργία της οικογένειας, τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και την κοινωνική και επαγγελματική υποστήριξη των γονιών τους (Cheng & Lai, 2023). Έχει διαπιστωθεί ότι οι γονείς παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους. Κατά συνέπεια, ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου, αλλά και των προστατευτικών παραγόντων μπορεί να συμβάλλει στην παροχή παρεμβάσεων για την προώθηση της ψυχικής ευημερίας των γονέων παιδιών με αναπηρία ή και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

Υπό το πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας (Cheng & Lai, 2023), προκειμένου να συναχθούν τα αποτελέσματα, ελήφθησαν υπόψη είκοσι έξι μελέτες, συμπεριλαμβανομένων 5.169 γονέων και 3.726 παιδιών. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση εντόπισε τέσσερις σημαντικούς παράγοντες κινδύνου και προστατευτικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική υποστήριξη από ζευγάρια, μέλη της οικογένειας και κοινωνικούς κύκλους. Διάφοροι φορείς μπορούν να παρέχουν οικονομική βοήθεια, ανθρώπινο δυναμικό και επαγγελματική υποστήριξη και υπηρεσίες για τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων αντιμετώπισης των γονέων, καθώς και συναισθηματική υποστήριξη, έγκαιρο έλεγχο και συνεχή αξιολόγηση της προόδου των γονέων. Συνιστώνται ιδιαίτερα οι κοινωνικές παρεμβάσεις, που προσφέρουν συνεχή και σχετική με τη διάγνωση υποστήριξη στους γονείς παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

Ο αντίκτυπος της φροντίδας των συγκεκριμένων περιπτώσεων παιδιών είναι πολύπλευρος και πολυεπίπεδος. Ειδικότερα, οι γονείς παιδιών με αναπηρία ή και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορεί να έχουν συζυγικά προβλήματα, σωματική και ψυχολογική δυσφορία ή προβλήματα ψυχικής υγείας (Aunos, Feldman & Goupil, 2008,

Crnic, Gaze & Hoffman, 2005), όπως άγχος, διαταραχές ύπνου και απογοήτευση, όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους (Beckers, Smeets, & van Der Burg, 2021).

Για παράδειγμα, μια μελέτη, η οποία διεξήχθη από τον Caley (2012) διαπίστωσε ότι η μητέρα, ως ο κύριος φροντιστής της ειδικής εκπαιδευτικής ανάγκης, βίωσε υψηλότερα επίπεδα στρες. Το άγχος μπορεί να προέρχεται από τη διαχείριση της προκλητικής συμπεριφοράς και των ειδικών αναγκών των παιδιών συμπεριλαμβανομένων όχι μόνο των εκπαιδευτικών, αλλά και των γενικότερων αναγκών τους. Οι Aif et al. (2021) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γονείς που μεγαλώνουν παιδιά με αναπηρία ή και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες αντιμετωπίζουν γενικές αλλαγές στην οικογενειακή ζωή και τα βάρη επηρεάζουν πολλές πτυχές της ζωής τους. Το παρατεταμένο άγχος από τον χειρισμό των προβλημάτων της καθημερινής ζωής των παιδιών και των διαφορετικών και απαιτητικών αναγκών μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία και την ευημερία της οικογένειας (Valicenti-McDermott et al., 2015). Οι γονείς μπορεί επίσης να αισθάνονται άγχος και να βιώνουν πρόσθετη οικονομική πίεση όταν φροντίζουν τα παιδιά τους με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες σε συνδυασμό με κυμαινόμενες συνθήκες υγείας ή την απαίτηση για επαναλαμβανόμενη νοσηλεία (Machalicek, Lang & Raulston, 2015).

Προκειμένου να προαχθεί η ψυχική ευημερία των γονέων των παιδιών με αναπηρία ή και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες είναι απαραίτητο οι οικογένειες να λαμβάνουν υπηρεσίες σχεδιασμένες με βάση προσωποκεντρικές και οικογενειακοκεντρικές προσεγγίσεις, αλλά και προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, τα οποία αποδεδειγμένα μειώνουν σημαντικά τη μητρική επιβάρυνση (Kring, Greenberg & Seltzer, 2008).

Σχετικά με το φύλο των γονέων παιδιών με αναπηρία έχει καταδειχθεί, ότι οι μητέρες παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, σε σύγκριση με τους πατέρες, κυρίως λόγω του

φόρτου εργασίας τους, αλλά και της ανάγκης τους να χειρίζονται απρόβλεπτες καταστάσεις υπό το πλαίσιο της συνθήκης της αναπηρίας του παιδιού τους (Obeidat, 2020). Το υψηλότερο επίπεδο άγχους μπορεί να προκληθεί από τις στενότερες αλληλεπιδράσεις με τα παιδιά για τη διαχείριση της συμπεριφοράς που παρουσιάζουν, λόγω της ιδιαιτερότητας των περιπτώσεών τους. Ο προσδιορισμός του ρόλου μέσα στην οικογένεια μπορεί να είναι ένας από τους βασικούς λόγους για αυτό το εύρημα. Ειδικότερα, ο πατέρας μπορεί να επικεντρωθεί στη διατροφή και όχι στη φροντίδα ή στις καθημερινές δραστηριότητες του σπιτιού. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας για την καθημερινή φροντίδα των παιδιών και οι συχνότερες αλληλεπιδράσεις με προβληματική συμπεριφορά ήταν μερικές από τις πηγές του άγχους των γονέων, ιδίως των μητέρων (Cheng & Lai, 2023).

Το γονικό άγχος έχει καταδειχθεί ερευνητικά, ότι αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας των γονέων (Feizi et al., 2014). Έρευνες αναφέρουν ότι οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για το γονικό άγχος και στρες αποτελεί η προκλητική συμπεριφορά ή η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών. Τα προβλήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με ΔΑΦ ή ΔΕΠΥ ή τα συναισθηματικά προβλήματα των συγκεκριμένων περιπτώσεων παιδιών σχετίζονταν με υψηλότερα επίπεδα γονικού στρες (Chan, Yi & Siu, 2020, Li, Pinto-Martin et al., 2018). Οι γονείς που δεν έχουν επαρκή επαγγελματική και κοινωνική υποστήριξη μπορεί να αναπτύξουν κακές πρακτικές ανατροφής και μη κατάλληλες συνήθειες αντιμετώπισης και μεθόδους χειρισμού των συμπεριφορών των παιδιών τους (De Clercq et al., 2022). Πιο συγκεκριμένα, η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων στη συμπεριφορική διαχείριση των παιδιών μπορεί να προκαλέσει αρνητικές συμπεριφορές αντιμετώπισης (π.χ. αντίδραση με θυμό), που προκαλούν περαιτέρω άγχος και στρες στους γονείς. Παράλληλα, το επαγγελματικό προσωπικό συνιστά έναν

προστατευτικό παράγοντα, ο οποίος μπορεί να παρέχει ευκαιρίες στους γονείς να εκφράσουν τις ανησυχίες και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες τους.

Σχετικά με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά της οικογένειας, τα οικονομικά προβλήματα και το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας οικογένειας σχετίζονταν με υψηλότερα επίπεδα γονικού άγχους σε γονείς παιδιών με αναπηρία ή και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σε σύγκριση με γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Masulani-Mwale et al., 2018, Huang, Zhang & Chen, 2019). Επίσης, έχει καταδειχθεί, ότι η κοινωνική απομόνωση και η κακή κοινωνική ζωή ήταν πηγές γονικών βαρών και αύξησαν το επίπεδο άγχους των γονέων (De Clercq et al., 2022). Η ανατροφή των παιδιών με αναπηρία ή και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορεί να είναι μια περίπλοκη και απαιτητική εργασία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε πρόσθετα οικονομικά, σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά βάρη την οικογένεια.

2.8 Στρες γονέων παιδιών με ΔΑΦ

Οι γονείς, ως φροντιστές των παιδιών τους με ΔΑΦ μέσα στην οικογένεια, διαδραματίζουν ζωτικής σημασίας ρόλο στην όλη ανάπτυξη και εξέλιξη των παιδιών τους από την πρώιμη παιδική ηλικία μέχρι και την ενήλικη ζωή τους.

Το γονικό άγχος είναι ένα άγχος που συνδέεται στενά με τον σημαντικό ρόλο του να είναι κάποιος γονιός. Βέβαια, όταν γίνεται λόγος για γονείς παιδιών με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ), αυτός ο ρόλος συχνά ξεκινά μόλις διαγνωστεί το παιδί τους (Foster et al., 2012). Ειδικότερα, οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ έρχονται πολύ συχνά αντιμέτωποι με μια σειρά δυσκολιών και προκλήσεων, τόσο όσον αφορά τις ευκαιρίες για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων των παιδιών τους, όσο και την επίτευξη μιας καλής ποιότητας ζωής (Meadan et al., 2010, Tincani et al., 2014).

Υπό αυτό το πλαίσιο, οι γονείς βιώνουν μια σειρά από συναισθηματικές πιέσεις, στην προσπάθειά τους να ενημερωθούν για τον αυτισμό, αλλά και για το τι συνέπειες έχει στη ζωή των παιδιών τους. Όταν σε μια οικογένεια διαγιγνώσκεται ένα παιδί με ΔΑΦ, οι ισορροπίες της οικογένειας, ως δυναμικού οργανικού συνόλου, ανατρέπονται. Εκτός από την αλλαγή της ζωής του παιδιού που παρουσιάζει αυτισμό αλλάζει και η ποιότητα ζωής, αλλά και συναισθηματικής αρμονίας όλων των μελών της οικογένειας (Efstratopoulou et al., 2022).

Οι γονείς μετά από μια τέτοια διάγνωση περνούν από πέντε επώδυνα στάδια μέχρι να φτάσουν στο στάδιο της αποδοχής και της προσαρμογής στη συνθήκη της αναπηρίας του παιδιού τους (Kübler-Ross, 2021). Τα πέντε στάδια του πένθους είναι: α) η άρνηση: το άτομο δυσκολεύεται να αποδεχτεί την πραγματικότητα της απώλειας, μπορεί να νιώθει μούδιασμα ή να αρνείται ότι συνέβη το γεγονός, β) ο θυμός: αρχίζει να εμφανίζεται η οργή, η οποία μπορεί να κατευθύνεται προς τον εαυτό, τους άλλους ή ακόμα και προς την ίδια την κατάσταση, γ) η διαπραγματεύση: το άτομο προσπαθεί να «διαπραγματευτεί» την κατάσταση, συχνά με σκέψεις όπως «Αν είχα κάνει κάτι διαφορετικά, θα μπορούσα να το αποτρέψω;», δ) η κατάθλιψη: το άτομο νιώθει έντονη θλίψη, απελπισία, απώλεια ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες και απόσυρση από τους άλλους, ε) αποδοχή: το άτομο τελικά αποδέχεται την απώλεια και αρχίζει να προσαρμόζεται στη νέα πραγματικότητα.

Με βάση τις μαρτυρίες των γονέων, η εμπειρία της διάγνωσης περιγράφεται ως πολύ οδυνηρή. Μετά τη διάγνωση του παιδιού τους βιώνουν συναισθήματα έκπληξης, λύπης, σοκ και απόρριψης (Martins et al., 2015). Διανύουν μια περίοδο μεγάλης αβεβαιότητας, αγωνίας και κατάθλιψης. Οι γονείς μετά από το πρώτο σοκ που υφίστανται πρέπει να χειριστούν έναν λαβύρινθο πληροφοριών και να ανταπεξέλθουν σε μια σειρά γραφειοκρατικών διαδικασιών, στην προσπάθειά τους να αναζητήσουν και να επιλέξουν

το κατάλληλο πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης, προκειμένου να βοηθήσουν στο μέγιστο δυνατό βαθμό το παιδί τους (Tomeny, 2017).

Έχει καταδειχθεί με βάση τα ευρήματα σχετικών ερευνών, ότι η ύπαρξη ενός παιδιού με αυτισμό στο εσωτερικό μιας οικογένειας έχει αντίκτυπο και επιπτώσεις στα μέλη της (Hastings et al., 2005), ο οποίος δύναται να διαφοροποιείται ανάλογα με το κάθε μέλος της εν λόγω οικογένειας. Από την έρευνα του Hastings (2003) διαφάνηκε, ότι οι μητέρες παιδιών με ΔΑΦ παρουσίαζαν περισσότερο άγχος, σε σύγκριση με τους πατέρες της ίδιας οικογένειας. Υπάρχουν, βέβαια, και ορισμένες περιπτώσεις γονέων, οι οποίοι περιέγραψαν την εμπειρία απόκτησης παιδιού με ΔΑΦ ως θετική (Hastings et al., 2005). Επίσης, οι Sharabi & Marom-Golan (2018) αναφέρουν περιορισμένες συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια και υψηλή αυτοεκτίμηση/αυτοαντίληψη για ορισμένα αδέρφια ατόμων με ΔΑΦ, τυπικής ανάπτυξης.

Έχει καταδειχθεί ερευνητικά, ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ σε σύγκριση με γονείς παιδιών με νοητικές ή άλλες αναπτυξιακές αναπηρίες, αντιμετωπίζουν περισσότερη ψυχολογική δυσφορία, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, του άγχους, του στρες, της μειωμένης οικογενειακής συνοχής και της αυξημένης σωματικής συμπτωματολογίας (Martins et al., 2015).

Είναι γεγονός, ότι πολλές από τις προκλήσεις που βιώνουν τα άτομα με ΔΑΦ αναπόφευκτα έχουν άμεσο αντίκτυπο στην οικογένεια και κατά συνέπεια, οι γονείς και τα αδέρφια τους βιώνουν έντονο στρες και έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής. Επίσης, τα παιδιά με ΔΑΦ αρκετά συχνά έχουν συννοσηρότητα, η οποία επηρεάζει τη συμπεριφορά, την πρόοδο και τη συνολική τους λειτουργία, γεγονός που έχει βαθιά επίδραση στο οικογενειακό περιβάλλον.

Η οικογένεια του παιδιού με ΔΑΦ, μετά τη διάγνωση της αναπηρίας, βιώνει ποικίλα και έντονα συναισθήματα, καθώς διαταράσσεται η ισορροπία της (Henderson-

Rudling, 2019). Αλλάζουν οι ισορροπίες μεταξύ όλων των μελών της. Οι επιπτώσεις είναι εντονότερες όσο πιο σοβαρή είναι η συγκεκριμένη περίπτωση του παιδιού. Εκτός από την εκπαίδευση των οικείων του παιδιού με ΔΑΦ σχετικά με την αποτελεσματική αντιμετώπιση και ικανοποίηση των αναγκών του, χρειάζεται και συμβουλευτική υποστήριξη, προκειμένου να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που συχνά προκύπτουν από την ύπαρξη ενός παιδιού με αυτισμό στο εσωτερικό της οικογένειας (Pillay Alderson - Day et al., 2011). Ενδεικτικά των προβλημάτων που αναφέρονται μπορεί να είναι η διαταραχή της σχέσης του ζευγαριού (Hastings, 2008), καθώς και η παραμέληση ως ένα βαθμό, των αναγκών των υπόλοιπων παιδιών της οικογένειας (Macks & Reeve, 2007).

Η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με ΔΑΦ μετά τη διάγνωση κατακλύζεται από έντονα αρνητικά συναισθήματα και βιώνει κυρίως συναισθήματα πένθους. Έχει καταδειχθεί ερευνητικά, ότι και οι δύο γονείς έχουν υψηλές πιθανότητες να νιώσουν κατάθλιψη, αλλά με υπεροχή των μητέρων (Wachtel & Carter, 2008).

Στην αρχή, μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης από τους ειδικούς επιστήμονες, παρατηρείται έλλειψη αποδοχής του προβλήματος του παιδιού τους και προσπάθεια να πείσουν τους εαυτούς τους, ότι δεν υπάρχει πρόβλημα. Σε πρώτη φάση, η οικογένεια δυσπιστεί ή αδυνατεί να πιστέψει ότι ισχύει κάτι τέτοιο. Την άρνηση διαδέχεται η απόγνωση και η ανασφάλεια καθώς δε γνωρίζουν πως να διαχειριστούν το πρόβλημα του παιδιού τους, τι έχουν να αντιμετωπίσουν, πως θα διαγραφεί το μέλλον και ποια θα είναι η αποδοχή, η κατανόηση και η ευαισθησία του κοινωνικού περίγυρου (Wachtel & Carter, 2008).

Συνειδητοποιούν ότι τα σχέδια και τα όνειρα που έκαναν για τους ίδιους και για το παιδί τους δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν υπό τις παρούσες συνθήκες και πρέπει να τα τροποποιήσουν (Fernandez- Alcanto et al., 2016), όσο οδυνηρό και αν είναι κάτι τέτοιο.

Όλα αυτά που βιώνουν τους κάνουν να κατακλύζονται από έντονα συναισθήματα θλίψης, θυμού, οργής και απόγνωσης (Fernandez- Alcantó et al., 2016). Επίσης, υπάρχει το ενδεχόμενο στην προσπάθειά αναζήτησης της αιτίας του προβλήματος οι γονείς να βιώνουν αισθήματα ενοχής (Davidovitch et al., 2000), να στραφούν εναντίον του εαυτού τους ή του άλλου γονέα ή ακόμη και του ίδιου του παιδιού τους με αυτισμό. Τα συναισθήματα οργής και θυμού είναι έντονα στους πατέρες και είναι συχνά αποτέλεσμα συγκαλυμμένης θλίψης που νιώθουν οι ίδιοι και αγωνίας για την ψυχική και σωματική κούραση της μητέρας, καθώς οι μητέρες πρωτίστως επωμίζονται το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας του παιδιού με ΔΑΦ (Hastings et al., 2005).

Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω, θα πρέπει να επισημανθεί, ότι πολλοί γονείς έρχονται αντιμέτωποι/διέρχονται από πέντε στάδια πένθους όταν επιβεβαιωθεί ότι το παιδί τους παρουσιάζει διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Τα πέντε αυτά στάδια είναι η άρνηση, ο θυμός, η διαπραγμάτευση, η κατάθλιψη και η αποδοχή (Kübler-Ross, 2021). Οι περισσότερες οικογένειες με την κατάλληλη υποστήριξη και συμβουλευτική ξεπερνούν σταδιακά το αρχικό σοκ και προσαρμόζονται στη συνθήκη της αναπηρίας. Το άγχος των γονέων παιδιών με ΔΑΦ είναι ιδιαίτερα υψηλό και είναι απότοκος της ανησυχίας τους για τη διάγνωση, της έλλειψης κατάλληλων θεραπευτικών υπηρεσιών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, των προβλημάτων συμπεριφοράς και της βαρύτητας της διαταραχής του παιδιού, του κοινωνικού στιγματισμού του παιδιού και της οικογένειας, της μελλοντικής ανεξαρτησίας του παιδιού με ΔΑΦ, αλλά και της έλλειψης συμβουλευτικής και στήριξης ή θεραπείας οικογένειας (Moree & Davis, 2010). Αρκετά συχνά, οι γονείς υιοθετούν υπερπροστατευτική συμπεριφορά προς το παιδί με συνέπειες στην κοινωνικοσυναισθηματική του ανάπτυξη.

Έχει διαπιστωθεί, ότι και τα αδέρφια του παιδιού με αυτισμό, βιώνουν συναισθήματα θλίψης και φόβου. Το αίσθημα ευθύνης απέναντι στα αδέρφια τους με

ΔΑΦ και ο φόβος της ακραίας και αποκλίνουσας συμπεριφοράς τους δυσκολεύει στις σχέσεις τους με συνομηλίκους και δυσχεραίνει την αδελφική σχέση (Moyson & Roeyers, 2011). Τα επίπεδα άγχους και φόβου των οικογενειών που έχουν παιδιά με ΔΑΦ είναι υψηλότερα, συγκριτικά με εκείνες που τα παιδιά τους είναι τυπικής ανάπτυξης ή με κάποια άλλη αναπηρία. Εξαιτίας της διαταραχής αυτής που έχει το παιδί τους, πολλοί γονείς ισχυρίζονται ότι έχουν ένα δύσκολο γάμο με οικονομικά προβλήματα, λόγω των αναγκών που πρέπει να καλυφθούν για το παιδί τους (Mitchelle & Hold, 2014).

Η έρευνα που διεξήχθη από τον Bonis (2016) επικεντρώθηκε αφενός, στη διερεύνηση των παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν τις εμπειρίες των γονέων στη φροντίδα ενός παιδιού με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) και αφετέρου, στον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν το άγχος των γονέων και τη λήψη αποφάσεων από τους γονείς για χρήση ή μη υπηρεσιών αυτισμού. Διαπιστώθηκε, ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες, συγκριτικά με άλλες ομάδες γονέων παιδιών με αναπηρία. Οι καθημερινές προκλήσεις της φροντίδας του παιδιού με αυτισμό είναι ατελείωτες και ως εκ τούτου επηρεάζουν όλες τις πτυχές της φροντίδας του παιδιού, καθώς και την ψυχική υγεία και την ικανότητα του γονέα να διαχειρίζεται τις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του. Η συγκεκριμένη έρευνα αποσκοπούσε στην κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι γονείς των συγκεκριμένων περιπτώσεων παιδιών, προκειμένου να παράσχει μια κατεύθυνση για έρευνα, ανάπτυξη παρέμβασης και πρακτική (Bonis, 2016). Πραγματοποιήθηκε έρευνα με την χρήση CINAHL και Medline. Τα άρθρα που επιλέχθηκαν (N = 132) επικεντρώθηκαν σε παιδιά με άλλες διαγνώσεις πλην ΔΑΦ, καθώς και σε γονικές εμπειρίες από τη φροντίδα ενός παιδιού με ΔΑΦ. Στη βάση των προαναφερομένων, αναδείχθηκαν οι πτυχές της διάγνωσης και της φροντίδας του παιδιού, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν το άγχος των γονέων και τη λήψη αποφάσεων για την χρήση υπηρεσιών για παιδιά με αυτισμό.

Προτείνεται έρευνα και πρακτική αναφορικά με την ανάπτυξη παρεμβατικών πρακτικών, οι οποίες σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση, την πρόσβαση στη φροντίδα, τη λήψη αποφάσεων από τους γονείς για την χρήση υπηρεσιών που απευθύνονται σε παιδιά με αυτισμό, καθώς και τη διαχείριση του άγχους των γονέων.

Η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, που πραγματοποιήθηκε από τους Enea & Rusu (2020), αποσκοπούσε να μελετήσει τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιήθηκε το άγχος των γονέων στις εμπειρικές μελέτες ως ανεξάρτητη μεταβλητή, αποτέλεσμα και μεσολαβητής, καθώς και να προσδιορίσει τους προγνωστικούς παράγοντες του γονικού άγχους σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ. Επίσης, οι ερευνητές επιδίωκαν να προσδιορίσουν πώς το άγχος των γονέων σχετίζεται με την ψυχική υγεία, αλλά και να κάνουν προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Ως προς τη μέθοδο επέλεξαν 45 μελέτες σχετικά με το άγχος των γονέων. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε, ότι οι προβληματικές συμπεριφορές του παιδιού και τα αισθητηριακά προβλήματα είναι οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες για το άγχος των γονέων. Οι ανύπαντρες νεαρές μητέρες που έχουν ένα παιδί με ΔΑΦ με προβληματικές συμπεριφορές και αισθητηριακές δυσκολίες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σχετικά με την εμφάνιση υψηλών επιπέδων γονικού άγχους και κακής ψυχικής υγείας. Συμπερασματικά, λοιπόν, διαφάνηκε ότι το άγχος των γονέων επηρέασε αρνητικά την ποιότητα ζωής τους που σχετίζεται με την ψυχική υγεία.

Η έρευνα που διεξήχθη από τους Porter & Loveland (2019) κατέδειξε, ότι οι γονείς παιδιών με αυτισμό βιώνουν αυξημένο άγχος που μπορεί να επηρεαστεί από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του παιδιού και του γονέα, συμπεριλαμβανομένων των πολιτισμικών κανόνων και των πεποιθήσεων σχετικά με την ανατροφή των παιδιών. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει μικρή έρευνα για οικογένειες παιδιών με αυτισμό από πολιτισμική άποψη. Ο σκοπός της συγκεκριμένης συστηματικής

ανασκόπησης ήταν να εντοπίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν το άγχος των γονέων σε μητέρες παιδιών με αυτισμό στην Ιαπωνία. Υπό το πλαίσιο της εν λόγω έρευνας επιλέχθηκε ένα τελικό δείγμα 15 πρωτογενών ερευνητικών άρθρων (2000-2015) σχετικά με το άγχος των γονέων σε μητέρες παιδιών Ιαπωνικής καταγωγής με αυτισμό χρησιμοποιώντας διάφορες βάσεις δεδομένων. Τα ευρήματα έδειξαν ότι αυτές οι μητέρες βιώνουν πολύ μεγαλύτερο γονικό άγχος από τις μητέρες τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών και παιδιών με άλλες αναπηρίες. Οι Γιαπωνέζες μητέρες επιδεικνύουν επίσης άγχος που σχετίζεται με δυσκολίες προσκόλλησης, χαμηλή γονική αποτελεσματικότητα και έλλειψη υποστήριξης, αντανakλώντας τα ιαπωνικά στυλ ανατροφής και την ιδεολογία του φύλου. Κατά συνέπεια απαιτούνται συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την υποστήριξη των γονέων παιδιών με αυτισμό.

Οι Tsermentseli & Kouklari (2021) στο πλαίσιο μιας σχολικής μελέτης στο Ηνωμένο Βασίλειο διερεύνησαν την επίδραση των παιδικών παραγόντων στο γονικό άγχος των μητέρων παιδιών με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) και διανοητική αναπηρία (ΔΑ). Διαπιστώθηκε, ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ διατρέχουν κίνδυνο για υψηλά επίπεδα στρες. Πολλαπλοί παιδικοί παράγοντες έχουν αναγνωριστεί ως προγνωστικοί παράγοντες του στρες σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ, αλλά οι παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ και συννοσηρότητα διανοητικής αναπηρίας δεν είναι καλά κατανοητοί. Αυτή η μελέτη εξέτασε το ρόλο της ηλικίας του παιδιού, της κοινωνικής αναπηρίας, των εκτελεστικών λειτουργιών και των προσαρμοστικών δεξιοτήτων στο γονικό άγχος σε μητέρες παιδιών με ΔΑΦ-ΔΑ. Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν μητέρες 133 παιδιών με ΔΑΦ-ΔΑ (χρονολογικής ηλικίας 4-11 ετών), οι οποίες κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα σχετικά ερωτηματολόγια/φόρμες (Parenting Stress Index–Short Form, Behaviour Rating Inventory of Executive Function, Vineland Adaptive Behaviour Scales, Social Responsiveness

Scale). Το άγχος των μητέρων διέφερε ανάλογα με το εκπαιδευτικό στάδιο του παιδιού και τη φτωχή μεταγνώση. Δε βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ του άγχους των γονέων, της ηλικίας και των προσαρμοστικών δεξιοτήτων των παιδιών.

Η έρευνα των Strauss et al. (2022), επικεντρώθηκε στη μελέτη της συσχέτισης μεταξύ των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών και του γονικού άγχους σε ΔΑΦ σε σχέση με τον ρόλο που διαδραματίζει η γονική αυτοαποτελεσματικότητα. Η συγκεκριμένη μελέτη βασίστηκε σε μια προηγούμενη έρευνα που κατέδειξε μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ του άγχους των γονέων και των αρνητικών συμπεριφορικών αποτελεσμάτων σε παιδιά με ΔΑΦ. Το δείγμα περιελάμβανε 32 μικρά παιδιά και τις οικογένειές τους. Έγινε συλλογή κοινωνικών, δημογραφικών και κλινικών δεδομένων. Κατά τη διερεύνηση του διαμεσολαβητικού ρόλου της γονικής αυτοαποτελεσματικότητας στη σχέση του γονικού άγχους και των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθηματικής συμπεριφοράς των παιδιών, η ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης αποκάλυψε άμεσες και έμμεσες μεσολαβητικές επιδράσεις.

Ειδικότερα, με βάση τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι η γονική αυτοαποτελεσματικότητα μεσολάβησε στη σχέση μεταξύ του άγχους των γονέων και των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθηματικής συμπεριφοράς των παιδιών μόνο στους πατέρες των συγκεκριμένων περιπτώσεων παιδιών. Η εν λόγω έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι θα πρέπει να αναδειχθούν πιθανοί τρόποι με τους οποίους η στοχευμένη γονική παρέμβαση αυτοαποτελεσματικότητας θα μπορούσε να υποστηρίξει τους πατέρες. Η έρευνα αυτή είναι πολύ σημαντική, γιατί προέκυψαν ευρήματα, τα οποία συμβάλλουν στην απόκτηση γνώσεων σχετικά με τους πατέρες σε έναν ερευνητικό κλάδο που συνήθως επικεντρώνεται στις μητέρες παιδιών με ΔΑΦ.

Η έρευνα των Demšar & Bakracevic (2023) είχε ως στόχο να προσδιορίσει το επίπεδο του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης στους Σλοβένους γονείς παιδιών με

διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, καθώς και τους μηχανισμούς αντιμετώπισής τους. Στη μελέτη συμμετείχαν 42 γονείς παιδιών με ΔΑΦ. Χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες DASS, COPE, καθώς και ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή και την κοινωνική υποστήριξη. Οι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν κλινικά αυξημένα επίπεδα στρες, κατάθλιψης ή άγχους. Ωστόσο, οι μητέρες ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα που σχετίζονταν με το στρες και το άγχος σε σύγκριση με τους πατέρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης της θετικής επανερμηνείας και της ανάπτυξης συσχετίστηκαν θετικά με την υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη και τη μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ συσχετίστηκαν αρνητικά με την κατάθλιψη και το άγχος. Η υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη συσχετίστηκε σε μεγάλο βαθμό αρνητικά με το άγχος. Οι στρατηγικές αποδοχής χρησιμοποιήθηκαν σημαντικά πιο συχνά από άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.

Οι Fēi Li et al. (2022) πραγματοποίησαν μία έρευνα, η οποία επικεντρώθηκε στη μελέτη της ψυχολογικής δυσφορίας σε γονείς παιδιών με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού. Η γονική ψυχολογική δυσφορία ορίστηκε λειτουργικά ως η παρουσία στρες, άγχους και κατάθλιψης. Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη βασισμένη σε 683 δυάδες γονέων παιδιών με αυτισμό (μητέρες-πατέρες). Αδιαμφισβήτητα, σε οικογένειες όπου υπάρχουν παιδιά με ΔΑΦ, οι πατέρες διαδραματίζουν ρόλο πρωτεύουσας σημασίας στη διευκόλυνση της ανάπτυξης των παιδιών (Rankin et al., 2019). Επιπλέον, η ουσιαστική συμμετοχή των πατέρων συμβάλλει στην καλύτερη οικογενειακή λειτουργία, αλλά και στην αυξημένη ικανοποίηση (Wang et al., 2020).

Υπό αυτό το πλαίσιο, η συγκεκριμένη μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει την ψυχολογική δυσφορία και τη διαφορά του φύλου σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ (Fēi Li et al., 2022). Διερευνήθηκαν επίσης οι προγνωστικοί παράγοντες για τη γονική ψυχολογική δυσφορία και τα αποτελέσματα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των γονέων. Με βάση τα

αποτελέσματα προέκυψε, ότι οι μητέρες των παιδιών με σοβαρά συμπτώματα αυτισμού ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης, συγκριτικά με τους πατέρες. Ο επιπολασμός του μέτριου έως σοβαρού άγχους και της κατάθλιψης για τις μητέρες ήταν 13,8% και 13,1%, αντίστοιχα. Ο αντίστοιχος επιπολασμός για τους πατέρες ήταν 9,9% και 8,0%, αντίστοιχα.

Η διαφορά φύλου στη γονική ψυχολογική δυσφορία εξαρτάται από τη σοβαρότητα των αυτιστικών συμπτωμάτων των παιδιών. Η κοινωνική αναπηρία των παιδιών ασκεί σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχολογική δυσφορία των μητέρων και συμβάλλει στο άγχος και την κατάθλιψη και για τους δύο γονείς. Η ψυχολογική δυσφορία των πατέρων μετριάζει τη σχέση μεταξύ της παιδικής κοινωνικής αναπηρίας και της μητρικής ψυχολογικής δυσφορίας. Τα ευρήματα από την παρούσα έρευνα (Fēi Li et al., 2022) καταδεικνύουν, ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ διατρέχουν υψηλό κίνδυνο, αναφορικά με την εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών, με τις μητέρες να παρουσιάζουν συνήθως υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης, συγκριτικά με τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ (Al-Oran & Al-Sagarat, 2016). Ωστόσο, μένει να μελετηθεί περαιτέρω εάν αυτά τα συμπεράσματα εξακολουθούν να ισχύουν όταν λαμβάνεται υπόψη η σοβαρότητα των αυτιστικών συμπτωμάτων του παιδιού, και κυρίως η κοινωνική αναπηρία των παιδιών. Είναι γεγονός, ότι στην πλειονότητα των ερευνών, δεν υπάρχει στα δείγματα μια ισορροπία σχετικά με την κατανομή φύλου ως προς τους συμμετέχοντες γονείς, αφήνοντας κατά κάποιο τρόπο περιθωριοποιημένο τον ρόλο των πατέρων (παρατηρείται υποεκπροσώπησή τους) (Schnabel et al., 2020). Βέβαια, υπάρχουν λίγες μελέτες με συμμετέχοντες πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, αλλά συνήθως περιορίζονται από μικρό μέγεθος δείγματος (Seymour et al., 2017) και μεγάλη ετερογένεια (García-López et al., 2016).

Συμπερασματικά, η παραπάνω έρευνα (Fēi Li et al., 2022) ανέδειξε, ότι η διαφορά φύλου στη γονική ψυχολογική δυσφορία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη

σοβαρότητα των αυτιστικών συμπτωμάτων των παιδιών με ΔΑΦ. Οι μητέρες των παιδιών με σοβαρά αυτιστικά συμπτώματα βιώνουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης, σε σχέση με τους πατέρες. Επίσης, διαφάνηκε, ότι η κοινωνική αναπηρία των παιδιών ασκεί σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχολογική δυσφορία των μητέρων, αλλά η σχέση μετριαάζεται εν μέρει από την ψυχολογική δυσφορία των πατέρων. Ίσως όταν οι πατέρες νιώθουν ψυχολογική δυσφορία, οι μητέρες επηρεάζονται, πιθανώς επειδή μοιράζονται το βάρος ή προσαρμόζουν τη δική τους αντίδραση. Το στρες των γονέων μπορεί να προβλέψει σημαντικά το άγχος και την κατάθλιψη.

Οι Efstratopoulou et al. (2022) διεξήγαγαν μία έρευνα, η οποία επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του γονικού άγχους και των δεξιοτήτων αυτορρύθμισης/προβλημάτων αυτορρύθμισης των παιδιών σε οικογένειες που είχαν παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Αναμφίβολα, το αυξημένο γονικό άγχος σχετίζεται στενά με τη σοβαρότητα του φάσματος του αυτισμού και τη συμπτωματολογία της εν λόγω διαταραχής. Οι ερευνήτριες χορήγησαν στους 75 συμμετέχοντες/συμμετέχουσες το ψυχομετρικό μέσο Parenting Stress Index–Short Form (PSI-SF), καθώς και μια λίστα ελέγχου κινητικής συμπεριφοράς για παιδιά (Motor Behavior Checklist for children-MBC), όπου καταγράφηκε από τους δασκάλους της τάξης των μαθητών το επίπεδο των λειτουργικών προβλημάτων συμπεριφοράς τους. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε ομάδα-στόχο, η οποία αποτελούνταν από έξι γονείς παιδιών με ΔΑΦ (τέσσερις μητέρες και δύο πατέρες), προκειμένου να διερευνήσουν τους παράγοντες που σχετίζονται με το στρες του γονέα. Από τα αποτελέσματα προέκυψε, ότι το άγχος των γονέων συσχετίστηκε θετικά με τις αυξημένες βαθμολογίες στην υποκλίμακα αυτορρύθμισης των παιδιών MBC. Επίσης, το άγχος των γονέων συσχετίστηκε αρνητικά με το επίπεδο κοινωνικής λειτουργικής υποστήριξης.

Κατά συνέπεια, με βάση τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας, οι προσπάθειες όλων θα πρέπει να προσβλέπουν στην ανάπτυξη στρατηγικών για τη βελτίωση των δεξιοτήτων αυτορρύθμισης σε παιδιά με ΔΑΦ, καθώς αυτή μπορεί να συμβάλλει ιδιαίτερα στη μείωση του γονικού άγχους για οικογένειες που έχουν παιδιά με αυτισμό και άλλες αναπτυξιακές διαταραχές.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ένα σημαντικό μέσο που μειώνει το στρες γονέων και παιδιών με ΔΑΦ. Αυτό είναι η ύπαρξη κατοικίδιων ζώων. Είναι επωφελής για τους γονείς και για τα παιδιά, καθώς τους βοηθάει να χαλαρώσουν (Carlisle, 2014, Dollion et al., 2025, Hall et al., 2016, Pendry, 2019).

Η μελέτη των Carlisle et al. (2020) επισημαίνει ότι ο σκύλος και η γάτα μπορούν να ενταχθούν στην καθημερινότητα παιδιών με αυτισμό αλλά και των γονιών τους, λειτουργώντας ως εξομαλυντές του άγχους, προσφέροντάς τους χαλάρωση. Όπως προαναφέρθηκε, οι γονείς παιδιών με αυτισμό έχουν πολύ περισσότερο στρες από τους γονείς των παιδιών χωρίς αυτισμό. Στόχος, λοιπόν, της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την επίδραση της κατοχής συντροφικών ζώων σε οικογένειες παιδιών με ΔΑΦ, περιλαμβάνοντας τις πεποιθήσεις των γονέων για τα οφέλη και τα βάρη των ζώων συντροφιάς, καθώς και το άγχος των γονέων. Οι συμμετέχοντες (N = 764) συμπλήρωσαν ανώνυμα online ερωτηματολόγια. Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι οι γονείς με χαμηλότερα εισοδήματα αντιλήφθηκαν περισσότερα οφέλη από τα συντροφικά ζώα και τα παιδιά τους ανέπτυξαν πιο έντονους δεσμούς με αυτά. Επιπλέον, οι γονείς που είχαν και σκύλο και γάτα ανέφεραν περισσότερα οφέλη σε σχέση με αυτούς που είχαν μόνο σκύλο ή μόνο γάτα. Οι ιδιοκτήτες σκύλων δήλωσαν περισσότερα οφέλη από τους ιδιοκτήτες γατών. Όσοι γονείς αντιλήφθηκαν ότι τα ζώα συντροφιάς τους προσφέρουν περισσότερα οφέλη, είχαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους.

Συνεπώς, οι προτάσεις για τους παρόχους υπηρεσιών υποστήριξης είναι να εξετάσουν την ένταξη των συντροφικών ζώων στις οικογένειες παιδιών με ΔΑΦ, προκειμένου να ενισχυθούν τα οικογενειακά οφέλη, όπως η μείωση του άγχους των γονέων. Επιπλέον, διαφάνηκε ότι, παρά την ευθύνη και τα έξοδα που συνεπάγεται η φροντίδα ενός κατοικίδιου ζώου, τα παιδιά με αυτισμό και οι γονείς τους διατηρούσαν ισχυρούς δεσμούς με τα κατοικίδια τους. Η καθημερινή φροντίδα δεν φαίνεται να αύξησε τα επίπεδα άγχους τους, ενώ οι γονείς που είχαν περισσότερα από ένα κατοικίδια ζώα ανέφεραν μεγαλύτερα οφέλη. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται από πληθώρα ερευνών (Carlisle, 2014, Dollion et al., 2025, Hall et al., 2016, Pendry, 2019).

ΜΕΡΟΣ II

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Διαδικασία έρευνας

Η διαδικασία της έρευνας περιελάμβανε τα παρακάτω στάδια:

- Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκαν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες σύμφωνα με τον Κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας.
- Ειδικότερα, έγινε υποβολή σχετικής αίτησης προς την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
- Έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας (Παράρτημα 1).
- Η άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τη διεξαγωγή της έρευνας χορηγήθηκε, εφόσον συμπεριελάμβανε και την ολοκληρωμένη/πλήρη μορφή όλων των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκε και ως δεοντολογική έγκριση για την παρούσα έρευνα.
- Τηλεφωνική, μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας και δια ζώσης επικοινωνία, συμπεριλαμβανόμενης της πολύ καλής συνεννόησης και συνεργασίας με τους υπεύθυνους των δομών, όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Η ερευνήτρια προέβη στην ενημέρωσή τους αναφορικά με τον τρόπο, τον χρόνο, τη διάρκεια και τον σκοπό υλοποίησης της έρευνας.
- Επιλογή των συμμετεχόντων με βάση τα σαφώς προκαθορισμένα κριτήρια, τα οποία ανταποκρίνονταν στους σκοπούς της έρευνας. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν γονείς παιδιών και εφήβων που πληρούσαν τις προϋποθέσεις και τα διαγνωστικά κριτήρια, μετά από επαφές και χορήγηση άδειας από τους

αντίστοιχους φορείς και τα κέντρα (σύλλογοι γονέων και κηδεμόνων παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, σύλλογοι γονέων και κηδεμόνων παιδιών τυπικής ανάπτυξης, ΚΔΑΠ ΑμεΑ, ΚΔΗΦ, ΕΛΕΠΑΠ, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών τυπικής ανάπτυξης, κέντρα ειδικών θεραπειών κ. ά.).

- Συμπλήρωση των Κλιμάκων της έρευνας από τους συμμετέχοντες: κλίμακα Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS II, Second Edition-Parent/Caregiver Rating Form, Sparrow et al., 2005) και κλίμακα Depression Anxiety Stress Scale (DASS21, Lovibond & Lovibond, 1995).
- Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν τόσο σε μητέρες παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ, όσο και σε πατέρες παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ.
- Συλλογή και βαθμολόγηση των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων/κλιμάκων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε χρονικό διάστημα τριών μηνών περίπου.
- Εξαγωγή και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
- Διευκρινιστικά αναφέρεται ότι ως προς τη διαδικασία αξιολόγησης της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών και των εφήβων, αυτή έλαβε χώρα με τη συνδρομή των γονέων τους, οι οποίοι τους γνωρίζουν πολύ καλά. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων ήταν ατομική και αφορούσε το σχετικό προφίλ του κάθε παιδιού ξεχωριστά.
- Σχετικά με την Ηθική και Δεοντολογία κατά τη διαδικασία εκπόνησης της παρούσας έρευνας, τηρήθηκαν με κάθε τρόπο οι γενικοί κανόνες αρχών ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την κάθε έρευνα. Προκειμένου να διασφαλιστεί η προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων της έρευνας (GDPR), σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, όλα τα ερωτηματολόγια και τα έντυπα καταγραφής των αποτελεσμάτων των δοκιμασιών ήταν ανώνυμα και κωδικοποιήθηκαν από την ερευνήτρια. Παράλληλα, η συμμετοχή στην έρευνα

ήταν προαιρετική, όπως επιτάσσει η δεοντολογία της ερευνητικής διαδικασίας και ο κώδικας ηθικής. Επιπροσθέτως, η προαναφερόμενη διαδικασία χαρακτηριζόταν από την εμπιστευτικότητα των στοιχείων/δεδομένων.

- Πιο αναλυτικά, οι γονείς των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα, ενημερώνονταν από τους υπευθύνους των αντίστοιχων πλαισίων, οι οποίοι δε γνώριζαν τις ερευνητικές υποθέσεις του συγκεκριμένου πονήματος, με βάση ένα ενιαίο κείμενο που τους είχε δοθεί από την ερευνήτρια. Το προσκαλούμενο δείγμα της έρευνας, σύμφωνα με τους κανόνες δεοντολογίας που πρέπει να διέπουν κάθε έρευνα, ενημερώθηκε ότι η συμμετοχή ήταν προαιρετική, καθώς και ότι είχε το δικαίωμα να αποχωρήσει από αυτή ανά πάσα στιγμή. Επίσης, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι τα στοιχεία συμμετοχής στην έρευνα θα ήταν ανώνυμα, απόρρητα και εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιούνταν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας. Επιπροσθέτως, οι γονείς των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ έλαβαν τη διαβεβαίωση ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα δε θα επηρέαζε τις υπηρεσίες που λάμβαναν τα παιδιά τους, από τα αντίστοιχα πλαίσια εκπαίδευσης και παροχής υπηρεσιών.
- Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε ηλεκτρονική αλλά και έντυπη μορφή, λόγω δυσκολιών που ανέκυψαν (π.χ. ορισμένοι από τους συμμετέχοντες δε γνώριζαν χρήση Η/Υ κ.ά.). Και σε αυτή την περίπτωση έγινε κάθε προσπάθεια προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων/συμμετεχουσών (χρήση λευκών φακέλων, προσωπικοί ανώνυμοι κωδικοί αριθμοί).
- Οι γονείς είχαν δικαίωμα να πάρουν τα ερωτηματολόγια στο σπίτι τους και ως χρόνο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων είχαν είκοσι ημέρες, έτσι ώστε να μην επηρεαστούν τα αποτελέσματα από το ενδεχόμενο αναπτυξιακών αλλαγών των παιδιών και των εφήβων.

- Η προσβασιμότητα (feasibility) των ερωτηματολογίων ήταν πολύ υψηλή και για τα δύο ερωτηματολόγια, καθώς οι ελλείπουσες τιμές (missing values) στις απαντήσεις ήταν ελάχιστες. Σχετικά με τη διαχείριση των ελλιπών δεδομένων ακολουθήθηκαν οι οδηγίες των κατασκευαστών των κλιμάκων τους αναφορικά με τη βαθμολόγηση.

3.2. Υλικό και Μέθοδος

3.2.1 Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 50 παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ (χρονολογικής ηλικίας 6-15 ετών) χωρίς την ταυτόχρονη ύπαρξη άλλης συνοδής αναπηρίας. Βασικό κριτήριο αποκλεισμού από τη συμπερίληψη στην ομάδα των συμμετεχόντων αποτέλεσε η ταυτόχρονη ύπαρξη συνοδής αναπηρίας στο ίδιο άτομο. Στην παρούσα έρευνα η ομάδα των συμμετεχόντων με ΔΑΦ ήταν τυχαία και αντιπροσωπευτική, γιατί κάθε συμμετέχων είχε όλες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Αναφορικά με τον βαθμό λειτουργικότητας των συμμετεχόντων με ΔΑΦ, το δείγμα περιελάμβανε παιδιά και εφήβους σε όλο το εύρος της (χαμηλής έως και υψηλής λειτουργικότητας).

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα για τα παιδιά με ΔΑΦ ήταν η ύπαρξη διάγνωσης από παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο ή νευρολόγο, από επίσημο φορέα, όπως τα Κέντρα Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ. πρώην ΚΕΣΥ), τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, πληρώνοντας τα κριτήρια για διαταραχή αυτιστικού φάσματος, όπως ορίζονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχιατρικών Διαταραχών, του DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Επίσης, συμμετείχαν 50 παιδιά και έφηβοι τυπικής ανάπτυξης, που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η ομάδα ελέγχου εξισώθηκε ως προς όλα τα χαρακτηριστικά με το δείγμα, πλην της διαταραχής αυτιστικού φάσματος. Η ομάδα ελέγχου ήταν ταιριαστή με την

ομάδα των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ. Οι συμμετέχοντες σε αυτή είχαν παρόμοια χαρακτηριστικά με τα παιδιά και τους εφήβους με ΔΑΦ αναφορικά με το φύλο και την χρονολογική ηλικία. Αναφορικά με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, απαραίτητη προϋπόθεση ήταν η μη ύπαρξη διάγνωσης ειδικών κατηγοριών, όπως μαθησιακές δυσκολίες, κινητικές δυσκολίες, επιληπτικές κρίσεις και χρόνια νοσήματα. Όσον αφορά τους συμμετέχοντες γονείς, η άριστη κατανόηση της ελληνικής γλώσσας αποτέλεσε απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμπερίληψή τους στο δείγμα.

Όπως προαναφέρθηκε, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν παιδιά και έφηβοι με και χωρίς ΔΑΦ και η συμπλήρωση των προαναφερόμενων κλιμάκων/ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τους γονείς τους. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια της έρευνας τα συμπλήρωσαν 50 γονείς των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ. Κατά αντίστοιχο τρόπο συμπληρώθηκαν και τα ερωτηματολόγια αναφορικά με τα παιδιά και τους εφήβους τυπικής ανάπτυξης. Το δείγμα αντλήθηκε από διάφορα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ατόμων με ΔΑΦ, από φορείς παροχής υπηρεσιών και υποστήριξης παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, από την ΕΛΕΠΑΠ, από ΚΔΑΠ ΑμΕΑ, καθώς και από δομές όπου εκπαιδεύονταν και απασχολούνταν δημιουργικά παιδιά και έφηβοι τυπικής ανάπτυξης.

Στην παρούσα έρευνα έχει διασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος με τη χορήγηση ερωτηματολογίων σε περιοχές αστικές, ημιαστικές και της περιφέρειας. Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε έπειτα από επικοινωνία με Συλλόγους γονέων ατόμων με διαταραχές αυτιστικού φάσματος και εκπαιδευτικά πλαίσια, όπως είναι τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης (ΚΔΑΠ), τα Κέντρα Δημέρευσης-Ημερήσιας Φροντίδας ατόμων με ΔΑΦ (ΚΔΗΦ), καθώς και ιδιωτικά ειδικά κέντρα θεραπειών ανά την επικράτεια.

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, όσοι είχαν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση ή τη φοίτηση στο Λύκειο ταξινομήθηκαν στην κατηγορία του

χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, ενώ οι γονείς με πανεπιστημιακή εκπαίδευση εντάχθηκαν στην κατηγορία του υψηλού μορφωτικού επιπέδου.

Ως προς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας των συμμετεχόντων διαμορφώθηκαν τρεις κατηγορίες (υψηλό, μεσαίο και χαμηλό). Ως πρότυπο χρησιμοποιήθηκε η κατηγοριοποίηση του Βάμβουκα (Βάμβουκας, 1994), η οποία προτείνει ως δείκτη/κριτήριο προσδιορισμού του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας το επάγγελμα του πατέρα (Βάμβουκας, 1988).

Επίσης, οι συμμετέχοντες, τους οποίους αφορούσαν τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, διακρίθηκαν σε δύο ηλικιακές ομάδες με κριτήριο τη χρονολογική τους ηλικία. Στην πρώτη ομάδα συμπεριλήφθηκαν τα παιδιά χρονολογικής ηλικίας 6-12 ετών και στη δεύτερη οι έφηβοι χρονολογικής ηλικίας 12,1-15 ετών με και χωρίς ΔΑΦ, αντίστοιχα. Ο μέσος όρος της χρονολογικής ηλικίας των συμμετεχόντων παιδιών και εφήβων ήταν $M=10.386$ με $TA=2.624$.

Σχετικά με την ανεξάρτητη μεταβλητή χρονολογική ηλικία 62% των συμμετεχόντων με ΔΑΦ ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 6-12 ετών ($N=31$), ενώ 38% ($N=19$) ανήκε στη δεύτερη ηλικιακή ομάδα. Ως προς το φύλο, τα αγόρια με ΔΑΦ ήταν η πλειοψηφία $N = 36$ (72%). Τα συμμετέχοντα κορίτσια ήταν $N = 14$ (28%). Η δημογραφική μεταβλητή φύλο είναι διχοτομική και συνίσταται από τις δύο κατηγορίες: αγόρι, κορίτσι.

Η διάγνωση των παιδιών και των εφήβων ($N=50$), αναφορικά με τον πληθυσμό στόχο, ήταν ΔΑΦ (100%). Επίσης, $N=37$ (74%) από τα παιδιά και τους εφήβους με ΔΑΦ είχαν αδέρφια χωρίς αναπηρία και $N=13$ (26%) δεν είχαν άλλα αδέρφια. Από τους συμμετέχοντες 27 (54%) προέρχονταν από οικογένεια με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, 16 (32%) προέρχονταν από οικογένεια με μεσαίο και 7 (14%) από οικογένεια με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Για την κατάταξη των συμμετεχόντων σε μία από τις σχετικές υποομάδες χρησιμοποιήθηκαν οι σχετικές πληροφορίες, οι οποίες αντλήθηκαν από τους γονείς των παιδιών και των εφήβων, καθώς και από τους ίδιους.

Από τους 50 συμμετέχοντες γονείς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, N=18 (36%) ήταν άνδρες/πατέρες και N=32 (64%) ήταν γυναίκες/μητέρες. Αναφορικά με τους γονείς παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης, N=24 (48%) ήταν άνδρες/πατέρες και N=26 (52%) ήταν γυναίκες/μητέρες. Ο μέσος όρος της χρονολογικής ηλικίας των συμμετεχόντων γονέων ήταν $M=33.560$ με $TA=8.063$. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο των γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, N=33 (66%) είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και N=17 υψηλό (34%).

Τα προαναφερθέντα δεδομένα αποτυπώνονται στους Πίνακες 1 και 2, που ακολουθούν.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.

	N	Ποσοστό %
<i>Χρονολογική ηλικία</i>		
6-12 ετών	31	62%
12,1-15 ετών	19	38%
<i>Φύλο</i>		
Αγόρια	36	72%
Κορίτσια	14	28%
<i>Υπαρξη αδερφιών χωρίς αναπηρία</i>		
Ναι	37	74%
Όχι	13	26%

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.

	N	Ποσοστό %
<i>Φύλο</i>		
Άντρες	18	36%
Γυναίκες	32	64%
<i>Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο</i>		
Χαμηλό	27	54%
Μεσαίο	16	32%
Υψηλό	7	14%
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>		
Χαμηλό	33	66%
Υψηλό	17	34%

3.2.2 Εργαλεία μέτρησης

Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή κάποιων απαραίτητων για την έρευνα δημογραφικών στοιχείων και πληροφοριών, προσαρτημένο στο πρώτο μέρος των ερωτηματολογίων/ψυχομετρικών εργαλείων, το οποίο συμπληρώθηκε με βάση τις απαντήσεις των γονέων των παιδιών και των εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ. Ειδικότερα, εκτός από τα βασικά στοιχεία του υποκειμένου (φύλο, ημερομηνία γέννησης) συμπεριλαμβάνονταν και ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν το επάγγελμα του πατέρα, το μορφωτικό επίπεδο του γονέα/συμμετέχοντος και την ύπαρξη άλλων παιδιών χωρίς αναπηρία στην οικογένεια.

Για την αξιολόγηση της μεταβλητής στρες των γονέων επιλέχτηκε και χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα μέτρησης της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες (Depression Anxiety Stress Scale-DASS, Lovibond & Lovibond, 1995). Το DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale-21), σύντομη μορφή του DASS-42, είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοελέγχου/ένα σύνολο τριών υποκλιμάκων αυτοαναφοράς που έχουν σχεδιαστεί από τους κατασκευαστές του για τη μέτρηση των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων κατάθλιψης, άγχους και στρες. Το ερωτηματολόγιο μέτρησης της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες (DASS) είναι μία ποσοτική κλίμακα μέτρησης της ψυχικής δυσφορίας σύμφωνα με τους παραπάνω τρεις άξονες. Δεν αποτελεί κατηγορηματική κλίμακα κλινικής διάγνωσης και κατά συνέπεια δε χρησιμοποιείται ως διαγνωστικό εργαλείο (Λυράκος, 2013). Περισσότερο θεωρείται ως ένα εργαλείο διερεύνησης των κοινών αιτιών άγχους, κατάθλιψης και στρες. Επειδή το εργαλείο αυτό δεν είναι ειδικό για διάγνωση, είναι κατάλληλο για γενική χρήση σε κλινικούς πληθυσμούς.

Το DASS-21 έχει χρησιμοποιηθεί σε φάσμα ηλικιακών γκρουπ (Osman et al., 2012). Η βασική λειτουργία του είναι να εκτιμήσει τη σοβαρότητα μιας σειράς βασικών

συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Μαζί, οι εν λόγω υποκλίμακες (στρες, άγχος, κατάθλιψη) παρέχουν ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών συμπτωμάτων κινδύνου (McDowell, 2006). Η υποκλίμακα Κατάθλιψης αξιολογεί τη δυσφορία, την απελπισία, την υποτίμηση της ζωής και την απάθεια. Η υποκλίμακα Άγχους αξιολογεί τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, το άγχος ως κατάσταση και την υποκειμενική εμπειρία της επίδρασης του άγχους. Η υποκλίμακα Στρες είναι ευαίσθητη σε αυξημένα επίπεδα χρόνιας μη ειδικής διέγερσης, αξιολογεί τη δυσκολία χαλάρωσης, την υπερδιέγερση, την ευεξαπτότητα, την ευερεθιστότητα και την ανυπομονησία (Lovibond & Lovibond, 1995).

Το DASS-21 αποτελείται από 21 στοιχεία και κάθε μία από τις τρεις υποκλίμακες DASS περιέχει 7 στοιχεία/ερωτήσεις τις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει μέσω μίας κλίμακας τύπου Likert-4 διαβαθμίσεων, για να αξιολογήσει τον βαθμό στον οποίο έχει βιώσει κάθε κατάσταση την τελευταία εβδομάδα (από 0=δεν ίσχυσε καθόλου για μένα, έως 3=ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές), (Lovibond & Lovibond, 1995, Lyrakos, Arvaniti, Smyrnioti & Kostopanagiotou, 2011). Οι βαθμολογίες για την Κατάθλιψη, το Άγχος και το Στρες υπολογίζονται αθροίζοντας τις βαθμολογίες για τα σχετικά στοιχεία (Lyrakos, Arvaniti, Smyrnioti & Kostopanagiotou, 2011).

Η συνολική βαθμολογία (score) για κάθε μία από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου (στρες, άγχος, κατάθλιψη) προέκυψε από το άθροισμα των βαθμών κάθε υποκλίμακας πολλαπλασιαζόμενο επί δύο, προσδιορίζοντας την ήπια, μέτρια, σοβαρή και πολύ σοβαρή κατάσταση από την κάθε υποκλίμακα. Όσο αυξάνει το σκορ τόσο μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες βιώνει το άτομο (Lyrakos, Arvaniti, Smyrnioti & Kostopanagiotou, 2011). Ως εκ τούτου το συνολικό σκορ κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 42, ενώ το συνολικό σκορ της Κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 126.

Το υψηλότερο σκορ δηλώνει και υψηλότερα επίπεδα αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης (κατάθλιψη, άγχους και στρες), (Henry & Crawford, 2005).

Με βάση τα εκατοστημόρια, το εγχειρίδιο DASS υποδηλώνει ότι οι βαθμολογίες 0–77 αντιπροσωπεύουν κανονικές καταστάσεις, οι βαθμολογίες 78–86 ήπια διαταραχή, οι 87–94 μέτρια διαταραχή, οι 95–97 σοβαρές διαταραχές και οι 98–100 εξαιρετικά σοβαρή διαταραχή (Lovibond & Lovibond, 1995). Οι επιμέρους βαθμολογίες της κλίμακας DASS δεν καθορίζουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με όλες τις κλινικές πληροφορίες που έχει κανείς στη διάθεσή του (Λυράκος, 2013). Δηλαδή, η συγκεκριμένη κλίμακα εφαρμόζεται κυρίως για τον εντοπισμό συναισθηματικών διαταραχών, ως μέρος μιας ευρύτερης κλινικής αξιολόγησης αλλά και της δημιουργίας κλινικών ερευνών. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν υπάρχει χρονικό όριο.

Η κλίμακα DASS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για άτομα από 14 ετών και άνω, υπό την προϋπόθεση ότι έχουν τις τυπικές γλωσσικές ικανότητες. Για παιδιά κάτω των 14 ετών, συνιστάται η παιδική εκδοχή της DASS (DASS-Y), (Szabo, & Lovibond, 2022).

Όπως προαναφέρθηκε, ο σκοπός της κλίμακας DASS-21 είναι η εκτίμηση της σοβαρότητας ή της έντασης των βασικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες κατά την προηγούμενη εβδομάδα. Ειδικότερα, οι δηλώσεις 3, 5, 10, 13, 16, 17 και 21 μετρούν την κατάθλιψη, οι δηλώσεις 2, 4, 7, 9, 15, 19 και 20 μετρούν το άγχος και οι δηλώσεις 1, 6, 8, 11, 12, 14 και 18 μετρούν το στρες. Το εργαλείο έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες και η κλίμακα έχει σταθμιστεί και στα Ελληνικά από τους Λυράκο, Αρβανίτη, Σμυρνιώτη και Κωστοπαναγιώτου (2011).

Σχετικά με την εγκυρότητα της εν λόγω κλίμακας, με βάση τα δεδομένα της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι το ψυχομετρικό εργαλείο DASS και στις δύο του μορφές (42 και 21 στοιχεία), αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης της κατάθλιψης,

του άγχους και τους στρες, τόσο σε κλινικούς όσο και σε μη κλινικούς πληθυσμούς ενηλίκων, καθώς και σε διαφορετικές κουλτούρες και εθνικότητες (Osman et al., 2012).

Αρκετοί μελετητές στις έρευνές τους κάνουν λόγο για ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα του συγκεκριμένου εργαλείου (Antony et al, 1998, Ng et al., 2007, Henry & Crawford, 2005). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ελληνική μετάφραση του DASS έχει καταδειχθεί ότι αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, του οποίου οι ψυχομετρικές ιδιότητες βρίσκονται πολύ κοντά με αυτές που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Lyraeos et al., 2011). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής για το σύνολο των προτάσεων της κλίμακας στην ελληνική έκδοση ήταν $\alpha=0,965$. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την Ελλάδα, η κλίμακα έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα από τους Λυράκο, Αρβανίτη, Σμυρνιώτη και Κωστοπαναγιώτου (2011), οι οποίοι έχουν ελέγξει την παραγοντική της δομή και έχουν επιβεβαιώσει τις 3 υποκλίμακες της αρχικής αγγλικής εκδοχής της κλίμακας. Το συγκεκριμένο εργαλείο χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα της Βύλλη (2018), καθώς και στην έρευνα των Κύρου και Παπαθανασίου (2023).

Για την αξιολόγηση της μεταβλητής προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ χρησιμοποιήθηκε για τον γονέα/φροντιστή η κλίμακα Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS II, Second Edition-Parent/Caregiver Rating Form, Sparrow et al., 2005), η οποία συμπληρώνεται από τους συμμετέχοντες, χωρίς συνέντευξη. Η συγκεκριμένη κλίμακα θεωρείται ένα καλό ψυχομετρικό εργαλείο με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Matson, Terlonge, Gonzales, & Rivet, 2006). Η VABS II, ως εργαλείο, έχει επαρκή αξιοπιστία και εγκυρότητα και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για τη μέτρηση των προσαρμοστικών δεξιοτήτων, σε παιδιά και ενήλικες με μια ευρεία ποικιλία αναπτυξιακών και χρόνιων διαταραχών (Sikora et al., 2012). Αναφέρεται ως το πιο κατάλληλο εργαλείο για την αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς ατόμων στο φάσμα του αυτισμού (Lee & Park, 2007). Οι ηλικίες στις οποίες απευθύνεται και οι οποίες

μπορούν να αξιολογηθούν μέσω του εντύπου VABS II, είναι 0-90 ετών (με τη διευκρίνιση ότι οι νόρμες με τις κινητικές δεξιότητες είναι διαθέσιμες μόνο για παιδιά κάτω των έξι ετών).

Η δομή της συγκεκριμένης Κλίμακας περιλαμβάνει τρεις κύριους τομείς, δηλαδή την Επικοινωνία, τις Δεξιότητες της Καθημερινής Ζωής και την Κοινωνικοποίηση. Επίσης, υπάρχει και ο τομέας των Κινητικών Δεξιοτήτων που αξιολογεί προαιρετικά τις δεξιότητες Αδρής και Λεπτής Κινητικότητας, για παιδιά χρονολογικής ηλικίας μέχρι έξι ετών, καθώς και ορισμένα κριτήρια Δυσπροσαρμοστικής Συμπεριφοράς, προκειμένου να παρέχονται περισσότερες πληροφορίες για παιδιά μεγαλύτερα των πέντε ετών. Η αξιολόγηση της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς είναι προαιρετική και διακρίνεται σε δύο ενότητες: Προβληματικές Συμπεριφορές μέρος 1 (Τομέας Α, Τομέας Β, Τομέας Γ) και Προβληματικές Συμπεριφορές μέρος 2 (Τομέας Δ). Το VABS II (Sparrow et al., 2005), περιέχει συνολικά 433 ερωτήματα και ο χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 20-60 λεπτά.

Πιο αναλυτικά, η συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων προσδιορίστηκε από τη συνολική βαθμολογία που προέκυψε από την χορήγηση της κλίμακας Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς (Vineland-II Parent/Caregiver Rating Form), (Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition, Sparrow et al., 2005).

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ ήταν:

- Το εγχειρίδιο χρήσης του ψυχομετρικού εργαλείου.
- Τα φυλλάδια καταγραφής των επιδόσεων των συμμετεχόντων.

Στην Κλίμακα Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς Vineland-II, εκτός από τη βαθμολογία σε κάθε τομέα και υποτομέα χωριστά, εξήχθη και μια συνολική βαθμολογία

αναφορικά με όλους τους τομείς της προσαρμοστικής συμπεριφοράς, η οποία αντικατόπτριζε τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά του ατόμου (Adaptive Behavior Composite), (Sparrow et al., 2005). Στην περίπτωση που σε οποιαδήποτε υποκλίμακα ενός τομέα έλειπαν δύο σκορ (ελλείπουσες τιμές), η υποκλίμακα αυτή δεν μπορούσε να βαθμολογηθεί.

Μετά από την χορήγηση της κλίμακας Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς (Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition, Sparrow et al., 2005), για τον υπολογισμό της επίδοσης του αξιολογούμενου ατόμου, γινόταν μετατροπή των αρχικών ακατέργαστων τιμών (raw score) σε επεξεργασμένη βαθμολογία, που έχει για όλες τις ηλικίες ενιαία σημασία, αναφορικά με τους τομείς αλλά και τους επιμέρους υποτομείς της προσαρμοστικής συμπεριφοράς (Sparrow et al., 2005).

Η συνολική Προσαρμοστική συμπεριφορά αποτελεί μια συνολική εκτίμηση της επίδοσης του ατόμου στους διάφορους τομείς και υποτομείς της και όπως είναι αυτονόητο μπορεί να είναι ανομοιογενής. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να εξετάζεται η επίδοση σε κάθε τομέα χωριστά, έτσι ώστε να εντοπίζονται τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία του αξιολογούμενου ατόμου και με βάση αυτά να σχεδιάζεται το πρόγραμμα παρέμβασης, στις περιπτώσεις όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Ειδικότερα, με βάση το σχετικό εγχειρίδιο, οι βαθμολογίες (score) υπολογίζονται για κάθε τομέα ξεχωριστά και στη συνέχεια μετατρέπονται σε ένα τυποποιημένο (standard) σκορ και ένα συνολικό (composite) σκορ για τη συνολική Προσαρμοστική Συμπεριφορά, με μέσο όρο = 100, και τυπική απόκλιση = 15. Κατά συνέπεια, τα σκορ που βρίσκονται συν ή πλην 15, δηλαδή από το 85 μέχρι το 115 θεωρούνται φυσιολογικά σκορ.

Το συγκεκριμένο εργαλείο μεταφράστηκε στα ελληνικά και προσαρμόστηκε για τον ελληνικό πληθυσμό από την Κατσιάνα (2015). Για την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έγινε έλεγχος αξιοπιστίας για την εσωτερική συνοχή των τομέων του, με

τη μέθοδο split-half, που αντιστοιχεί στις συγκεκριμένες ηλικίες και τα αποτελέσματα ήταν άριστα σχεδόν για όλους τους τομείς. Ειδικότερα, με τη μέθοδο split-half, ο Spearman-Brown για όλους τους τομείς του ερωτηματολογίου VABS II, ήταν πάνω από .80, παρόμοια με τα αποτελέσματα των μετρήσεων της αυθεντικής μελέτης του VABS II (Sparrow et al., 2005).

Πιο συγκεκριμένα, η διαδικασία στάθμισης του VABS-II (Vineland-II) φόρμα γονέων/φροντιστών (Parent/Caregiver Rating Form), (Μάρτιος 2003 - Οκτώβριος 2004) από τους Sparrow et al. (2005) πραγματοποιήθηκε σε 242 τοποθεσίες των 44 πολιτειών των ΗΠΑ και της περιφέρειας Κολούμπια, σε ένα δείγμα 3.695 ατόμων χρονολογικής ηλικίας από τη γέννηση μέχρι 90 ετών. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του Vineland II, (Sparrow et al., 2005), όπως προαναφέρθηκε, προέκυψε ότι ήταν καλές.

Η φόρμα εντύπου γονέα/φροντιστή μπορεί να συμπληρωθεί από τους γονείς ως μια κλίμακα διαβάθμισης. Είναι μια εναλλακτική προσέγγιση η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν ο χρόνος ή η πρόσβαση είναι περιορισμένα. Το VABS-II αναφέρεται ως το πιο κατάλληλο εργαλείο για την απόδοση προσαρμοστικής συμπεριφοράς των ατόμων στο φάσμα του αυτισμού (Lee & Park, 2007).

Η φόρμα Αξιολόγησης Γονέα/Φροντιστή (κλίμακας αξιολόγησης) αξιολογεί την προσαρμοστική συμπεριφορά στους τέσσερις ευρύτερους, αλλά ταυτόχρονα επιμέρους τομείς της: την Επικοινωνία, τις Δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης, την Κοινωνικοποίηση και τις Κινητικές δεξιότητες. Παράλληλα, περιλαμβάνει έναν τομέα Δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς, που αξιολογεί προβληματικές συμπεριφορές στο άτομο (Sparrow et al., 2005).

Το προαναφερόμενο ψυχομετρικό μέσο Vineland-II αντιπροσωπεύει μια ουσιαστική αναθεώρηση του Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland ABS- Sparrow, Balla, Mr Cicchetti, 1984). Επειδή το ηλικιακό εύρος των κλιμάκων Vineland-II

έχει διευρυνθεί, έχουν προστεθεί νέα στοιχεία σε καθέναν από τους τέσσερις τομείς και έντεκα υποτομείς για τη δειγματοληψία προσαρμοστικών δεξιοτήτων σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Επιπλέον, όπως αναφέρουν οι κατασκευαστές του, έχουν προστεθεί στοιχεία στο εύρος από τη γέννηση έως τα 3 έτη για να αυξηθεί η πυκνότητα των στοιχείων και να επιτραπεί μεγαλύτερη διαφοροποίηση κατά τη διάρκεια αυτών των πρώτων ετών ταχείας ανάπτυξης του παιδιού.

Η επικαιροποίηση της συγκεκριμένης κλίμακας Vineland-II αντικατοπτρίζει τις πολιτισμικές αλλαγές και τις νέες ερευνητικές γνώσεις σχετικά με τις αναπτυξιακές αναπηρίες και κατά συνέπεια καθιστούν το Vineland-II ακόμη πιο χρήσιμο στους κλινικούς γιατρούς, κατά τη διαδικασία προσδιορισμού της προσαρμοστικής λειτουργικότητας για άτομα όλων των ηλικιών. Οι κανόνες των εντύπων της έρευνας Vineland-II βασίζονται σε ένα μεγάλο, αντιπροσωπευτικό δείγμα άνω των 3.000 ατόμων και τα αποτελέσματα των εντύπων της έρευνας είναι ιδιαίτερα ερμηνεύσιμα. Αυτά τα χαρακτηριστικά το καθιστούν ένα ιδιαίτερα πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων στο Έντυπο Συνέντευξης της Έρευνας ή στο Έντυπο Αξιολόγησης Γονέων/Φροντιστών με το δείγμα τυποποίησης δίνει ένα μέτρο για το συνολικό επίπεδο προσαρμοστικής λειτουργικότητας του ατόμου, καθώς και για την προσαρμοστική του λειτουργικότητα σε πιο διακριτούς τομείς. Το επίπεδο της λειτουργικότητας του ατόμου στους προαναφερόμενους τομείς και υποτομείς τεκμηριώνει τις ανάγκες για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων και υπηρεσιών. Η σύγκριση των ελλειμμάτων του ατόμου με εκείνα που συναντώνται σε διαφορετικές κλινικές ομάδες υποστηρίζει τη διάγνωση (Sparrow et al., 2005).

Οι φόρμες της έρευνας VABS-II παρέχουν κανονιστικές βαθμολογίες σε επίπεδο υποτομέων, έτσι ώστε να είναι δυνατή η καλύτερη κατανόηση των δυνατών και

αδύνατων σημείων ενός ατόμου. Οι διακριτοί προσαρμοστικοί τομείς και υποτομείς που μετρούνται συνάδουν με τις τρέχουσες έρευνες σχετικά με την προσαρμοστική συμπεριφορά και τις προδιαγραφές που προσδιορίζονται από την Αμερικανική Ένωση για τη Νοητική και Αναπτυξιακή Αναπηρία (AAIDD, 2007), καθώς από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, που εκδίδεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (DSM-5, APA, 2013).

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, οι φόρμες της κλίμακας Vineland-II παρέχουν μια πληρέστερη εικόνα του τμήματος του πληθυσμού που υφίσταται τις πιο γρήγορες και δραματικές αναπτυξιακές αλλαγές και εντοπίζει τις αναπτυξιακές καθυστερήσεις του (Sparrow et al., 2005). Το ολοκληρωμένο περιεχόμενο των φορμών της κλίμακας Vineland-II συμβάλλει στην καλύτερη διαγνωστική διάκριση μεταξύ ατόμων με σημαντικούς περιορισμούς στην προσαρμοστική λειτουργία, όπως είναι τα άτομα με νοητική καθυστέρηση ή με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (Sparrow et al., 2005).

Λόγω του διευρυμένου ηλικιακού εύρους, οι φόρμες της κλίμακας Vineland-II μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό των δυνατών και αδύνατων σημείων και της σχετιζόμενης με την ηλικία μείωσης της προσαρμοστικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα της Vineland-II μπορούν να βοηθήσουν στον προσδιορισμό της ανάγκης για την παροχή υποστηρικτικών προγραμμάτων, τα οποία μπορούν να συμβάλουν στη διατήρηση της ανεξάρτητης διαβίωσης (Sparrow et al., 2005).

Οι φόρμες της κλίμακας Vineland-II προσφέρουν μεγαλύτερη ευελιξία στους εξεταστές. Ειδικότερα, οι εξεταστές μπορούν να επιλέξουν να χορηγήσουν το έντυπο αξιολόγησης γονέων/φροντιστών όταν η προσωπική συνέντευξη δεν είναι πρακτική ή όταν δεν απαιτείται το βάθος των πληροφοριών που παρέχει η μέθοδος της ημιδομημένης

συνέντευξης. Η φόρμα Αξιολόγησης Γονέων/Φροντιστών είναι ιδιαίτερα κατάλληλο εργαλείο για την παρακολούθηση της προόδου μετά από την πραγματοποίηση της συνέντευξης (Sparrow et al., 2005).

Ο δείκτης δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς του Vineland-II ομαδοποιεί τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές σε εσωτερικευμένες, εξωτερικευμένες και άλλες προβληματικές συμπεριφορές. Σύμφωνα με την τρέχουσα έρευνα, αυτές οι κατηγορίες προβληματικών συμπεριφορών είναι χρήσιμες για την πραγματοποίηση κλινικών διαγνώσεων (Sparrow et al., 2005).

Ο δείκτης δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς είναι προαιρετικός και παρέχει ένα μέτρο ανεπιθύμητων συμπεριφορών που μπορεί να παρεμβαίνουν στην προσαρμοστική συμπεριφορά ενός ατόμου (Sparrow et al., 2005). Τα προαιρετικά κρίσιμα δυσπροσαρμοστικά στοιχεία δεν συμβάλλουν σε μια υποκλίμακα ή σύνθετη κλίμακα, αλλά παρέχουν δείκτες πιο σοβαρών δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών που οι εξεταστές μπορεί να θελήσουν να λάβουν υπόψη στη συνολική αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Ο δείκτης δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς και τα κρίσιμα δυσπροσαρμοστικά στοιχεία συνθέτουν τον τομέα της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς του αξιολογούμενου ατόμου (Sparrow et al., 2005).

Σχετικά με τη δομή και την οργάνωση των εν λόγω φορμών της έρευνας Vineland-II, οι έντεκα υποπεριοχές της Vineland-II ομαδοποιούνται σε τέσσερις σύνθετες περιοχές: την Επικοινωνία, τις Δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης, την Κοινωνικοποίηση και τις Κινητικές δεξιότητες. Μέσα σε κάθε τομέα, οι υποτομείς δίνουν βαθμολογίες κλίμακας που αθροίζονται για να δώσουν τις σύνθετες βαθμολογίες του τομέα (Sparrow et al., 2005). Οι σύνθετες βαθμολογίες των τομέων συνθέτουν τη σύνθετη προσαρμοστική συμπεριφορά. Οι εξεταστές μπορούν να επιλέξουν να χορηγήσουν έναν μόνο τομέα ή οποιονδήποτε συνδυασμό τομέων για να αξιολογήσουν την προσαρμοστική

λειτουργικότητα ενός ατόμου σε έναν ή περισσότερους τομείς ή τη διαχείριση όλων των τομέων που απαιτούνται σε μια δεδομένη ηλικία για την απόκτηση της σύνθετης προσαρμοστικής συμπεριφοράς (Sparrow et al., 2005).

Ως προς την επιλογή του ερωτώμενου χρειάζεται μια προσεκτική επιλογή, προκειμένου να είναι εφικτή η λήψη έγκυρων αποτελεσμάτων με οποιαδήποτε μορφή έρευνας. Ο ερωτώμενος πρέπει να είναι ο ενήλικας που είναι περισσότερο εξοικειωμένος με την καθημερινή συμπεριφορά του ατόμου που αξιολογείται. Σε γενικές γραμμές, ο ερωτώμενος θα πρέπει να έχει συχνή επαφή με το άτομο (κατά προτίμηση καθημερινά) για μεγάλο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να έχει πολλαπλές ευκαιρίες να παρατηρήσει τις αντιδράσεις του ατόμου σε μια ποικιλία περιβαλλοντικών απαιτήσεων (Sparrow et al., 2005). Για ένα παιδί που ζει στο σπίτι, ο γονέας είναι συνήθως ο καταλληλότερος ερωτώμενος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ωστόσο, ένα άλλο ενήλικο μέλος της οικογένειας (για παράδειγμα, ένας παππούς ή μια γιαγιά που αναλαμβάνει σημαντικές ευθύνες φροντίδας) θα μπορούσε να είναι πιο κατάλληλη επιλογή. Εάν το παιδί δεν ζει με την οικογένειά του αλλά ζει σε ίδρυμα, τότε ο ερωτώμενος θα πρέπει να είναι ο φροντιστής που γνωρίζει καλύτερα το παιδί. Ένας τέτοιος φροντιστής μπορεί να είναι γονέας στο σπίτι, βοηθός μονάδας, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής, εργαζόμενος σε παιδικό σταθμό ή ψυχαγωγός (Sparrow et al., 2005).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, λόγω της έλλειψης επαρκούς γνώσης των δραστηριοτήτων ενός ατόμου σε όλους τους τομείς, μπορεί να είναι απαραίτητοι περισσότεροι από ένας ερωτώμενοι. Ωστόσο, μόνο ένας ερωτώμενος θα πρέπει να παρέχει πληροφορίες σχετικά με έναν συγκεκριμένο τομέα. Ο φροντιστής πρέπει να έχει γνώση του ατόμου σε τουλάχιστον έναν πλήρη τομέα προσαρμοστικής συμπεριφοράς, προκειμένου να θεωρηθεί ως ερωτώμενος σε τέτοιες περιπτώσεις (Sparrow et al., 2005).

Συνήθως, το Vineland-II χορηγείται για να προσδιοριστεί εάν ένα άτομο έχει αναπηρία ή διαταραχή και χρειάζεται υπηρεσίες παρέμβασης, όπως ειδική εκπαίδευση, αποκατάσταση ή εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας. Οι ερωτώμενοι μπορεί να μην είναι εξοικειωμένοι με τη διαδικασία αξιολόγησης και να είναι ανήσυχοι. Οπότε, σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών του ψυχομετρικού μέσου, περιγράφονται οι κλίμακες και ο σκοπός της αξιολόγησης. Ο ερευνητής/ερευνήτρια θα πρέπει να προσπαθήσει να μειώσει το άγχος του ερωτώμενου, εξηγώντας του πώς τα αποτελέσματα μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη λήψη διαγνωστικών αποφάσεων ή αποφάσεων εκπαιδευτικής τοποθέτησης, καθώς και ποιος θα έχει πρόσβαση στα αποτελέσματα (Sparrow et al., 2005). Ο ερωτώμενος θα πρέπει να κατανοήσει ότι θα πρέπει να περιγράφει τι πραγματικά κάνει το άτομο και όχι τι μπορεί να κάνει. Κάθε άτομο είναι διαφορετικό. Δεν εκτελούν όλα τα άτομα τις ίδιες δραστηριότητες στην ίδια ηλικία (Sparrow et al., 2005).

3.2.3. Βαθμολόγηση κλιμάκων αξιολόγησης

1. Βαθμολόγηση κλίμακας DASS-21

Όλοι οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης απάντησαν στο ερωτηματολόγιο DASS-21. Όπως προαναφέρθηκε, η κάθε ερώτηση ήταν σε μια κλίμακα, η οποία κυμαινόταν από 0 έως 3. Αντίστοιχα, η κάθε απάντηση είχε τον ακόλουθο περιγραφικό προσδιορισμό:

0: Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1: Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα

2: Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα

3: Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές

Το DASS-21 περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις που αφορούν τρεις ξεχωριστές κατηγορίες ερωτημάτων (Παράρτημα 2Γ) σε τυχαία σειρά: στρες, άγχος, κατάθλιψη. Το συνολικό σκορ/βαθμολογία για κάθε μία από τις κατηγορίες του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου (στρες, άγχος, κατάθλιψη) προέκυψε από το άθροισμα των βαθμών της κάθε κατηγορίας πολλαπλασιαζόμενο επί 2.

Οι βαθμολογίες για την κάθε υποκλίμακα διαβαθμίζονται ως εξής: Φυσιολογική, Ήπια, Μέτρια, Σοβαρή, Εξαιρετικά σοβαρή.

Πιο αναλυτικά, παρουσιάζονται παρακάτω:

Πίνακας 3. Βαθμολογία DASS-21

	Φυσιολογική	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Εξαιρετικά σοβαρή
Στρες	0-14	15-18	19-25	26-33	34-42
Άγχος	0-7	8-9	10-14	15-19	20-42
Κατάθλιψη	0-9	10-13	14-20	21-27	28-42

2. Βαθμολόγηση κλίμακας Vineland-II

Πιο αναλυτικά, το Vineland-II χρησιμοποιεί τυποποιημένες βαθμολογίες (τυπικές τιμές) για να περιγράψει τη συνολική λειτουργικότητα/Προσαρμοστική Συμπεριφορά του ατόμου, καθώς και το επίπεδο της λειτουργικότητάς του σε κάθε έναν από τους τομείς προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Μια τυπική βαθμολογία δείχνει την απόσταση της ακατέργαστης βαθμολογίας του ατόμου από τη μέση ακατέργαστη βαθμολογία, λαμβάνοντας υπόψη την τυπική απόκλιση της κατανομής των ακατέργαστων βαθμολογιών. Όπως η εκατοστιαία κατάταξη, η τυπική βαθμολογία συσχετίζει την

επίδοση ενός ατόμου με την επίδοση μιας σχετικής ομάδας αναφοράς. Στην περίπτωση του Vineland-II, αυτή η ομάδα αναφοράς αποτελείται από άλλα άτομα της ίδιας χρονολογικής ηλικίας. Ωστόσο, σε αντίθεση με τις εκατοστιαίες κατατάξεις, μια διαφορά ορισμένου μεγέθους μεταξύ δύο τυπικών βαθμολογιών αντιπροσωπεύει το ίδιο ποσό διαφοράς στην ικανότητα, ανεξάρτητα από το πού βρίσκεται η βαθμολογία στην κλίμακα- έτσι, η απόσταση μεταξύ των τυπικών βαθμολογιών 75 και 90 έχει το ίδιο νόημα με την απόσταση μεταξύ των βαθμολογιών 110 και 125.

Στο Vineland-II η τυπική κλίμακα βαθμολογίας έχει μέσο όρο 100 και τυπική απόκλιση 15 και οι κατανομές των βαθμολογιών για τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά και τους τομείς της έχουν «κανονικοποιηθεί» (έχουν πάρει τη μορφή κανονικής καμπύλης). Το εύρος των τυπικών βαθμολογιών που βρίσκεται εντός μιας τυπικής απόκλισης από τον μέσο όρο προς οποιαδήποτε κατεύθυνση (δηλαδή από 85 έως 115) περιλαμβάνει περίπου το 68% των ατόμων σε μια δεδομένη ηλικία· το εύρος εντός δύο τυπικών αποκλίσεων κάτω και πάνω από τον μέσο όρο (70 έως 130) περιλαμβάνει το 95%, και το εύρος εντός τριών τυπικών αποκλίσεων κάτω και πάνω από τον μέσο όρο (55 έως 145) περιλαμβάνει 99% του πληθυσμού. Η συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά (και οι τομείς της) έχει μέγιστο εύρος από 20 έως 160 ή από περίπου 5 τυπικές αποκλίσεις κάτω από τη μέση τιμή έως 4 τυπικές αποκλίσεις πάνω από τη μέση τιμή.

Παρά το γεγονός ότι οι τυπικές βαθμολογίες έχουν εξαιρετικές ψυχομετρικές ιδιότητες, συχνά δε γίνονται κατανοητές από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τους άλλους που ενδιαφέρονται για τα αποτελέσματα μιας αξιολόγησης. Έτσι, είναι απαραίτητοι πρόσθετοι τρόποι αναφοράς των επιπέδων επίδοσης (αποτελέσματα) για την επικοινωνία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων. Οι εκατοστιαίες θέσεις μπορούν να διευκολύνουν αυτή την επικοινωνία, επειδή τείνουν να γίνονται εύκολα κατανοητές από τους περισσότερους ανθρώπους. Ανεξάρτητα από τον τομέα ή την χρονολογική ηλικία του

ατόμου, οι εκατοστιαίες θέσεις μεταφέρουν το ίδιο νόημα: το ποσοστό των ατόμων που το άτομο ξεπέρασε στην ηλικιακή του ομάδα. Για παράδειγμα, ένας 15χρονος που σημειώνει το 84ο εκατοστημόριο στον Τομέα Κοινωνικοποίησης είχε καλύτερες επιδόσεις από το 84% των άλλων 15χρονων σε αυτόν τον τομέα. Για το Vineland-II οι εκατοστιαίες τάξεις είναι διαθέσιμες για τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά και τους τομείς της, αλλά όχι για τους υποτομείς.

Ένας σημαντικός περιορισμός των εκατοστιαίων κατατάξεων είναι ότι οι μονάδες εκατοστιαίων κατατάξεων είναι άνισες, σε αντίθεση με τις τυπικές μονάδες βαθμολογίας. Για τον λόγο αυτό, ένας καλός κανόνας κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων επιδόσεων είναι να ελέγχει ο ερευνητής πρώτα τις διαφορές των τυπικών αποτελεσμάτων.

Εκτός από τους διάφορους τύπους παραγόμενων αποτελεσμάτων που εξετάστηκαν παραπάνω, οι περιγραφικές κατηγορίες παρέχουν στους εξεταστές ένα ακόμη εργαλείο για την επικοινωνία των αποτελεσμάτων των εξετάσεων στα αξιολογούμενα άτομα, τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς.

Οι περιγραφικές κατηγορίες που χρησιμοποιούνται από το Vineland-II περιγράφουν τα επίπεδα προσαρμοστικών επιδόσεων στους τομείς και τους υποτομείς της εν λόγω κλίμακας. Ευρείες κλίμακες βαθμολογιών της τυπικής κλίμακας και της κλίμακας ν μπορούν να περιγραφούν χρησιμοποιώντας τα επίπεδα προσαρμογής Υψηλό, Μέτρια Υψηλό, Επαρκές, Μέτρια Χαμηλό και Χαμηλό.

Αυτές οι περιγραφές εκφράζουν με λέξεις την κατά προσέγγιση απόσταση του εύρους βαθμολογίας από τον μέσο όρο της ηλικιακής ομάδας. Τα προσαρμοστικά επίπεδα ορίζονται με βάση την τυπική απόκλιση, με το Υψηλό επίπεδο να αντιστοιχεί στο εύρος από μία τυπική απόκλιση κάτω από τον μέσο όρο έως μία τυπική απόκλιση πάνω από αυτόν (δηλαδή, το μεσαίο 68% των βαθμολογιών). Το Μέτρια Χαμηλό ορίζεται ως 1 έως 2 τυπικές αποκλίσεις κάτω από τον μέσο όρο, και ούτω καθεξής. Τα προσαρμοστικά

επίπεδα χρησιμοποιούνται καλύτερα για να συνοψίσουν το συνολικό επίπεδο λειτουργικότητας ενός ατόμου ή για να επισημάνουν αξιοσημείωτες αποκλίσεις μεταξύ των βαθμολογιών των τομέων ή των υποτομέων. Κατά την χρήση αυτών των κατηγοριών για να κοινοποιηθούν οι επιδόσεις ενός ατόμου στους τομείς και τους υποτομείς, προτείνεται να εστιάζει κανείς κυρίως σε σημαντικά υψηλές ή χαμηλές βαθμολογίες, ως μέσο αποσαφήνισης των δυνατών και αδύνατων σημείων του αξιολογούμενου ατόμου.

Από τη συγκεκριμένη κλίμακα παρέχεται και η δυνατότητα αναφοράς των επιδόσεων του ατόμου με τα Ισοδύναμα ηλικίας, τα οποία είναι εύκολα κατανοητά από πολλούς ανθρώπους που δεν είναι εξοικειωμένοι με τις στατιστικές έννοιες. Όταν ερμηνεύονται προσεκτικά τα ηλικιακά ισοδύναμα μπορούν να παρέχουν πληροφορίες πέραν αυτών που εκφράζονται από τις τυπικές βαθμολογίες ή τις εκατοστιαίες κατατάξεις. Ωστόσο, παρουσιάζουν επίσης σημαντικά προβλήματα παρερμηνείας και πρέπει να αντιμετωπίζονται προσεκτικά. Αν και τα ισοδύναμα ηλικίας είναι βαθμολογίες που αναφέρονται σε πρότυπα, διαφέρουν από τις τυπικές βαθμολογίες και τα εκατοστημόρια στο ότι ο σκοπός τους δεν είναι να δείξουν πού βρίσκεται η ακατέργαστη βαθμολογία του ατόμου σε σχέση με την κατανομή των βαθμολογιών για άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας. Αντ' αυτού, τα ηλικιακά ισοδύναμα υποδεικνύουν το ηλικιακό επίπεδο στο οποίο το μέσο άτομο στον πληθυσμό έχει τις ίδιες επιδόσεις με το Προσαρμοστικό επίπεδο.

Τα ισοδύναμα ηλικίας αφήνουν πολλά περιθώρια, επειδή οι μονάδες κλίμακας είναι άνισες. Παράλληλα, έχουν κάποιους περιορισμούς και για τον λόγο αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται με φειδώ. Τα ισοδύναμα ηλικίας δεν παρέχονται για τους τομείς ή τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά, επειδή τα ισοδύναμα ηλικίας μπορούν να υπολογιστούν μόνο για τις ακατέργαστες βαθμολογίες.

Επίσης, η εν λόγω κλίμακα δίνει και τη δυνατότητα έκφρασης των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης του ατόμου σε Στανίνες. Οι στανίνες είναι βαθμολογίες ακέραιων

αριθμών που κυμαίνονται από 1 έως 9. Η μέση τιμή τους είναι 5 και η τυπική απόκλιση 2. Κάθε βαθμολογία στανινών αντιπροσωπεύει ένα συγκεκριμένο εύρος των εκατοστιαίων κατατάξεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4. 1 Χρήση στατιστικών κριτηρίων για την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας

Μετά από την χορήγηση των ψυχομετρικών εργαλείων, το επόμενο βήμα ήταν η καταγραφή των δεδομένων της έρευνας στο περιβάλλον του SPSS και η στατιστική τους επεξεργασία με την χρήση και εφαρμογή του στατιστικού πακέτου SPSS, version 27.0. Συγκεκριμένα έγινε χρήση μεθόδων περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Τα στοιχεία/δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν σε ένα αρχείο δεδομένων (data file), για να είναι εφικτή η στατιστική τους επεξεργασία με τη χρήση του SPSS. Μετά από τον έλεγχο για την ακρίβεια των δεδομένων και τον προκαταρκτικό έλεγχο των προϋποθέσεων, ακολούθησε η ανάλυση των δεδομένων. Έγινε χρήση παραμετρικών κριτηρίων (T-test, One-Way ANOVA, Διμεταβλητή ανάλυση συσχέτισης-Bivariate Correlation Analysis).

Στην πρωτογενή ανάλυση, για όλα τα ποσοτικά και ονομαστικά μέτρα υπολογίστηκαν οι συχνότητες και οι σχετικές συχνότητες εμφάνισης των διαφορετικών επιπέδων κάθε μεταβλητής. Στη συνέχεια, επιχειρήθηκε η μετάβαση από την περιγραφική στην επαγωγική στατιστική (επαγωγή συμπερασμάτων από το δείγμα). Επιλέχθηκαν παραμετρικές μέθοδοι, καθώς ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov που προηγήθηκε, έδειξε ότι η κατανομή των μελών του δείγματος δε διέφερε στατιστικώς σημαντικά από την κανονική κατανομή.

Η διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων για ορισμένους παράγοντες, πραγματοποιήθηκε μέσω του Independent sample T-test, καθώς οι παρατηρήσεις ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Για την εξέταση της ομοιογένειας σε τρεις ή περισσότερες ομάδες

συμμετεχόντων, αξιοποιήθηκε η Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA). Η μεταβλητή κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ακολουθούσε την κανονική κατανομή.

Για τη διερεύνηση της γραμμικής σχέσης μεταξύ των μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν αρχικά, ο δείκτης συσχέτισης του Pearson (Pearson's r) και στη συνέχεια, η μέθοδος των ελαχίστων τετραγώνων (Linear Regression) για τον υπολογισμό της αντίστοιχης γραμμικής εξίσωσης.

Ειδικότερα, για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ και στρες γονέων παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ και των ανεξάρτητων μεταβλητών φύλο, χρονολογική ηλικία, μορφωτικό επίπεδο γονέων και ύπαρξη ή όχι αδερφιών τυπικής ανάπτυξης, χρησιμοποιήθηκε το T-test.

Ενώ, για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ και στρες γονέων παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ και της ανεξάρτητης μεταβλητής κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, χρησιμοποιήθηκε το One-Way ANOVA test (ανάλυση διακύμανσης).

Στη συνέχεια, ακολούθησε διμεταβλητή ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων και στρες γονέων παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ, για να διερευνηθεί αν συμμεταβάλλονται.

Ως προεπιλεγμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $\alpha = .05$ (Huberty & Morris, 1989), καθώς αυτό το πιθανοθεωρητικό όριο χρησιμοποιείται συνήθως στις κοινωνικές επιστήμες.

4. 2 Αποτελέσματα έρευνας για την προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ

Στη συνέχεια (Πίνακας 4), παρατίθενται τα σκορ που σημείωσαν τα παιδιά και οι έφηβοι με και χωρίς ΔΑΦ στη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά και τους τομείς της. Το συνολικό/σύνθετο σκορ προέκυψε από το συνυπολογισμό της βαθμολογίας που αντιστοιχούσε στους τρεις τομείς της προσαρμοστικής συμπεριφοράς (επικοινωνία, κοινωνικοποίηση και δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης).

Πίνακας 4. Τιμές κεντρικής τάσης και διασποράς της προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ.

	Με ΔΑΦ			Τυπική ανάπτυξης		
	N	M	SD	N	M	SD
Προσαρμοστική συμπεριφορά (συνολική)	50	66.48	8.89	50	98.48	8.79
Επικοινωνία	50	65.88	8.83	50	99.08	9.87
Κοινωνικοποίηση	50	67.10	9.79	50	98.50	9.61
Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης	50	68.16	9.47	50	98.50	8.68

Από τα παραπάνω στοιχεία και με βάση τις περιγραφικές κατηγορίες που προτείνουν οι κατασκευαστές της συγκεκριμένης κλίμακας Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς Vineland-II (Sparrow et al., 2005, p. 65), προέκυψε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ σημείωσαν «χαμηλή» προσαρμοστική συμπεριφορά, ενώ οι συνομήλικοί τους τυπικής ανάπτυξης σημείωσαν «επαρκή» προσαρμοστική συμπεριφορά. Αναλυτικότερα, τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ σημείωσαν μέσο όρο στο σκορ επίδοσης στη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά ίσο με $M = 66.48$, $SD = 8.89$, ενώ οι

συνομήλικοί τους χωρίς αναπηρία, σημείωσαν αντίστοιχα μέσο σκορ επίδοσης ίσο με $M = 98.48$, $SD = 8.79$.

Κατά τη διερεύνηση της ύπαρξης διαφοράς στη μέση τιμή της μεταβλητής συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ ανάμεσα στα δύο φύλα διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση $t(2.31)$, $df = 48$, $p = .025 < .05$. Τα αγόρια με ΔΑΦ υπερείχαν ως προς τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά ($M = 68.22$, $SD = 6.96$), συγκριτικά με τα κορίτσια με ΔΑΦ ($M = 62.00$, $SD = 11.73$), (Πίνακας, 5). Η μεγαλύτερη τυπική απόκλιση των κοριτσιών ($SD = 11.73$ vs. 6.96) υποδηλώνει μεγαλύτερη διακύμανση στις τιμές τους, δηλαδή τα κορίτσια παρουσιάζουν πιο ανομοιογενή επίπεδα προσαρμοστικής συμπεριφοράς.

Πίνακας 5. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής φύλο και προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.

		N	Mean	SD	t-	df	P
Φύλο					test		
	Αγόρι	36	68.22	6.96	2.31	48	.025
	Κορίτσι	14	62	11.73			

Παράλληλα, κατά τη διερεύνηση της ύπαρξης διαφοράς στη μέση τιμή της μεταβλητής συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων χωρίς ΔΑΦ (τυπικής ανάπτυξης) ανάμεσα στα δύο φύλα διαπιστώθηκε επίσης, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση $t(9.07)$, $df = 48$, $p = .000 < .05$. Όμως, στη συγκεκριμένη περίπτωση τα κορίτσια υπερείχαν ως προς τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά ($M = 109.57$, $SD = 7.53$), συγκριτικά με τα αγόρια ($M = 94.16$, $SD = 6.96$), (Πίνακας, 6). Η διαφορά αυτή είναι εξαιρετικά ισχυρή ($t = 9.07$, $p = .000$) και η μικρότερη τυπική απόκλιση των

κοριτσιών (7.53 vs. 6.96) δείχνει ότι οι τιμές τους είναι πιο ομοιόμορφες σε σχέση με τα αγόρια.

Πίνακας 6. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής φύλο και προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης.

		N	Mean	SD	t- test	df	p
Φύλο							
	Αγόρι	36	94.16	6.96	9.07	48	.000
	Κορίτσι	14	109.57	7.53			

Κατά τη διερεύνηση της ύπαρξης διαφοράς στη μέση τιμή της μεταβλητής συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση $t(459)$, $df = 48$, $p = .649 > .05$ (Πίνακας, 7).

Πίνακας 7. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής χρονολογική ηλικία και προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.

		N	Mean	SD	t- test	df	p
Χρονολογική ηλικία							
	6-12 ετών	31	66.93	2.61	.459	48	.649
	12, 1 -15 ετών	19	65.73				

Παρόμοια, κατά τη διερεύνηση της ύπαρξης διαφοράς στη μέση τιμή της μεταβλητής συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων χωρίς ΔΑΦ (τυπικής ανάπτυξης) ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση $t (.390)$, $df = 48$, $p=.698 > .05$.

Κατά τη διερεύνηση της ύπαρξης διαφοράς στη μέση τιμή της μεταβλητής συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και στην ύπαρξη αδερφιών χωρίς αναπηρία δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση $t(-0.27)$, $df = 48$, $p=.978 > .05$.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και μορφωτικό επίπεδο γονέων δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση $t (1.64)$, $df = 48$, $p=.107 > .05$.

Επίσης, από την Ανάλυση Διακύμανσης μιας Κατεύθυνσης (One-Way ANOVA), κατά τη διερεύνηση της ύπαρξης διαφοράς στη μέση τιμή της μεταβλητής συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, όπως προκύπτει από τον Πίνακα 8, δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($F_{2,47}=2.323>.005$). Αυτό το αποτέλεσμα δείχνει ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας δεν επηρεάζει σημαντικά την προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ. Όμως, με βάση τα περιγραφικά στοιχεία διαπιστώθηκε, ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ που προέρχονταν από υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είχαν καλύτερη προσαρμοστική συμπεριφορά ($M=70.4286$, $TA=6.187$), συγκριτικά με τα παιδιά και τους εφήβους με μεσαίο ($M=64.937$, $TA= 8.917$) και χαμηλό ($M=66.370$, $TA= 9.426$) κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Πίνακας 8. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ (ANOVA).

Συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και
κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Sum of Squares	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	349.099	2	174.550	2.323	.109
Within Groups	3531.381	47	75.136		
Total	3880.480	49			

Αναφορικά με την πιθανή συσχέτιση των ανωτέρω μεταβλητών για τα παιδιά και τους εφήβους τυπικής ανάπτυξης, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση ($F_{2,47}=1.790>.005$), (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης (ANOVA).

Συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης και
κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	267.989	2	133.995	1.790	.178
Within Groups	3518.491	47	74.862		
Total	3786.480	49			

Διερευνήθηκε επίσης, αν η επίδοση των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ σε έναν τομέα της κλίμακας προσαρμοστικής συμπεριφοράς επηρεάζει την επίδοση στους άλλους τομείς της. Για τον σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση και υπολογίστηκε ο συντελεστής Pearson r μεταξύ των τριών τομέων της προσαρμοστικής συμπεριφοράς (Επικοινωνία, Κοινωνικοποίηση και Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης). Από τα αποτελέσματα της διερεύνησης προέκυψε ότι οι τυπικές τιμές επίδοσης στην Επικοινωνία σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις τυπικές τιμές στην Κοινωνικοποίηση ($r = .932$, $p = .000 < .05$), καθώς και με τη βαθμολογία στις Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης, εκφρασμένη και αυτή σε τυπικές τιμές ($r = .939$, $p = .000 < .05$). Η θετική αυτή συσχέτιση υποδηλώνει ότι οι προαναφερόμενες δυάδες των μεταβλητών συμμεταβάλλονται και πρακτικά οι τιμές της μιας μεταβλητής «παρακολουθούν» τις τιμές της άλλης. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η επίδοση στην επικοινωνία τόσο αυξάνεται η επίδοση στην κοινωνικοποίηση και στις δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ.

Επίσης, η επίδοση των συμμετεχόντων στην Κοινωνικοποίηση αναδείχθηκε ότι είχε θετική συσχέτιση με την επίδοση στις Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης ($r = .927$, $p = .000 < .05$). Κατά συνέπεια, η υψηλή βαθμολογία στην Κοινωνικοποίηση συνοδεύεται από υψηλή επίδοση και στις Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ.

Παράλληλα, κατά αντίστοιχο τρόπο, διερευνήθηκε επίσης αν η επίδοση των παιδιών και των εφήβων τυπικής ανάπτυξης σε έναν τομέα της κλίμακας προσαρμοστικής συμπεριφοράς επηρεάζει την επίδοση στους άλλους τομείς της. Από τα αποτελέσματα της Γραμμικής Διμεταβλητής Συσχέτισης προέκυψε ότι οι τυπικές τιμές επίδοσης στην Επικοινωνία σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις τυπικές

τιμές στην Κοινωνικοποίηση ($r = .844$, $p = .000 < .05$), καθώς και με τη βαθμολογία στις Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης ($r = .798$, $p = .000 < .05$). Επίσης, η επίδοση στην Κοινωνικοποίηση αναδείχθηκε ότι είχε θετική συσχέτιση με την επίδοση στις Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης ($r = .808$, $p = .000 < .05$).

4. 3 Αποτελέσματα έρευνας για το στρες των γονέων παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ

Κατά τη διερεύνηση των μεταβλητών ψυχική υγεία, άγχος, στρες και κατάθλιψη μεταξύ των γονέων παιδιών με ΔΑΦ και των γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης προέκυψαν τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Τιμές κεντρικής τάσης και διασποράς της ψυχικής υγείας γονέων παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ.

	Με ΔΑΦ			Τυπική ανάπτυξης		
	N	M	SD	N	M	SD
Ψυχική Υγεία (συνολική)	50	97.70	11.92	50	51.46	14.13
Στρες	50	36.20	5.58	50	19.30	6.56
Άγχος	50	36.04	5.34	50	19.20	7.10
Κατάθλιψη	50	25.32	7.43	50	13.12	3.61

Από τα αποτελέσματα διαφαίνεται, ότι οι γονείς των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ σημείωσαν πολύ υψηλότερα σκορ, συγκριτικά με τους γονείς των παιδιών και των εφήβων τυπικής ανάπτυξης, όχι μόνο στη μεταβλητή ψυχική υγεία, αλλά και σε όλες τις παραμέτρους/συνιστώσες της. Κατά συνέπεια, οι δυσκολίες του παιδιού τους έχουν αντίκτυπο τόσο στην καθημερινότητά τους, όσο και στο στρες, το άγχος και τα επίπεδα κατάθλιψης που ενδεχομένως βιώνουν.

Αναφορικά με τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ της ανεξάρτητης μεταβλητής μορφωτικό επίπεδο γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και των εξαρτημένων μεταβλητών ψυχική υγεία, στρες, άγχος και κατάθλιψη δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Παρόμοια, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης δεν προέκυψε ότι έχει στατιστικά σημαντική σχέση με τα επίπεδα ψυχικής υγείας $t(8.60), df = 48, p = .394 > .05$.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών ψυχική υγεία και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση $F(2,47)=6.911, p<0.05$ (Πίνακας 11). Κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών στρες και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση $F(2,47)=3.243, p<0.05$ (Πίνακας 12).

Η στατιστικά σημαντική σχέση που παρατηρείται στους πίνακες 11 και 12 υποδεικνύει ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων επηρεάζει τα επίπεδα συνολικής ψυχικής υγείας και στρες των γονέων των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, αντίστοιχα. Οι γονείς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ με χαμηλό και μεσαίο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σημείωσαν υψηλότερες τιμές ($M = 37.92$ και $M = 34.6250$ αντίστοιχα) αναφορικά με τη μεταβλητή στρες, συγκριτικά με τους γονείς με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ($M = 33.142$). Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παρουσιάζουν επιβαρυνμένη ψυχική υγεία και βιώνουν υψηλότερο στρες, πιθανώς λόγω των περιορισμένων πόρων και των μεγαλύτερων οικονομικών και ψυχολογικών πιέσεων, σε σύγκριση με τους γονείς με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, που έχουν περισσότερες δυνατότητες υποστήριξης.

Πίνακας 11. Συσχέτιση ανεξάρτητης μεταβλητής κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και ψυχικής υγείας γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ (ANOVA).

Ψυχική υγεία γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1583.226	2	791.613	6.911	.002
Within Groups	5383.274	47	114.538		
Total	6966.500	49			

Πίνακας 12. Συσχέτιση μεταβλητών στρες και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.

Στρες και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	185.541	2	92.771	3.243	.048
Within Groups	1344.459	47	28.606		
Total	1530.000	49			

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών άγχος και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση $F(2,47)=4.615$, $p<0.05$. Συγκεκριμένα, οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σημείωσαν υψηλότερες τιμές ($M=37.666$) αναφορικά με τη μεταβλητή άγχος, συγκριτικά με τους γονείς παιδιών με μεσαίο ή υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών κατάθλιψη και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση $F(2,47)=1.123, p=.334>0.05$.

Παράλληλα, διερευνήθηκε επίσης, αν η συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ επηρεάζει την ψυχική υγεία των γονέων τους, καθώς και τις παραμέτρους της. Από τα αποτελέσματα της Γραμμικής Διμεταβλητής Συσχέτισης προέκυψε ότι οι τυπικές τιμές στην προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις τυπικές τιμές στο στρες των γονέων ($r=1, p = .017 < .05$).

Διερευνήθηκε επίσης, αν η επίδοση μεταξύ της ψυχικής υγείας των γονέων παιδιών και των εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ (αντίστοιχα) συσχετίζεται με την επίδοση των τριών πτυχών/συνιστωσών της. Το ίδιο έγινε και για τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ και των τομέων της ανωτέρω μεταβλητής (στρες, άγχος, κατάθλιψη). Υπό αυτό το πλαίσιο πραγματοποιήθηκε Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση και υπολογίστηκε ο συντελεστής Pearson r για το κάθε ζεύγος των υπό μελέτη παραγόντων. Από τα αποτελέσματα της διερεύνησης προέκυψε, ότι οι τυπικές τιμές επίδοσης στο στρες σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις τυπικές τιμές στην ψυχική υγεία των γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ ($r=.454, p = .000 < .05$). Παράλληλα, διαφάνηκε ότι το άγχος των γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ συσχετιζόταν με την ψυχική υγεία τους ($r=.584, p = .000 < .05$).

Όσον αφορά τους γονείς παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης προέκυψε συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής υγείας και του στρες ($r=.849, p = .000 < .05$), μεταξύ της ψυχικής υγείας και της κατάθλιψης ($r=.655, p = .000 < .05$), μεταξύ της κατάθλιψης και του στρες ($r=.388, p = .005 < .05$), καθώς και μεταξύ του άγχους και της κατάθλιψης ($r=.432, p = .002 < .05$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν:

- Η διερεύνηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, χρονολογικής ηλικίας 6 - 15 ετών.
- Η διερεύνηση του στρες των γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.
- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών φύλο, χρονολογική ηλικία, ύπαρξη αδερφιών τυπικής ανάπτυξης, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, μορφωτικό επίπεδο γονέων παιδιών με ΔΑΦ και των εξαρτημένων μεταβλητών προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και στρες γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.
- Η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και στρες γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.

Τα πορίσματα που προέκυψαν στο πλαίσιο της προαναφερόμενης στοχοθεσίας συμφωνούν και επιβεβαιώνουν τα πορίσματα άλλων παρεμφερών ερευνών ή δεν τα επιβεβαιώνουν κατά περίπτωση.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι επιδόσεις των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ στην προσαρμοστική τους συμπεριφορά, βρισκόταν σε χαμηλότερα επίπεδα, συγκριτικά με τις επιδόσεις των συνομηλίκων τους τυπικής ανάπτυξης, αλλά και με τις νόρμες επίδοσης του τυπικού πληθυσμού.

Ειδικότερα, ως προς τη μεταβλητή συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά, από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προέκυψε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ σημείωσαν «χαμηλή» προσαρμοστική συμπεριφορά, ενώ οι συνομήλικοί τους τυπικής

ανάπτυξης σημείωσαν «επαρκή» προσαρμοστική συμπεριφορά, με βάση την περιγραφική κατηγοριοποίησή της όπως την όρισαν οι κατασκευαστές του ψυχομετρικού εργαλείου και η οποία εκτείνεται σε μία κλίμακα από «χαμηλή» έως «υψηλή» προσαρμοστική συμπεριφορά («χαμηλή», «μέτρια χαμηλή», «επαρκής», «μέτρια υψηλή» και «υψηλή»).

Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα άλλων ερευνών, οι οποίες ανέδειξαν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ μπορεί να παρουσιάσουν ελλείματα στη συνολική προσαρμοστική τους συμπεριφορά. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Fotiadou et al. (2015) και επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς 37 παιδιών και εφήβων με αυτισμό χαμηλής λειτουργικότητας και 37 παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης, χρονολογικής ηλικίας 6 - 16 ετών, κατέδειξε, ότι τόσο οι επιμέρους τομείς, όσο και η συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων με αυτισμό ήταν σε πολύ χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με τις επιδόσεις των παιδιών χωρίς αναπηρία.

Τα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να αντιμετωπίζουν προκλήσεις σε αρκετούς τομείς ανάπτυξης της προσωπικότητάς τους και μελέτες έχουν δείξει ότι ένας σημαντικός αριθμός αυτών των ατόμων παρουσιάζει περιορισμούς στην προσαρμοστική τους λειτουργία (Kraepel et al. 2017, Tillmann et al., 2019, Chandler et al., 2022). Η ανεπάρκεια στην προσαρμοστική λειτουργία είναι πιο διαδεδομένη σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας με ΔΑΦ από ό,τι σε παιδιά χωρίς ΔΑΦ και επίσης συχνότερα από ό,τι σε παιδιά με άλλες νευροαναπτυξιακές παθήσεις (Mouga et al., 2015, Liss et al., 2001).

Η έρευνα των Fossum et al. (2024) κατέδειξε ότι τα άτομα με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερη προσαρμοστική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ΔΑΦ. Επίσης, οι Saulnier, Klaiman & McQueen (2022) επισημαίνουν ότι στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΑΦ συχνά

παρατηρείται μία συμπεριφορά με προσαρμοστικά ελλείμματα, ιδίως στις κοινωνικές δεξιότητες.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους Mwakalinga et al. (2012), τα παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) έχουν αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζοντας συμπτώματα όπως οι δυσκολίες στη γλώσσα και την επικοινωνία, η έλλειψη προσοχής και η υπερκινητικότητα. Σύμφωνα με τις Strofylla et al. (2021) τα τυπικά ελλείμματα κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας αποτελούν τα καθοριστικά χαρακτηριστικά των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Όλα τα παιδιά με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν κοινωνικές δυσκολίες, αλλά αυτές διαφέρουν ως προς τον τύπο και τη σοβαρότητά τους, επισημαίνουν οι Fong & Iarocci (2020).

Κατά συνέπεια, τα άτομα με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού παρουσιάζουν σημαντικές διαταραχές στην προσαρμοστική λειτουργία τους, οι οποίες επηρεάζουν την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Πολλές έρευνες έχουν δείξει, ότι παρατηρείται έντονη ασυμφωνία/ασυγχρονία μεταξύ του επιπέδου της γνωστικής ικανότητας και της προσαρμοστικής λειτουργίας των συγκεκριμένων περιπτώσεων παιδιών και αυτό το εύρημα είναι περισσότερο εμφανές μεταξύ των ατόμων με υψηλότερες ικανότητες (Fong & Iarocci, 2020, Tillmann et al., 2019).

Κατά τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και στρες γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ (από τα αποτελέσματα της Γραμμικής Διμεταβλητής Συσχέτισης) προέκυψε ότι οι τυπικές τιμές στην προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις τυπικές τιμές στο στρες των γονέων ($r = 1, p = .017 < .05$).

Το εύρημα αυτό είναι πολύ σημαντικό καθώς μπορεί να αξιοποιηθεί στην προσπάθεια πρόληψης του στρες των γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ μέσω της αναζήτησης στοχευμένων τρόπων παρέμβασης αναφορικά με τη βελτίωση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ.

Επίσης, από τα αποτελέσματα της έρευνας διαφάνηκε, ότι οι γονείς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ παρουσίαζαν πολύ υψηλά σκορ άγχους, στρες και κατάθλιψης, συγκριτικά με τους γονείς παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης, αλλά και με βάση τις νόρμες του ψυχομετρικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε υπό το πλαίσιο της παρούσας έρευνας. Πολλές επιστημονικές μελέτες επιβεβαιώνουν το εύρημα αυτό ότι, δηλαδή, οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης συγκριτικά με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

Ειδικότερα, η έρευνα των Davis και Carter (2008) έδειξε ότι όσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα της αυτιστικής διαταραχής, τόσο μεγαλύτερο είναι το ψυχολογικό βάρος για τους γονείς. Η απουσία επαρκών κοινωνικών δικτύων υποστήριξης επιδεινώνει αυτή την κατάσταση, αυξάνοντας τα επίπεδα στρες και κατάθλιψης. Αντίστοιχα, οι Ingersoll και Hambrick (2011) επισήμαναν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν έντονο άγχος λόγω των επικοινωνιακών, κοινωνικών και συμπεριφορικών δυσκολιών των παιδιών τους. Αυτό το παρατεταμένο άγχος μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική εξουθένωση και κοινωνική απομόνωση.

Επιπλέον, η μελέτη των Seltzer, Shattuck, Abbeduto & Greenberg (2004) κατέδειξε ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ επωμίζονται το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας και της εκπαίδευσής τους, συχνά χωρίς επαρκή στήριξη από κοινωνικούς φορείς. Αυτή η επιβάρυνση μπορεί να εντείνει το αίσθημα στρες και ψυχολογικής πίεσης.

Τα παραπάνω ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για ουσιαστική υποστήριξη των οικογενειών αυτών, μέσω κατάλληλων πόρων και δομών, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις προκλήσεις της ανατροφής ενός παιδιού με ΔΑΦ.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και φύλο διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση $t(2.31)$, $df = 48$, $p = .025 < .05$. Τα αγόρια με ΔΑΦ υπερείχαν ως προς τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά ($M = 68.22$, $SD = 6.96$), συγκριτικά με τα κορίτσια με ΔΑΦ ($M = 62.00$, $SD = 11.73$).

Το παραπάνω εύρημα μπορεί να συνδέεται με το γεγονός ότι αναφορικά με τον επιπολασμό της παρουσίας ΔΑΦ, ενώ υπερτερούν τα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια, τα κορίτσια με ΔΑΦ που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζουν ένα κλινικό προφίλ με βαριά συμπτωματολογία. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Lai et al. (2015), όπου διαφάνηκε ότι τα κορίτσια που διαγιγνώσκονται με αυτισμό συχνά εκδηλώνουν πιο σοβαρές και πιο περίπλοκες κλινικές μορφές της διαταραχής. Επιπλέον, η διάγνωση τους καθυστερεί συχνά λόγω της λιγότερο εμφανής συμπτωματολογίας, καθώς τα χαρακτηριστικά της ΔΑΦ στα κορίτσια μπορεί να εκδηλώνονται διαφορετικά, γεγονός που δυσχεραίνει την έγκαιρη αναγνώριση της διαταραχής.

Αντίστοιχα, η μελέτη των Klin et al. (2002) υπογραμμίζει ότι τα κορίτσια με ΔΑΦ ενδέχεται να παρουσιάζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά όσον αφορά την κοινωνική αλληλεπίδραση και τις επικοινωνιακές δεξιότητες, με πιο δυσδιάκριτα συμπτώματα στην πρώιμη παιδική ηλικία.

Σύμφωνα με τους White et al. (2017), οι οποίοι μελέτησαν την εκτελεστική λειτουργία και τις προσαρμοστικές δεξιότητες σε γυναίκες με ΔΑΦ, επιχειρώντας να διερευνήσουν τις διαφορές τους από τους άνδρες με ΔΑΦ στους τομείς της καθημερινής λειτουργίας, διαπιστώθηκαν σχετικές αδυναμίες στις γυναίκες. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες

παρουσίασαν περισσότερες δυσκολίες τόσο στην εκτελεστική λειτουργία όσο και στις δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης, σε σύγκριση με τους άνδρες με ΔΑΦ.

Κατά τη διερεύνηση της διαφοράς στη μέση τιμή της μεταβλητής συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά μεταξύ των δύο φύλων σε παιδιά και εφήβους τυπικής ανάπτυξης, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Τα κορίτσια παρουσίασαν υψηλότερη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά σε σύγκριση με τα αγόρια.

Μεταξύ των μεταβλητών συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και χρονολογική ηλικία δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση $t (.459), df = 48, p=.649 > .05$. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από την έρευνα της Ευγενιάδου (2018) και των Kenworthy et al. (2010), οι οποίοι επίσης κατέληξαν στο ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας και προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Το αποτέλεσμα αυτό αντιτίθεται σε προηγούμενες μελέτες που υποστηρίζουν ότι η προσαρμοστική συμπεριφορά μειώνεται κατά την εφηβεία (Fenton et al., 2003, Lord & Schopler, 1989). Επίσης, τα αποτελέσματα των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν από Fotiadou et al. (2015) και Seltzer et al. (2004) κατέδειξαν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με αυτισμό και της χρονολογικής ηλικίας.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Baker-Ericzen, Stahmer & Burns (2010), αν και η χρονολογική ηλικία μπορεί να έχει έναν υποτυπώδη αντίκτυπο στην ανάπτυξη της προσαρμοστικής συμπεριφοράς, οι διαφοροποιήσεις στην ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων είναι πιο έντονες όταν λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές ικανότητες, η θεραπευτική παρέμβαση και οι υποστηρικτικοί πόροι που έχει το κάθε παιδί.

Διερευνώντας την ύπαρξη διαφοράς στη μέση τιμή της μεταβλητής συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων χωρίς ΔΑΦ (τυπικής ανάπτυξης)

ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες, δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, ύπαρξη αδερφίων τυπικής ανάπτυξης και μορφωτικό επίπεδο γονέων δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση. Το εύρημα αυτό δεν επιβεβαιώνεται ή αντικρούεται άμεσα από τις διαθέσιμες πηγές. Αυτό υποδηλώνει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σε αυτόν τον τομέα, ώστε να κατανοηθούν καλύτερα οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΑΦ.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, από την Ανάλυση Διακύμανσης μιας Κατεύθυνσης (One Way ANOVA) δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ($F_{2,47}=2.323>.005$). Αυτό το αποτέλεσμα δείχνει ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας δεν επηρεάζει σημαντικά την προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ. Όμως, με βάση τα περιγραφικά στοιχεία διαπιστώθηκε, ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ που προέρχονταν από υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είχαν καλύτερη προσαρμοστική συμπεριφορά ($M=70.4286$, $TA=6.187$), συγκριτικά με τα παιδιά και τους εφήβους με μεσαίο ($M=64.937$, $TA= 8.917$) και χαμηλό ($M=66.370$, $TA= 9.426$) κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Αντίθετα, η έρευνα που διεξήχθη από τους Fotiadou et al. (2015) σε αντίστοιχο πληθυσμό ατόμων κατέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με αυτισμό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας.

Από τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των τομέων της προσαρμοστικής συμπεριφοράς (Επικοινωνία, Κοινωνικοποίηση, Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης) προέκυψε θετική συσχέτιση - σε όλα τα ζεύγη συνδυασμών - που η έντασή της

κυμαινόταν από μέτρια έως ισχυρή. Ειδικότερα, η υψηλή βαθμολογία στην Επικοινωνία συνεπαγόταν υψηλή βαθμολογία στην Κοινωνικοποίηση και στις Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ. Στατιστικά σημαντική σχέση διαπιστώθηκε μεταξύ της συνολικής προσαρμοστικής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων με αυτισμό και επικοινωνία, κοινωνικότητα και δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης από την έρευνα που διεξήχθη από Fotiadou et al. (2015), Ευγενιάδου (2018), Saulnier & Klin (2006).

Παρόμοιες συσχετίσεις έχουν διαπιστωθεί και από την έρευνα της Μέτσιου (2008) και της Χριστοδούλου (2016), αλλά σε πληθυσμό ατόμων με οπτική αναπηρία. Αναφορικά με τη συσχέτιση της επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης είναι γεγονός, ότι οι δεξιότητες επικοινωνίας αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την κοινωνική αποδοχή των παιδιών με αναπηρία από τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης της τάξης τους. Αδιαμφισβήτητα, η κοινωνική αλληλεπίδραση παίζει κεντρικό ρόλο στη γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού (Tomasello, 2008), αλλά και το αντίστροφο ισχύει, καθώς οι δεξιότητες επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης βρίσκονται σε αμφίδρομη σχέση. Σύμφωνα με τους Webster και Roe (2008), η εκπαίδευση στις Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης συμβάλλει όχι μόνο στην ενίσχυση της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του ατόμου, αλλά και στην αύξηση του βαθμού αποδοχής του από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Αντίστοιχα, εξετάστηκε εάν η επίδοση των παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης σε έναν τομέα της κλίμακας προσαρμοστικής συμπεριφοράς επηρεάζει την επίδοση στους υπόλοιπους τομείς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Γραμμικής Διμεταβλητής Συσχέτισης, διαπιστώθηκε ότι οι τυπικές τιμές στην Επικοινωνία παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με τις τυπικές τιμές στην Κοινωνικοποίηση όσο και με τη βαθμολογία στις Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης. Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που έχουν υψηλή επίδοση στην Επικοινωνία τείνουν επίσης να έχουν υψηλή

επίδοση στην Κοινωνικοποίηση. Δηλαδή, η ικανότητα να επικοινωνούν αποτελεσματικά συνδέεται με το πόσο καλά μπορούν να αλληλεπιδρούν κοινωνικά. Επίσης, η ανάπτυξη της επικοινωνιακής ικανότητας φαίνεται να συνδέεται με την ικανότητα των παιδιών να διαχειρίζονται δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η αυτονομία και η διαχείριση πρακτικών καταστάσεων.

Επιπλέον, προέκυψε ότι η επίδοση στην Κοινωνικοποίηση είχε θετική συσχέτιση με την επίδοση στις Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης. Δηλαδή, τα παιδιά που έχουν καλύτερες κοινωνικές δεξιότητες τείνουν να διαχειρίζονται καλύτερα και τις καθημερινές δραστηριότητες, πιθανώς επειδή η κοινωνική αλληλεπίδραση περιλαμβάνει δεξιότητες που σχετίζονται με την ανεξαρτησία και την αυτοεξυπηρέτηση.

Όσον αφορά το φύλο του γονέα διαφαίνεται από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, ότι οι γυναίκες επιβαρύνονται περισσότερο αναφορικά με τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες στην ψυχική τους υγεία, συγκριτικά με τους άνδρες γονείς παιδιών με αναπηρία και έτσι επιβεβαιώνεται το εύρημα της παρούσας έρευνας. Ειδικότερα, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας των Fēi Li et al. (2022) προέκυψε ότι οι μητέρες των παιδιών με σοβαρά συμπτώματα ΔΑΦ ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης, συγκριτικά με τους πατέρες. Ο επιπολασμός του μέτριου έως σοβαρού άγχους και της κατάθλιψης για τις μητέρες ήταν 13,8% και 13,1%, αντίστοιχα. Ο αντίστοιχος επιπολασμός για τους πατέρες ήταν 9,9% και 8,0%, αντίστοιχα. Και η έρευνα των Al-Oran & Al-Sagarat (2016) κατέδειξε ότι οι μητέρες παρουσίαζαν συνήθως υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης, συγκριτικά με τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ.

Επίσης, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο επηρεάζει τόσο τα επίπεδα άγχους των γονέων, όσο και της κατάθλιψης και του στρες. Σε δυσμενέστερη θέση βρίσκονται κυρίως οι γονείς που βιώνουν κακή ή πολύ κακή οικονομική κατάσταση. Τα παραπάνω έχουν

καταδειχθεί και από τις έρευνες των Evans et al., (2020) και Griffith (2020), καθώς οι οικογένειες με χαμηλότερο οικονομικό επίπεδο στην πλειονότητα των περιπτώσεων πλήττονται περισσότερο.

Η παρούσα έρευνα κατέδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και των μεταβλητών ψυχική υγεία, στρες και άγχος. Αντίθετα, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της κατάθλιψης. Οι γονείς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ που ανήκουν σε χαμηλό και μεσαίο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα στρες σε σύγκριση με τους γονείς υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Αυτό υποδηλώνει ότι οι γονείς με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αντιμετωπίζουν αυξημένο ψυχικό φορτίο και μεγαλύτερα επίπεδα στρες, πιθανώς εξαιτίας των περιορισμένων οικονομικών και κοινωνικών πόρων, καθώς και των αυξημένων πιέσεων που βιώνουν. Αντίθετα, οι γονείς με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο φαίνεται να έχουν περισσότερες δυνατότητες υποστήριξης, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του στρες.

Επιπροσθέτως, εξετάστηκε η πιθανή συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής υγείας των γονέων παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΑΦ, και των τριών βασικών συνιστωσών της ψυχικής υγείας (στρες, άγχος, κατάθλιψη). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τυπικές τιμές του στρες και του άγχους παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ψυχική υγεία των γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ. Για τους γονείς παιδιών και εφήβων τυπικής ανάπτυξης, υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ψυχικής υγείας και του στρες, της ψυχικής υγείας και της κατάθλιψης, της κατάθλιψης και του στρες και τέλος, του άγχους και της κατάθλιψης.

Τα παραπάνω ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ψυχική υγεία των γονέων συνδέεται στενά με το επίπεδο του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν, τόσο στην

περίπτωση των γονέων παιδιών με ΔΑΦ όσο και σε εκείνη των γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

Συνοψίζοντας, η έκπτωση των προσαρμοστικών λειτουργιών στα παιδιά με ΔΑΦ είναι πολυεπίπεδη, έχοντας άμεσο αντίκτυπο στην κοινωνικοποίηση, την επικοινωνία και τις δεξιότητες καθημερινής ζωής (Kanne et al., 2011). Για τον συγκεκριμένο λόγο ο βαθμός της έκπτωσης μπορεί να αποτελέσει έναν προβλεπτικό παράγοντα αναφορικά με την έκβαση στην πραγματική ζωή των ατόμων με ΔΑΦ, συμπεριλαμβανομένης της απόκτησης εκπαίδευσης και της ικανότητας ανεξάρτητης διαβίωσης από το άτομο (Farley et al., 2009). Κατά συνέπεια, η προσαρμοστική συμπεριφορά θεωρείται βασικό σημείο παρέμβασης που επηρεάζει άμεσα τα ατομικά και κοινωνικά αποτελέσματα των παιδιών με αυτισμό (Veenstra VanderWeele et al., 2017, Bölte et al., 2019).

Στη βάση των προαναφερομένων συνιστάται η αντιμετώπιση των ελλειμμάτων των παιδιών με ΔΑΦ μέσω θεραπευτικών προγραμμάτων, με στόχο τη βελτίωση όχι μόνο των γνωστικών και κοινωνικο-συναισθηματικών πλευρών της προσωπικότητάς τους, αλλά και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στην αγωγή και την εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό θα πρέπει να επικεντρώνονται πρωτίστως στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των μαθητών/μαθητριών με ΔΑΦ. Θα πρέπει να υιοθετούν πρακτικές, οι οποίες ενθαρρύνουν την χρήση νέων εκπαιδευτικών προσεγγίσεων, σε ευθυγράμμιση με τις αρχές της Συμπεριληπτικής ή Ολικής εκπαίδευσης και τα δικαιώματα του παιδιού και των ατόμων με αναπηρία γενικότερα, όπως αυτά ορίζονται από τις σχετικές Διεθνείς Συμβάσεις.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί, ότι υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω βελτίωση των εκπαιδευτικών πρακτικών, οι οποίες θα προσβλέπουν στην ικανοποίηση των

αναγκών Όλων των μαθητών, χωρίς αποκλεισμούς ανεξαρτήτως της σοβαρότητας και του βαθμού των δυσκολιών και των ελλειμμάτων τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Προτάσεις για Πρακτική Εφαρμογή

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας διαπιστώθηκαν κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ορισμένων υπό διερεύνηση παραμέτρων. Καθίσταται σαφές ότι η πρακτική αξία της στατιστικά σημαντικής διαφοράς αποτελεί ένα άλλο τελείως διαφορετικό ζήτημα από τη στατιστικά σημαντική διαφορά αυτή καθαυτή, δεδομένου του γεγονότος, ότι τα κριτήρια της πρακτικής αξίας της διαφοράς είναι ξεκάθαρα εξω-στατιστικά (Δαφέρμος, 2005).

Όσον αφορά τις προτάσεις για πρακτική εφαρμογή, προτείνεται η υλοποίηση προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης για παιδιά με ΔΑΦ, με στόχο τη βελτίωση της προσαρμοστικής τους συμπεριφοράς. Αυτό κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς, όπως προέκυψε από την παρούσα έρευνα, η προσαρμοστική συμπεριφορά σχετίζεται με το επίπεδο στρες των γονέων τους. Όπως προαναφέρθηκε, η προσαρμοστική συμπεριφορά αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία συμπεριλαμβάνει την Επικοινωνία, την Κοινωνικοποίηση, τις Δεξιότητες Καθημερινής Διαβίωσης και τις Κινητικές δεξιότητες του ατόμου. Προτείνεται, να γίνεται ιεράρχηση των αναγκών των συγκεκριμένων περιπτώσεων παιδιών και να σχεδιάζονται από τη διεπιστημονική ομάδα Εξατομικευμένα Προγράμματα Παρέμβασης (ΕΠΕ), οπωσδήποτε με τη συμμετοχή των γονέων, αλλά και του ίδιου του ατόμου, όπου αυτό καθίσταται δυνατό. Για παράδειγμα, η ενίσχυση μιας συγκεκριμένης πτυχής της προσαρμοστικής συμπεριφοράς μπορεί να επηρεάσει θετικά τη συνολική προσαρμοστική λειτουργία των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ. Αδιαμφισβήτητα, η προσέγγιση θα πρέπει να είναι ολιστική.

Σχετικά με την παραπάνω πρόταση, μία έρευνα η οποία διεξήχθη από τους MacDonald, Lord και Ulrich (2013) σε πληθυσμό ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές και επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της κινητικής ανάπτυξης και της προσαρμοστικής τους συμπεριφοράς, κατέδειξε ότι η βελτίωση των κινητικών δεξιοτήτων στις περιπτώσεις των παιδιών που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, συμβάλλει στη βελτίωση της προσαρμοστικής τους συμπεριφοράς. Σημειώνεται, ότι οι συγκεκριμένοι ερευνητές πρότειναν τη διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών.

Με βάση το εύρημα που αφορά τη συσχέτιση της ψυχικής υγείας γονέων παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών τους, αναμένεται ότι η βελτίωση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών τους θα έχει άμεσο αντίκτυπο στην ψυχική τους υγεία και τις παραμέτρους της. Κατά συνέπεια, έτσι θα βελτιωθεί και η ποιότητα ζωής των γονέων, γεγονός το οποίο συνδέεται άμεσα και με την παρεχόμενη βοήθεια και υποστήριξη των παιδιών τους. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να δοθεί έμφαση στη δημιουργία ενός ευρέως υποστηρικτικού πλαισίου για τους γονείς παιδιών με ΔΑΦ, ήδη από τη στιγμή της διάγνωσης, είτε πρόκειται για ΔΑΦ είτε για άλλη μορφή αναπηρίας.

6.2 Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας δημιουργούν τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών. Στη συνέχεια θα ακολουθήσουν ορισμένες επισημάνσεις και προτάσεις αναφορικά με τα πεδία που προβάλλουν προς μελλοντική διερεύνηση.

Με αφορμή τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας και τα κενά που εντοπίζονται στην ελληνική, αλλά και τη διεθνή βιβλιογραφία θα ήταν χρήσιμο να διενεργηθούν μερικές παρεμφερείς έρευνες στο μέλλον, οι οποίες θα διερευνήσουν σε μεγαλύτερο βάθος τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην εν λόγω έρευνα.

Ειδικότερα, προτείνεται να διεξαχθούν έρευνες, οι οποίες θα επικεντρώνονται στην επίδραση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ στις ακαδημαϊκές τους δεξιότητες, αλλά και στην ποιότητα ζωής των γονέων τους.

Αξιόλογη θα ήταν επίσης, η διεξαγωγή μιας μελέτης, η οποία θα επικεντρωνόταν στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής προγραμμάτων παρέμβασης, μουσικοκινητικής αγωγής, θεατρικής αγωγής, Τεχνολογιών της Πληροφορίας και των Επικοινωνιών-Τ.Π.Ε. σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ, με στόχο τη βελτίωση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, θα ήταν ιδιαίτερα σημαντική η διεξαγωγή μιας διαχρονικής έρευνας που να εξετάζει τη συμβολή της πρώιμης παρέμβασης στην προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΑΦ. Παράλληλα, μια μελέτη εστιασμένη στη διερεύνηση της επίδρασης της έγκαιρης και συστηματικής υποστήριξης και συμβουλευτικής των γονέων παιδιών με ΔΑΦ στη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας και της ποιότητας ζωής τους θα ήταν εξίσου σημαντική.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα πρέπει να γίνουν αποδεκτά με κάποιες επιφυλάξεις, λόγω των περιορισμών στους οποίους αυτή υπόκειται (π.χ. μέγεθος δείγματος).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Akshoomoff, N. A., & Stahmer, A. (2006). *Early intervention programs and policies for children with autistic spectrum disorders*. In H. E. Fitzgerald, B. M. Lester, & B. Zuckerman (Eds.), *The Crisis in Youth Mental Health: Critical Issues and Effective Programs: Childhood Disorders* (Vol.1, pp.109-131). Westport, CT: Praeger.
http://www.casrc.org/People/Internal_Investigators/AkshoomoffStahmer_fin.pdf
- Al-Beltagi, M., Saeed, N. K., Bediwy, A. S., Bediwy, E. A., & Elbeltagi, R. (2024). Decoding the genetic landscape of autism: A comprehensive review. *World journal of clinical pediatrics*, 13(3).
- Al-Oran, H., & AL-Sagarat, A. (2016) Parenting Stress of Children with Autistic Disorder. *Open Access Library Journal*, 3, 1-10. doi: [10.4236/oalib.1102791](https://doi.org/10.4236/oalib.1102791).
- Allen, K. A., Bowles, T. V., & Weber, L. L. (2013). Mothers' and fathers' stress associated with parenting a child with autism spectrum disorder. *Autism Insights*, 5, 1-12.
- American Association on Mental Retardation (AAMR). (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, DC.
- American Association on Mental Retardation (AAMR). (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports* (10th ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, D. K, Liang, J. W., & Lord, C. (2014). Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 485-494.

- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W. & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Arif, A., Ashraf, F., Nusrat, A. (2021). Stress and coping strategies in parents of children with special needs. *J Pak Med Assoc.* 71,1369–72.
- Aunos, M., Feldman, M., Goupil, G. (2008). Mothering with intellectual disabilities: relationship between social support, health and well-being, parenting and child behaviour outcomes. *J Appl Res Intellect Disabil.* 21:320–30.
- Badiah, L. (2018). The Importance of Social Skills for Autism, *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, volume 272.
- Baio, J. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report. Centers for Disease Control and Prevention. *Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23.
- Baker-Ericzén, M. J., Stahmer, A. C., & Burns, A. (2007). Child Demographics Associated With Outcomes in a Community-Based Pivotal Response Training Program. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9(1), 52-60. <https://doi.org/10.1177/10983007070090010601>
- Bal, V. H, Farmer, C., & Thurm, A. (2017). Describing function in ASD: using the DSM-5 and other methods to improve precision. *J Autism Dev Disord.*, 47, 2938-2941.
- Baldwin, S., Costley, D., & Warren, A. (2014). Employment activities and experiences of adults with high-functioning autism and asperger's disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2440-2449.

- Βάμβουκας, Μ. (1988). *Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία*. Αθήνα, Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Banach, M., Iudice, J., Conway, L., & Couse, L. J. (2010). Family support and empowerment: Post autism diagnosis support group for parents. *Social Work with Groups*, 33(1), 69-83.
- Bartlett, D. J., & Palisano, R. J. (2000). Factors influencing the acquisition of motor abilities of children with cerebral palsy: Implications for clinical reasoning. *Physical Therapy*, 80(6), 598–614. <https://doi.org/10.1093/ptj/80.6.598>
- Bashshar, A. M. A. A. B., & Elashram, R. E. M. (2024). The Relationship Between Self-Regulation Difficulties and Adaptive Functioning in Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *International Journal of Disability, Development and Education*, 1–23.
- Bebko, J. M., Konstantareas, M. M., & Springer J. (1987). Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. *J Autism Dev Disord.*, 17(4), 565-576.
- Beckers, L.W., Smeets, R.J., van Der Burg, J.J. (2021). Therapy-related stress in parents of children with a physical disability: a specific concept within the construct of parental stress. *Disabil Rehabil.* 43:1185–92.
- Βύλλη, Μ. (2018). *Ψυχικές δυνάμεις ως έννοιες της θετικής ψυχολογίας γονέων παιδιών με αυτισμό*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών.
- Bodfish, J. W., Symons, F. J., Parker, D. E., Lewis, M. J. (2000). Varieties of Repetitive Behavior in Autism: Comparisons to Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (3), 237-243.

- Bogdashina, O. (2006). *Theory of Mind and the Triad of Perspectives on Autism and Asperger Syndrome*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Bohlander, A. J., Orlich, F., & Varley, C. K. (2012). Social Skills Training for Children with Autism. *Pediatric Clinics of North America*, 59, 165-174.
- Bolte, S., & Poutska, F. (2002). The Relation Between General Cognitive Level and Adaptive Behavior Domains in Individuals with Autism With and Without Co-morbid Mental Retardation. *Child Psychiatry Hum Dev*, 33, 165-172.
- Bonis, S. (2016) Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature, *Issues in Mental Health Nursing Volume 37*, (3).
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Suwalsky, J. T. (2013). Developmental Pathways among Adaptive Functioning and Externalizing and Internalizing Behavioral Problems: Cascades from Childhood into Adolescence. *Applied developmental science*, 17(2), 76–87. <https://doi.org/10.1080/10888691.2013.774875>
- Bremer, C. D. and Smith J. (2004). “Teaching Social Skills,” Addressing Trends and Developments in Secondary education and transition, vol. 3, no. 5, pp. 1-5.
- Brink, E. (2012). The SNAP programme. Available at <http://www.snap.org.za/snapforautism.org.za/snap-programme>.
- Broady, T. R., Stoyles, G. J., & Morse, C. (2017). Understanding carers’ lived experience of stigma: the voice of families with a child on the autism spectrum. *Health & social care in the community*, 25(1), 224-233. (springer.com).
- Bruce, E., Lilja, C., Sundin, K. (2014). Mothers' lived experiences of support when living with young children with congenital heart defects. *J Special Pediatr Nurs*. 19:54–67.
- Γαλανάκη, Ε. (2003). *Θέματα Αναπτυξιακής Ψυχολογίας: Γνωστική - Κοινωνική - Συναισθηματική Ανάπτυξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

- Caley, L. M. (2012). Risk and protective factors associated with stress in mothers whose children are enrolled in early intervention services. *J Pediatr Health Care*, 26:346–55.
- Carlisle, G. K. (2014). Pet dog ownership decisions for parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of pediatric nursing*, 29(2), 114–123.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.09.005>
- Carlisle, G. K., Johnson, R. A., Wang, Z., Brosi, T. C., Rife, E. M., & Hutchison, A. (2020). Exploring Human-Companion Animal Interaction in Families of Children with Autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(8), 2793–2805.
<https://doi.org/10.1007/s10803-020-04390-x>
- Center for Disease Control and Prevention (2014). Prevalence of autism spectrum disorders: Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites United States, 2008. MMWR. Surveillance summaries: Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries/CDC, 2014, 63, 1-24.
- Chan, R.C., Yi H., Siu, Q.K. (2020). Polymorbidity of developmental disabilities: additive effects on child psychosocial functioning and parental distress. *Res Dev Disabil*. 99:103579–103579.
- Chandler, S., Leno, V.C., White, P., Yorke, I., Hollocks, M.J., Baird, G., Pickles, A., Simonoff, E., Charman, T. (2022). Pathways to adaptive functioning in autism from early childhood to adolescence. *Autism Res.*, 15, 1883-1893.
- Cheng, A.W.Y. & Lai, C.Y.Y. (2023). Parental stress in families of children with special educational needs: a systematic review, *Front Psychiatry*, 14: 1198302.
- Chiarotti, F., & Venerosi, A. (2020). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders: A Review of Worldwide Prevalence Estimates Since 2014. *Brain Sciences*, 10(5), 274.
<https://doi.org/10.3390/brainsci10050274>

- Christopher, S., & Shakila, C. (2015). Social Skills in Children with Autism. *Indian Journal of Applied Research*, 5, 139-141.
- Chrousos, G. P. (1998). Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response: The 1997 Hans Selye Memorial Lecture. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 851, 311–335.
- Γλαβά, Μ., & Σερέτης, Π. (2020). *Ανάπτυξη αυτοεκτίμησης μαθητών με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος μέσω νέων τεχνολογιών*. Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2001). *The Development of Children* (4th ed.). New York: Worth Publishers.
- Cooper, K., Smith, L. G., & Russell, A. (2017). Social identity, self-esteem, and mental health in autism. *European Journal of Social Psychology*, 47(7), 844- 854.
- Craig, G. J., & Baicum, D. (2007). *Η ανάπτυξη του ανθρώπου* (Επιμ. μετάφρ. Α. Ιωαννίδου, τ. Α). Αθήνα: Παπαζήση.
- Crnic, K.A, Gaze, C., Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant Child Dev.* 14:117–32.
- Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). *Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder*. *Comprehensive Psychiatry*, 90, 21–29.
- Cullen, L., & Barlow, J. (2002). Parents' experiences of caring for children with autism and attending a touch therapy programme. *Child Care in Practice*, 8(1), 35-45.
- Cullum, P.M, & Ennis-Cole, D. (2014). Preparing adults with autism spectrum disorders for employment. *Online Journal for Workforce Education and Development*, 7(1), 1-23.
- Davidovitch, M., Glick, L., Holtzman, G., Tirosh, E., & Safir, M. P. (2000). Developmental regression in autism: Maternal perception. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(2), 113–119. <https://doi.org/10.1023/A:1005403421141>

- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(7), 1278-1291.
- Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη. ISBN: 978-960-431-960-2.
- De Clercq, L.E., Prinzie, P., Warreyn, P., Soenens, B., Dieleman, L.M., De Pauw S.S. (2022). Expressed emotion in families of children with and without autism spectrum disorder, cerebral palsy and down syndrome: relations with parenting stress and parenting behaviors. *J Autism Dev Disord*. 52:1789–806.
- De Gaetano, K., Saviola, D., Brunetti, D., De Tanti, A. (2022). The importance of assessing parent stress in families with children with severe neuromotor and intellectual disability - a pilot study. *Appl Neuropsychol Child*. 11:804–10.
- Demšar, A. & Bakracevic, K. (2023). Depression, Anxiety, Stress, and Coping Mechanisms among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder *International Journal of Disability, Development and Education* ,70(6).
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (2013). 5th Edition. American Psychiatric Association.
- Diahwati, R., Hariyono, R. and Hanurawan, F. (2016). “Keterampilan social siswa berkebutuhan khusus di sekolah dasar inklusi,” *Jurnal Pendidikan: Teori, Penelitian dan Pengembangan*, vol. 1, no. 8, pp. 1612-1620.
- Doll, E. A. (1936). Preliminary standardization of the Vineland Social Maturity Scale. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(2), 283–293. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05235.x>
- Doll, E. A. (1940). I.Q. and mental deficiency. *Journal of Consulting Psychology*, 4(2), 53–61. <https://doi.org/10.1037/h0054462>

- Dollion, N., Babka, J.R., Pollock, K.E., Stilley, J.A., Grandgeorge, M., Carlisle G. (2025). Psychosocial Well-Being in Families of Autistic Children and Effect of Service Dogs: An Exploratory Study. *Pets*. 2(1):5. <https://doi.org/10.3390/pets2010005>
- Dunbar, R. I. M. (2004). *The Human Story*. London: Faber and Faber.
- Duncan, L.G., Coatsworth, J.D., Greenberg, M.T. (2009). A model of mindful parenting: implications for parent–child relationships and prevention research. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 12:255–70.
- Duncan, A. W., & Bishop, S. L. (2015). Understanding the gap between cognitive abilities and daily living skills in adolescents with autism spectrum disorders with average intelligence. *Autism : the international journal of research and practice*, 19(1), 64–72. <https://doi.org/10.1177/1362361313510068>
- D'Urso, G., Guerrera, S., Petrolo, E., Nicolì, I., Celentano, V., Toto, G.A., Vicari, S., Fasolo, M., et al. (2024). What Factors Predict Adaptive Functioning in Preschool Children with Autism Spectrum Disorder? A Longitudinal Study. *J. Clin. Med*. 13, 15-65.
- Efstratopoulou, M., Sofologi, M., Giannoglou, S. & Bonti, E. (2022). Parental Stress and Children's Self-Regulation Problems in Families with Children with Autism Spectrum Disorder (ASD), *Journal of Intelligence*, 10 (4).
- Enea, V. & Rusu, D. M. (2020). Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature Investigating Parenting Stress, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities Volume 13* (4).
- Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., & Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain and Development*, 35(2), 133-138.

- Evans, C., Kandiko Howson, C., Forsythe, A., & Edwards, C. (2020). What constitutes high quality higher education pedagogical research? *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 46(4), 525–546. <https://doi.org/10.1080/02602938.2020.1790500>
- Ευγενιάδου, Β. (2018). *Η προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με αυτισμό* (Μεταπτυχιακή διατριβή). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Farley, M.A, McMahon, W.M., Fombonne, E., Jenson, W.R., Miller, J., Gardner, M. & Block, H. (2009). Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities, *Autism Research*.
- Farmer, C., Swineford, L., Swedo, E. S., & Thurm, A. (2018). Classifying and characterizing the development of adaptive behavior in a naturalistic longitudinal study of young children with autism. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 10(1), 1-12.
- Fēi Li, P., Tang, Y., Li, F., Fang, S., Liu, X., Tao, M., Wu, D. & Jiang, L. (2022). Psychological distress in parents of children with autism spectrum disorder: A cross-sectional study based on 683 mother-father dyads, *Journal of Pediatric Nursing*, Volume 65, 49-55.
- Feizi, A., Najmi, B., Salesi, A., Chorami, M., Hoveidafar, R. (2014). Parenting stress among mothers of children with different physical, mental, and psychological problems. *J Res Med Sci*. 19:145–52.
- Fenton, G., D'Ardia, C., Valente, D., Del Vecchio, I., Fabrizi, A., & Bernabei, P. (2003). Vineland adaptive behavior profiles in children with autism and moderate to severe developmental delay. *Autism*, 7(3), 269–287.
- Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Pérez-Marfil, M. N., Hueso-Montoro, C., Laynez-Rubio, C., & Cruz-Quintana, F. (2016). Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Research in developmental disabilities*, 55, 312–321. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.05.007>

- Fletcher-Watson, S & Happé, F. (2022). ΑΥΤΙΣΜΟΣ. Μια Νέα Εισαγωγή στην Ψυχολογική Θεωρία και Σύγχρονες Απόψεις. Αθήνα: Gutenberg.
- Fong, V. C., & Iarocci, G. (2020). The Role of Executive Functioning in Predicting Social Competence in Children with and without Autism Spectrum Disorder. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 13(11), 1856–1866.
- Fossum, I. N., Øie, M. G., Orm, S., Andersen, P. N., & Skogli, E. W. (2024). Longitudinal Predictors of Adaptive Functioning in Emerging Adults with and without Autism Spectrum Disorder. *Research on child and adolescent psychopathology*, 10.1007/s10802-024-01265-y.
- Foster, D. (2010). Resistance, justice, and commitment to change. *Human Resource Development Quarterly*, 21(1). 3-39.
- Foster, A., Debbie, R., & Grannan, C. (2012). Preparing parents to advocate for a child with autism. *The Phi Delta Kappan*, 94: 16–20.
- Franz, L., Chambers, N, Von Isenburg, M. & De Vries, P.J. (2017). Autism spectrum disorder in sub-Saharan Africa: A comprehensive scoping review. *Autism Research*, 10(5): 723–749.
- Fusaroli, R., Grossman, R., Bilenberg, N., Cantio, C., Jepsen, J. R. M., & Weed, E. (2019). Toward a cumulative science of vocal markers of autism: A cross-linguistic meta-analysis-based investigation of acoustic markers in American and Danish autistic children. *Autism Research*, 15(4), 653–664.
- Gallahue, D. L., & Ozmun, J. C. (2002). *Understanding motor development: Infants, children, adolescents, adults* (5th ed.). McGraw-Hill.
- Gardiner, E., & Iarocci, G. (2018). Everyday executive function predicts adaptive and internalizing behavior among children with and without autism spectrum disorder.

- Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 11(2), 284–295.
- Giovagnoli, G., Postorino, V., Fatta, L., Sanges, V., De Peppo, L., Vassena, L., De Rose, P., Vicari, S., & Mazzone, L. (2015). Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 45, 411-421.
- Grossman, H. J. (Ed.). (1973). *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. Washington: American Association on Mental Deficiency, Special Publication, No. 2.
- Grossman, H. J. (1983). *Classification in Mental Retardation*. Washington DC: AAMD, EUA.
- Haebig, Eileen & McDuffie, Andrea & Ellis Weismer, Susan. (2013). The Contribution of Two Categories of Parent Verbal Responsiveness to Later Language for Toddlers and Preschoolers on the Autism Spectrum. *American journal of speech-language pathology / American Speech-Language-Hearing Association*. 22, 57-71.
- Hall, S. S., Wright, H. F., Hames, A., Mills, D. S., & PAWS Team. (2016). The long-term benefits of dog ownership in families with children with autism. *Journal of Veterinary Behavior: Clinical Applications and Research*, 13, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.jveb.2016.04.003>
- Harrison, P. L., & Oakland, T. (2000). *Adaptive Behavior Assessment System*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Hartley, S. L., Sikora, D. M., & McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with autistic disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 819-829.

- Hastings, R.P. (2003). Child behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research* 47: 231–37.
- Hastings, R.P. (2008). Stress in parents of children with autism. In E. Gregor, M. Nunez, K. Williams & J. Gomez (Eds.), *Autism: An integrated view*. Oxford: Blackwell.
- Hastings, R.P., Kovshoff, H., Ward, N.J., degli Espinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005a). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 35: 635–44.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N.J., Degli Espinoza, F. & Remington, B. (2005b). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*
- Head, L. S, & Abbeduto, L. (2007). Recognizing the role of parents in developmental outcomes: A systems approach to evaluating the child with developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 293-301.
- Heber, R. (1961). *A manual on terminology and classification in mental retardation* (Rev. ed.). Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Henderson-Rudling, J. M. (2019). In the Shadows of Autism: A Collective Case Study on Life with a Sibling with Autism in a Military Family. <https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/2154>
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS–21): Normative data and psychometric evaluation in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227–239.
- Heward, W. L. (2009). *Execeptional Children: an introduction to special education*. USA: Pearson Education Inc.

- Hojjati, M., & Khalilkhaneh, M. (2017). Assessing the Effectiveness of Holistic Multidimensional Treatment Model (Hojjati Model) on Receptive and Expressive Language Skills in Autistic Children. *Int J Pediatr*, 5(5), 4877-4888.
- Huang, X.Q, Zhang, H., Chen, S. (2019). Neuropsychiatric symptoms, parenting stress and social support in Chinese mothers of children with autism spectrum disorder. *Curr Med Sci*. 39:291–7.
- Huberty, C. J., & Morris, J. D. (1989). Multivariate analysis versus multiple univariate analyses. *Psychological Bulletin*, 105(2), 302–308. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.2.302>
- Hulsegge, J., & Verheul, A. (1989). *Snoezelen: Eine andere Welt*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Hutzler, Y. (2007). A systemic ecological model for adapting physical activities: Theoretical foundations and practical examples. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(4), 287–304.
- 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, 337-344. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2010.04.017>
- Jariwala-Parikh, S., Patel, S. S., & Patel, D. R. (2019). Biomarkers in autism spectrum disorder: A review. *Journal of Pediatric Neurology*, 17(1), 1-9.
- Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 926-937.

- Kanne, S. M., Gerber, J. A., Quirnbach, M. L., Sparrow, S.S., Cicchetti, V. D. & Saulnier, A.C. (2011). The role of adaptive behavior in autism spectrum disorders: implications for functional outcome, *Autism Dev Disord*, 41(8):1007-18.
- Καραδήμας, Ε. (2005). Ψυχολογία της υγείας: *Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Kasari, C., & Sigman, M. (1997). Linking parental perceptions to interactions in young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 27(1), 39-57.
- Katsarou D. Papaleontiou - Louca E. Gena, A. (2023). *Language Development and Theory of Mind: Presenting Deficits and their Importance for Optimal Outcomes in Children with Autism Spectrum Disorder in Developmental Language Disorders in Childhood and Adolescence*, In book: *Developmental Language Disorders in Childhood and Adolescence* (pp.47- 58) IGI GLOBAL CHAPTER 4.
- Κατσιάνα, Α. (2015). *Διερεύνηση της αισθητηριακής επεξεργασίας, της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και της ποιότητας ζωής, σε παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (φάσμα Αυτισμού) και παιδιά με Σύνδρομο Down*. Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Kenworthy, L., Case, L., Harms, M. B., Martin, A., & Wallace, G. L. (2010). Adaptive behavior ratings correlate with symptomatology and IQ among individuals with high functioning autism spectrum disorders. *J.Autism Dev.Disord.*, 40, 416-423.
- Kim, I., Ekas, N. V., & Hock, R. (2016). Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 26, 80-90.
- Kissine, I., Saint-Denis, A. & Motttron, L. (2023). *Language acquisition can be truly atypical in autism: Beyond joint attention*, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 153.

- Kjelgaard, M. M., & Tager-Flusberg, H. (2001). An investigation of language impairment in autism: Implication for genetic subgroups. *Language and Cognitive Processes*, 16(2-3), 287-308.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R., Volkmar, F., & Cohen, D. (2002). Defining and quantifying the social phenotype in autism. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.895>
- Klin, A., Saulnier, C. A., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., Volkmar, F. R., & Lord, C. (2007). Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: The Vineland and the ADOS. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 37, 748–759.
- Kraper, C. K., Kenworthy, L., Popal, H., Martin, A., & Wallace, G. L. (2017). The Gap Between Adaptive Behavior and Intelligence in Autism Persists into Young Adulthood and is Linked to Psychiatric Co-morbidities. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(10), 3007–3017. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3213-2>
- Kring, S.R., Greenberg, J.S., Seltzer, M.M. (2008). Adolescents and adults with autism with and without co-morbid psychiatric disorders: Differences in maternal well-being. *J Ment Health Res Intellect Disabil.* 1:53–74.
- Kristi, P., Jones, J. & Botting, N. (2019). Childhood autism in the UK and Greece: A cross-national study of progress in different intervention contexts. *International Journal of Developmental Disabilities* 65: 162–74.
- Kübler-Ross, E. (2021). *Πλησιάζοντας τον θάνατο*. Εκδόσεις Ικαρος.
- Kuhlthau, K. A, Bloom, S., Van Cleave, J., Knapp A. A, Romm, D., Klatka, K., & Perrin, J. M. (2011). Evidence for family-centered care for children with special health care needs: A systematic review. *Academic Pediatrics*, 11, 136-143.

- Κυρίτση, Ε., Ματθαίουδάκη, Μ., Βαρλοκώστα Σ. & Γενά Α. (2023). *Διλήμματα, επιλογές και κοινωνικές προεκτάσεις σε δίγλωσσες οικογένειες παιδιών με αυτισμό*. Pre-Conference Postgraduate Workshop at the 43rd Annual Meeting of the Department of Linguistics, AUT.
- Κύρου, Α. & Παπαθανασίου, Χ. (2023). Ψυχική δυσφορία και στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 40(5):609-617.
- Lai, MC., Baron-Cohen, S. & Buxbaum, J.D. (2015). Understanding autism in the light of sex/gender. *Molecular Autism* 6, 24. <https://doi.org/10.1186/s13229-015-0021-4>
- Le Couteur, A., Lord, C., Rutter, M. (2003). The autism diagnostic interview-revised (ADI-R). *West. Psychol. Serv.*
- Lee, H. J. & Park, H. R. (2007). An integrated literature review on the adaptive behavior of individuals with Asperger syndrome. *Remedial and Special Education*, 28, 132-139.
- Li, X.S, Pinto-Martin, J.A, Thompson, A., Chittams, J., Kral, T.V. (2018). Weight status, diet quality, perceived stress, and functional health of caregivers of children with autism spectrum disorder. *J Special Pediatr Nurs.* 23:e12205.
- Lightwood, J. M., Cole, M. A., & Cole, S. R. (2015). Brief report: Forecasting the economic burden of autism in 2015 and 2025 in the United States. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 4135-4143.
- Liss, M., Harel, B., Fein, D., Allen, D., Dunn, M., Feinstien, C., Morris, R., Waterhouse, L., & Rapin, I. (2001). Predictors and correlates of adaptive functioning in children with developmental disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 31(2), 219-230.

- Lord, C., & Schopler, E. (1989). The role of age at assessment, developmental level, and test in the stability of intelligence scores in young autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(4), 483–499.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S., Gotham, K. (2012). *Autism diagnostic observation schedule, (ADOS-2)*. Los Angel, Calif.
- Lord C., Elsabbagh M., Baird G., Veenstra-Vanderweele J. (2018). Autism spectrum disorder. *Lancet*, 11, 392(10146), 508-520.
- Lovibond, S. H., Lovibond, P.F. (1995). Psychology Foundation of Australia. Manual for the depression anxiety stress scales. 2nd ed. Psychology Foundation of Australia, Sydney, NSW.
- Loucas, T., Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Meldrum, D. & Baird, G. (2008). Autistic symptomatology and language ability in Autism Spectrum Disorder and Specific Language Impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1184–1192.
- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). P03-561- Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26, 1731.
- MacDonald, M., Lord, C., & Ulrich, D. (2013). The relationship of motor skills and adaptive behavior skills in young children with autism spectrum disorders. *Research in autism spectrum disorders*, 7(11), 1383–1390. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.07.020>
- Machalicek, W., Lang, R., Raulston, T.J. (2015). Training parents of children with intellectual disabilities: trends, issues, and future directions. *Curr Dev Disord Rep*. 2:110–8.

- Macks, R. J., & Reeve, R. E. (2007). The adjustment of non-disabled siblings of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(6), 1060–1067.
<https://doi.org/10.1007/s10803-006-0249-0>
- Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., Amoakohene, E., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hughes, M. M., Ladd-Acosta, C. M., McArthur, D., Pas, E. T., Salinas, A., Vehorn, A., Williams, S., Esler, A., Grzybowski, A., Hall-Lande, J., Nguyen, R. H. N., ... Shaw, K. A. (2023). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002)*, 72(2), 1–14. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>
- Martins, R., Inês, B., Ana, A., Carlos, A., & Claudia, C. (2015). The impact of the diagnosis of autism in parents of children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 171: 121–25.
- Masulani-Mwale, C., Kauye, F., Gladstone, M., Mathanga, D. (2018). Prevalence of psychological distress among parents of children with intellectual disabilities in Malawi. *BMC Psychiatry*. 18:146–146.
- Matson, J. L., Boisjoli, J., Gonzalez, M., Smith, K., & Wilkins, J. (2007). Norms and cut off scores for the autism spectrum disorders diagnosis for adults (ASD-DA) with intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 330-338.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. 3rd ed. Oxford University Press, Oxford.
- Meadan, Hedda, James W. Halle, & Aaron T. Ebata. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: Stress and support. *Exceptional Children* 77: 7–36.

- Μέτσιου, Α. (2008). *Η προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης με τη χρήση της Κλίμακας Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς Vineland*. Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής.
- Miller, M., Austin, S., Iosif, A. M., de la Paz, L., Chuang, A., Hatch, B., & Ozonoff, S. (2020). Shared and distinct developmental pathways to ASD and ADHD phenotypes among infants at familial risk. *Development and psychopathology*, 32(4), 1323–1334. <https://doi.org/10.1017/S0954579420000735>
- Mitchell, C., & Holdt, N. (2014). The search for a timely diagnosis: Parents' experiences of their child being diagnosed with an Autistic Spectrum Disorder. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 26(1), 49-62.
- Moree, B.N. & Davis, T. E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders*.
- Mottron, L., Gagnon, D. (2023). Prototypical autism: new diagnostic criteria and asymmetrical bifurcation model. *Acta Psychol.* 237.
- Mouga, S., Almeida, J., Café, C., Duque, F., & Oliveira, G. (2015). Adaptive profiles in autism and other neurodevelopmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(4), 1001–1012. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2256-x>
- Moyson, T. & Roeyers, H. (2011). The quality of life of siblings of children with autism spectrum disorder. *Exceptional Children*.
- Mwakalinga, J. F. (2012). Teaching social interaction for learner with autism (a study of how teachers aim to influence development of social interaction for learners with autism). Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo.

- Myburgh, L., Condry, J. & Barnard, E. (2020). Pedagogical approaches to develop social skills of learners with autism spectrum disorder: Perceptions of three foundation phase teacher. *Perspectives in Education*, 38(2): 241-254.
- National Research Council. Committee on Educational Interventions for Children with Autism (2001). *Educating Children with Autism*. Washington, DC: National Academy Press.
- Ng, F., Trauer, T., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, S. & Berk, M. (2007). The validity of the 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales as a routine clinical outcome measure. *Acta Neuropsychiatrica*. 19, 304-310.
- Νότας, Σ. (2005). *Το φάσμα του αυτισμού. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Ένας οδηγός για την οικογένεια*. Λάρισα: Έλλα.
- Obeidat, H.M. (2020). Parenting stress among parents of children with type 1 diabetes mellitus. *Curr Pediatr Res*. 24:226–32.
- Olusanya, B.O., Boo, N.Y., Nair, M.K.C, Samms-Vaughan, M.E., Hadders-Algra, M., Wright, S.M., et al.. (2022a). Accelerating progress on early childhood development for children under 5 years with disabilities by 2030. *Lancet Glob Health*. 10e,438–44.
- Olusanya, B.O., Boo, N.Y., de Camargo, O.K., Hadders-Algra, M., Wertlieb, D., Davis, A.C. (2022b). Child health, inclusive education and development. *Bull World Health Organ*, 100:459–61.
- Ooi, K., Ong, Y. S., Jacob, S. A., & Khan, T. M. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 745-762.
- Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): further examination of dimensions, scale reliability, and correlates. *Journal of clinical psychology*, 68(12), 1322–1338. <https://doi.org/10.1002/jclp.21908>

- Ozonoff, S., Young, G. S., Carter, A., Messinger, D., Yirmiya, N., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Carver, L. J., Constantino, J. N., Dobkins, K., Hutman, T., Iverson, J. M., Landa, R., Rogers, S. J., Sigman, M., & Stone, W. L. (2011). Recurrence risk for autism spectrum disorders: a Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics*, 128(3), e488–e495. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2825>
- Papaleontiou - Louca, E. (2002). Young Children's Use of Internal-State Words. Oral presentation in the European Conference on Quality in Early Childhood Education, at the University of Cyprus and the International Conference Centre, 28-31 August 2002.
- Paskiewicz, T. (2009). *A Comparison of Adaptive Behavior Skills and IQ in Three Populations: Children with Learning Disabilities, Mental Retardation, and Autism*. University Graduate Board.
- Pendry, J. L. (2019). Stress reduction benefits from petting dogs, cats. *Science Daily*. Retrieved 2024, from <https://www.sciencedaily.com/releases/2019/07/190715114302.htm>
- Πετρούση, Μ. (2020). *Το στρες στους γονείς παιδιών με αυτισμό*, Μεταπτυχιακή εργασία, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.
- Piaget, J. (1937). *La construction du réel chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. International Universities Press.
- Pillay, M., Alderson-Day, B., Wright, B., Williams, C. & Urwin, B. (2011). Autism Spectrum Conditions – Enhancing nurture and development (ASCEND): An evaluation of intervention support groups for parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2004). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες. Νοητική υστέρηση ψυχολογική κοινωνιολογική και παιδαγωγική προσέγγιση*, τόμος Β', Ατραπός, Αθήνα.

- Porter, N. & Loveland, A.K. (2019). An Integrative Review of Parenting Stress in Mothers of Children with Autism in Japan, *International Journal of Disability, Development and Education* Volume 66 (3).
- Pottie, C. G., & Ingram, K. M. (2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: a multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 855-862.
- Rankin, K., Kochel, K.P., & Paul, R. (2019). Variability in adaptive behavior in autism: Evidence for the importance of family history. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(3), 1064–1073.
- Rapin, I. (1991). Autistic children: diagnosis and clinical features. *Pediatrics*, 87, 751-760.
- Reimer, A. M., Cox, R. F. A., Boonstra, F. N., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2015). Measurement of fine-motor skills in young children with visual impairment. *Journal of developmental and physical disabilities*, 27(5), 569-590.
<https://doi.org/10.1007/s10882-015-9433-5>
- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). ADI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Salari, N., Rasoulpoor, S., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., Japarpour, S., Abdoli, N. Khaledi Paveh, B., & Mohammad, M. (2022). The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics* 48, 112-128.
- Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C. M., & Reichenberg, A. (2014). The familial risk of autism. *Jama*, 311 (17), 1770-1777.
- Sanz-Cervera, P., Fernández-Andrés, I., Pastor-Cerezuela, G., & Tárraga-Mínguez, R. (2018). The effectiveness of teach intervention in autism spectrum disorder: A review study. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 40-50.

- Santrock, J. W. (2004). *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: Kencana.
- Sarris D., Christopoulou F., Zaragas H., Papadimitropoulou P., & Christodoulou, P. (2020). Case study of child with Asperger Syndrome. *International Journal of Research in Education Humanities and Commerce*, 1(1), 33-43.
http://www.ijrehc.com/doc/ijrehc01_04.pdf
- Sarris, D., Vrakas, G., & Papadimitropoulou, P. (2023). School Bullying in High School Students, Prevention and Coping Strategies. *European Journal of Education Studies*, 10(7). doi:<http://dx.doi.org/10.46827/ejes.v10i7.4856>
- Sarris, D., Charmpatsis, C., Katsarou, V., Mavropalias, T., Efthymiou, E., Travlos, K., Papantoniou, G., & Papadimitropoulou, P. (2024). Developmental Coordination Disorder and Social Competence in Preschool Children. *European Journal of Special Education Research*, 10(6). doi:<http://dx.doi.org/10.46827/ejse.v10i6.5504>
- Σαρρής, Δ., Βασιλόπουλος, Σ., Κατσαρού, Β. Δ. (2024, Επιστημονική επιμέλεια). *Θέματα Κλινικής, Αναπτυξιακής, Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Ψυχολογίας: Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Πεδίο.
- Σαρρής, Δ. (2024). *Εισαγωγή στην Κλινική Παιδοψυχολογία και Ψυχοπαθολογία. Γνωστική και ψυχαναλυτική προσέγγιση: Ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα παρέμβασης: Αντιμετώπιση μαθησιακών δυσκολιών και προβλημάτων μάθησης μέσα από το παραμύθι και τη μαριονέτα*. Αθήνα: Πεδίο.
- Σαρρής, Δ. (2021, Επιστημονική Επιμέλεια). *Διαταραχές γραπτού-προφορικού λόγου και επικοινωνίας σε παιδιά με και χωρίς τυπική ανάπτυξη-Κλινικές, νευροαναπτυξιακές και ψυχοπαιδαγωγικές αξιολογήσεις*. Αθήνα: Πεδίο. ISBN: 978-960-635-364-2
- Σαρρής, Δ. (2020, Επιστημονική Επιμέλεια). *Μαθησιακές Δυσκολίες-Αναπτυξιακές Διαταραχές. Ο ρόλος του παιδικού σχεδίου και της ψυχοκινητικότητας παιδιών με και χωρίς τυπική ανάπτυξη*. Αθήνα: Πεδίο. ISBN:978-960-635-238-6

- Saulnier, C. A., Klaiman, C., & McQueen, E. (2022). Adaptive Behavior Profiles in Autism Spectrum Disorder. *Current psychiatry reports*, 24(12), 749–756.
- Saunders, M., Lewis, P. and Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students*. Pearson, New York.
- Scherer, S. W., Dawson, G., & Glasson, E. J. (2019). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-20.
- Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle, C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119(1), 114-121.
- Schnabel, A., Youssef, G. J., Hallford, D. J., Hartley, E. J., McGillivray, J. A., Stewart, M., Forbes, D., & Austin, D. W. (2020). Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Autism : the international journal of research and practice*, 24(1), 26–40. <https://doi.org/10.1177/1362361319844636>
- Schultz, T. R., Schmidt, C. T., & Stichter, J. P. (2011). A review of parent education programs for parents of children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 26(2), 96–104. <https://doi.org/10.1177/1088357610397346>
- Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 10(4), 234–247. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20038>
- Seymour, B., Singer, T., & Dolan, R. (2007). The neurobiology of punishment. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(4), 300–311. <https://doi.org/10.1038/nrn2119>

- Sharabi, Adi, & Dafna Marom-Golan. (2018). Social support, education levels, and parents' involvement: A comparison between mothers and fathers of young children with autism spectrum disorder. *Topics in Early Childhood Special Education* 38: 54–64.
- Sheerenberger, R. L. (1983). *A history of mental retardation: A quarter century of progress*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sigman M. (1997). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1997. Change and continuity in the development of children with autism. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 39(6), 817–827.
- Sikora, D. M., Vora, P., Coury, D. L., & Rosenberg, D. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, adaptive functioning, and quality of life in children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 130(2), 91-97.
- Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism*, 6(3), 271-286.
- Solomon, A. H., & Chung, B. (2012). Understanding autism: How family therapists can support parents of children with autism spectrum disorders. *Family process*, 51(2), 250-264.
- Song, C., Han, T., Hu, L. *et al.* (2024). Early developmental levels of children with autism spectrum disorder with different adaptive behaviors: a retrospective analysis. *J. Zhejiang Univ. Sci. B* 25, 1031–1038.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Bloomington, MN: Pearson Assessments.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (2005). *Vineland adaptive behavior scales second edition survey forms manual*. AGS Publishing.

- Strauss, K., Servadio, M., Valeri, G., Casula, L., Vicari, S. & Fava, L. (2022). Association between child behavioural problems and parenting stress in autism spectrum disorders: the role of parenting self-efficacy, *International Journal of Developmental Disabilities*.
- Strofylla, G., Charitou, S., Asonitou, K, Koutsouki, D. (2021). Profile of Social Skills in Students with Autism Spectrum Disorder, *Advances in Physical Education*, Vol.11 No.2.
- Szabo, M. & Lovibond, P.F. (2022). Development and psychometric properties of the DASS-Youth (DASS-Y): An extension of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) to adolescents and children. *Frontiers in Psychology: Psychology for Clinical Settings*, 13.
- Takahashi, J., Tamaki, K., Yamawaki, N. (2013). Autism Spectrum, Attachment Styles, and Social Skills in University Student, *Creative Education* Vol.4, No.8, 514-520.
- Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H., Jr, Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. F., & Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 117(4), 291–303. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.4.291>
- Terroux, A., Mello, C., Morin, D., & Rivard, M. (2024). Everyday Executive Function in Preschoolers with Autism and Links with Intellectual Functioning, Adaptive Behavior, and Autism Symptoms. *Journal of autism and developmental disorders*, 10.1007/s10803-024-06463-7.
- Tillmann, J., San José Cáceres, A., Chatham, C. H., Crawley, D., Holt, R., Oakley, B., Banaschewski, T., Baron-Cohen, S., Bölte, S., Buitelaar, J. K., Durston, S., Ham, L., Loth, E., Simonoff, E., Spooren, W., Murphy, D. G., Charman, T., & EU-AIMS LEAP

- group (2019). Investigating the factors underlying adaptive functioning in autism in the EU-AIMS Longitudinal European Autism Project. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 12(4), 645–657.
- Tincani, Matt, Maia Bloomfield Cucchiarra, S. Kenneth Thurman, Mark R. Snyder, and Catherine M. McCarthy. (2014). Evaluating NRC’s recommendations for educating children with autism a decade later. *Child and Youth Care Forum* 43: 315–37.
- Tomanik, S. S., Pearson, D. A., Loveland, K. A., Lane, D. M., & Shaw, J. B. (2007). Improving the reliability of autism diagnoses: Examining the utility of adaptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 921-928.
- Tomasello, M. (2008). *Origins of Human Communication*. The MIT Press.
- Tomeny, T.S. (2017). Parenting stress as an indirect pathway to mental health concerns among mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 21: 907–11.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., & Rinehart, N. J. (2014). A randomised group comparison controlled trial of ‘preschoolers with autism’: A parent education and skills training intervention for young children with autistic disorder. *Autism*, 18(2), 166-177.
- Tsai, L. Y. (2003). *Pervasive developmental disorders*. Briefing paper. National Dissemination Center for Children with Disabilities. Ανάκτηση από: <http://nichcy.org/wp-content/uploads/docs/fs20.pdf> (10/05/2024)
- Tsai, L. Y., Lee, L. C., & Chen, W. J. (2020). Autism spectrum disorder: Advances in diagnosis and evaluation. *Journal of the Formosan Medical Association*, 119(4), 623-631.

- Tsermentseli, S., & Kouklari, E.-C. (2021). Impact of child factors on parenting stress of mothers of children with autism spectrum disorder and intellectual disability: a UK school-based study, *Early Child Development and Care* Volume, 191 (10).
- Valicenti-McDermott, M., Lawson, K., Hottinger, K., Seijo, R., Schechtman, M., Shulman, L., et al. (2015). Parental stress in families of children with autism and other developmental disabilities. *J Child Neurol.* 30:1728–35.
- Veenstra-VanderWeele, J., Blakely, R. (2012). Networking in Autism: Leveraging Genetic, Biomarker and Model System Findings in the Search for New Treatments. *Neuropsychopharmacol* 37,196–212 <https://doi.org/10.1038/npp.2011.185>
- Ventola, P., Saulnier, C.A., Steinberg, E. et al. (2011). Early-Emerging Social Adaptive Skills in Toddlers with Autism Spectrum Disorders: An Item Analysis. *J Autism Dev Disord.*, 44, 283-293.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.
- Wachtel, K. & Carter, A. S. (2008). Reaction to diagnosis and parenting styles among mothers of young children with ASDs. *Autism*.
- Wang, L., Wang, B., Wu, C., Wang, J., & Sun, M. (2023). Autism Spectrum Disorder: Neurodevelopmental Risk Factors, Biological Mechanism, and Precision Therapy. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(3), 1819. <https://doi.org/10.3390/ijms24031819>
- White, E. I., Wallace, G. L., Bascom, J., Armour, A. C., Register-Brown, K., Popal, H. S., Ratto, A. B., Martin, A., & Kenworthy, L. (2017). Sex differences in parent-reported executive functioning and adaptive behavior in children and young adults with autism spectrum disorder. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 10(10), 1653–1662.

- Winters, N. C., Collett, B. R., & Myers, K. M. (2005). Ten-year review of rating scales, VII: scales assessing functional impairment. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 44, 309-338.
- Χατζηχρήστου, Χ. Γ., Παπαδοπούλου, Α. Α., & Παπαδοπούλου, Α. Α. (2006). *Αυτισμός: Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Χριστοδούλου, Π. (2016). *Κινητική ανάπτυξη και προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με οπτική αναπηρία*. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Yu, Y., Ozonoff, S., & Miller, M. (2024). Assessment of Autism Spectrum Disorder. *Assessment*, 31(1), 24–41. <https://doi.org/10.1177/10731911231173089>
- Zabelski M. (2007). Start at the beginning: The importance of early intervention. In S. LaVenture (Ed.), *A parents' guide to special education for children with visual impairments* (pp. 37–58). AFB Press.
- Zhou, X., Wang, L., & Wang, X. (2020). Genetic and epigenetic factors in autism spectrum disorder. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 8, 1-10.
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M.L., Stone, W.L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R.L., McPartland, J.C., Natowicz, M.R., Choueiri, R., Fein, D., Kasari, C., Pierce, K., Buie, T., Carter, A., Davis, P.A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Newschaffer, C., Robins, D., Wetherby, A., 2015. Early identification of autism spectrum disorder: recommendations for practice and research. *Pediatrics* 136, S10–S40.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Letcher, K. *Adapted Physical education for the blind and visually impaired*. Overbrook School for

the Blind website, <http://www.s118134197.onlinehome.us/page.php?>(προσπελάστηκε

8/10/2023).

www.iapb.org/vision-2020.

www.psychologynet.gr/article

www.who.int

www.ygeiamou.gr.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. Έγκριση διεξαγωγής έρευνας.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Ιωάννινα, 29 Μαρτίου 2022

Αριθμ. Πρωτ.: 16628

Προς

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

την κα Φωτεινή Χριστοπούλου

Υποψήφια Διδάκτορα

Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

τηλ.: 26510-07319
fax : 26510-07200
e-mail: agiotsa@uoi.gr,
ederverni@uoi.gr

Αξιότιμη κυρία Χριστοπούλου,

Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων εξέτασε στην τελευταία Συνεδρίασή της στις 16 Μαρτίου 2022 την αίτησή σας καθώς και τις διευκρινίσεις σας στις προϋποθέσεις που έχουν τεθεί για την έγκριση της έρευνας. Έχει χορηγηθεί δεοντολογική έγκριση για την παρακάτω πρόταση:

Τίτλος: «Προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) και στρες γονέων».

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση

Άρτεμις Γιώτσα

Καθηγήτρια Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών

Πρόεδρος της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων

Αγαπητοί γονείς,

Ονομάζομαι Φωτεινή Χριστοπούλου και είμαι Υποψήφια Διδάκτωρ Ειδικής Αγωγής στο Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η συμπλήρωση των συνημμένων ερωτηματολογίων συμβάλλει στη συγκέντρωση των απαραίτητων πληροφοριών για την πραγματοποίηση της έρευνάς μου, στα πλαίσια εκπόνησης της διδακτορικής μου διατριβής. Με τη συμμετοχή σας, η οποία είναι υψίστης σημασίας, αναμένεται να προκύψουν σημαντικά αποτελέσματα για την προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με και χωρίς Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), αλλά και για το στρες των γονέων. Τα αποτελέσματα αναμένεται να συμβάλουν στην προαγωγή της επιστημονικής γνώσης, αναφορικά με το συγκεκριμένο θέμα.

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Η ερευνητική ομάδα είναι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη θετική συμβολή σας στην πραγμάτωση της συγκεκριμένης προσπάθειας.

Με εκτίμηση,

Φωτεινή Χριστοπούλου

A. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Κωδικός αριθμός συμμετέχοντα:...

Αγαπητέ/ή ,

στα χέρια σου κρατάς ένα φυλλάδιο, σύμφωνα με το οποίο, καλείσαι να απαντήσεις σε κάποιες ερωτήσεις. Σε παρακαλούμε να απαντήσεις ελεύθερα, ειλικρινά και με υπευθυνότητα. Αυτό το φυλλάδιο είναι ανώνυμο.

Σ' ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σου.

Παρακαλώ, διάβασε προσεκτικά και απάντησε σε καθεμία από αυτές.

1) Ημερομηνία γέννησης παιδιού:

2) Φύλο παιδιού:

α) άρρεν

β) θήλυ

3) Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:

α) Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό)

β) Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο-Λύκειο)

γ) Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Πανεπιστημιακή εκπαίδευση)

δ) Άλλο:

4) Επάγγελμα μητέρας:

5) Μορφωτικό επίπεδο πατέρα:

α) Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό)

β) Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο-Λύκειο)

γ) Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Πανεπιστημιακή εκπαίδευση)

δ) Άλλο:

6) Επάγγελμα πατέρα:

7) Αριθμός αδερφών παιδιού:

8) Σειρά γέννησης παιδιού:

- α) το πρώτο
- β) το δεύτερο
- γ) το τρίτο
- δ) το τέταρτο
- ε) άλλο

9) Πλαίσιο φοίτησης παιδιού:

- α) σχολείο γενικής αγωγής
- β) σχολείο ειδικής αγωγής (ΣΜΕΑΕ)
- γ) τμήμα ένταξης
- δ) παράλληλη στήριξη
- ε) άλλο

10) Ποιο είναι το κυρίαρχο χέρι του παιδιού σας;

- α) αριστερόχειρο
- β) δεξιόχειρο
- γ) αμφιδέξιο

11) Ύπαρξη διάγνωσης για Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) από ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ.;

- α) Ναι
- β) Όχι

12) Αν ναι, ποια ήταν η ηλικία διάγνωσης του παιδιού;

13) Ύπαρξη διαφορετικής διάγνωσης (π.χ. ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, κινητικά προβλήματα, οπτική αναπηρία κ.ά.); Παρακαλώ συμπληρώστε ανάλογα.

Β. Κλίμακα Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς, Vineland II

Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition-Parent/Caregiver Rating Form-VABS-II
(Sparrow et al., 2005).

Greek version: Katsiana et al. (2011)

Οδηγίες:

Το φυλλάδιο αυτό περιέχει φράσεις που περιγράφουν πολλές διαφορετικές συμπεριφορές που οι άνθρωποι δείχνουν στο σπίτι, στο σχολείο, στην εργασία ή σε άλλο περιβάλλον.

Αν θέλετε να αλλάξετε μια απάντηση, σημειώστε Χ σ' αυτήν, και κυκλώστε την νέα επιλογή.
Αν έχετε μια ερώτηση για κάποιο από τα αντικείμενα, πρώτα σημειώστε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα την συμπεριφορά του ατόμου, και μετά κυκλώστε το ερωτηματικό (?) στα δεξιά του χώρου επιλογής απαντήσεων.

Χρησιμοποιείστε τον ακόλουθο πίνακα για να κατανοήσετε την επιλογή της απάντησης που περιγράφει καλύτερα τη συμπεριφορά του ατόμου που βαθμολογείται.

Κυκλώστε το «2» Συνήθως	• ΣΥΝΗΘΩΣ εκτελεί την συμπεριφορά ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ και υπενθύμιση όταν χρειαστεί ή όταν • Εμφάνισε αυτή την συμπεριφορά όταν ήταν μικρότερα και τώρα πια την έχει ξεπεράσει
Κυκλώστε το «1» Μερικές Φορές ή Μερικώς	• ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ εμφανίζει την συμπεριφορά χωρίς βοήθεια και υπενθύμιση • ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ το κάνει μόνο του αλλά μερικές φορές χρειάζεται βοήθεια • ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ το κάνει χωρίς βοήθεια αλλά χρειάζεται υπενθύμιση • Πραγματοποιεί ΜΕΡΟΣ της συμπεριφοράς (όχι ολόκληρη) χωρίς βοήθεια και υπενθύμιση
Κυκλώστε το «0» Ποτέ	• ΠΟΤΕ ΔΕΝ εμφανίζει την συμπεριφορά χωρίς βοήθεια και υπενθύμιση • ΠΟΤΕ ΔΕΝ εμφανίζει την συμπεριφορά γιατί δεν μπορεί • ΠΟΤΕ ΔΕΝ εμφανίζει την συμπεριφορά γιατί είναι πολύ μικρός • ΠΟΤΕ ΔΕΝ εμφανίζει την συμπεριφορά γιατί δεν του το επιτρέπουμε • ΠΟΤΕ ΔΕΝ εμφανίζει την συμπεριφορά γιατί έχει μία φυσική ανικανότητα που το εμποδίζει

Θυμηθείτε να απαντάτε σε κάθε ερώτηση, κάθε ενότητας μετά το αρχικό σημείο της ηλικίας του ατόμου.

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις που αφορούν και μεγαλύτερες ηλικίες, για ό,τι το παιδί μπορεί να κάνει και για τις υπόλοιπες «που δεν κάνει ποτέ», κυκλώστε «0».

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΑΚΟΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ

Αρχική ηλικία
0-4

Αρχική ηλικία
5+

	Διηχητά	Μετρωφώνησις	Πλάγι	Δεν ξέρω	Επικοινωνία
1 Γυρίζει τα μάτια και το κεφάλι προς ήχο	2	1	0	ΔΞ	;
2 Κοιτάζει προς τους γονείς ή το φροντιστή του όταν ακούει την φωνή τους	2	1	0	ΔΞ	;
3 Γυρίζει όταν ακούει το όνομα του (για παράδειγμα: γυρίζει προς αυτόν που τον φωνάζει, χαμογελάει κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
4 Δείχνει να καταλαβαίνει το νόημα της λέξης «όχι», ή λέξεις ή χειρονομίες με το ίδιο νόημα (για παράδειγμα: σταματά για λίγο αυτό που κάνει)	2	1	0	ΔΞ	;
5 Δείχνει να καταλαβαίνει το νόημα της λέξης «ναι», ή λέξεις ή χειρονομίες με το ίδιο νόημα (για παράδειγμα: συνεχίζει τη δραστηριότητα, χαμογελά κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
6 Ακούει μια ιστορία για τουλάχιστον 5 λεπτά (παραμένει σχετικά ακίνητο, και στρέφει την προσοχή του στο άτομο που λέει ή διαβάζει την ιστορία)	2	1	0	ΔΞ	;
7 Δείχνει τρία τουλάχιστον βασικά μέρη του σώματος όταν του ζητηθεί (για παράδειγμα: μύτη, στόμα, χέρια, πόδια κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
8 Δείχνει συνηθισμένα αντικείμενα σε ένα βιβλίο ή περιοδικό όταν του τα ονοματίζουν (για παράδειγμα: σκύλος, γάτα, κούπα, κλειδί κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
9 Ακούει οδηγίες	2	1	0	ΔΞ	;
10 Ακολουθεί οδηγίες με μία ενέργεια και ένα αντικείμενο (για παράδειγμα: «φέρε μου το βιβλίο», «κλείσε την πόρτα» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
11 Δείχνει τουλάχιστον 5 δευτερεύοντα μέρη του σώματος όταν του ζητηθεί (π.χ. δάχτυλα χεριών, δάχτυλα ποδιών, αγκώνες, δόντια)	2	1	0	ΔΞ	;
12 Ακολουθεί οδηγίες με δύο ενέργειες ή μία ενέργεια και δύο αντικείμενα (π.χ. «φέρε μου τους μαρκαδόρους και το χαρτί», «κάτσε κάτω και φάε το φαγητό σου»)	2	1	0	ΔΞ	;
13 Ακολουθεί οδηγίες με «ΕΑΝ – ΤΟΤΕ» (π.χ. «Αν θέλεις να παίξεις έξω, τότε μάζεψε τα πράγματα σου» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
14 Ακούει μια ιστορία για τουλάχιστον 15 λεπτά	2	1	0	ΔΞ	;
15 Ακούει μια ιστορία για τουλάχιστον 30 λεπτά	2	1	0	ΔΞ	;
16 Ακολουθεί τριπλές εντολές (π.χ. «Πλύνε τα δόντια σου, ντύσου και στρώσε το κρεβάτι σου» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
17 Ακολουθεί εντολές ή οδηγίες που άκουσε 5 λεπτά πριν	2	1	0	ΔΞ	;
18 Κατανοεί λόγια που δεν πρέπει να εκλαμβάνονται κατά γράμμα (για παράδειγμα: «Ράψε το στόμα σου», «πάρε δρόμο» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
19 Ακούει μια ενημερωτική συλλογή για τουλάχιστον 15 λεπτά	2	1	0	ΔΞ	;
20 Ακούει μια ενημερωτική συλλογή για τουλάχιστον 30 λεπτά	2	1	0	ΔΞ	;

ΟΜΙΛΙΑ		Λογικά	Μεταφορικά	Ποτέ	Δεν ήμω	Έχω φαντασία	
Αρχική ηλικία 0-4	1	Κλαίει ή φωνάζει όταν πονάει ή είναι βρεγμένο	2	1	0	ΔΕ	;
	2	Χαμογελάει όταν του/της χαμογελάτε	2	1	0	ΔΕ	;
	3	Παράγει ήχους χαράς (για παράδειγμα φωνούλες, γέλια κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
	4	Κάνει μη λεκτικούς ήχους μωρού (μπαμπαλίζει)	2	1	0	ΔΕ	;
	5	Κάνει ήχους ή χειρονομίες (για παράδειγμα κουνάει τα χέρια) για να τραβήξει την προσοχή των γονέων ή των ανθρώπων που το φροντίζουν	2	1	0	ΔΕ	;
	6	Κάνει ήχους ή χειρονομίες (π.χ. κουνάει το κεφάλι) αν θέλει μια δραστηριότητα να σταματήσει ή να συνεχιστεί	2	1	0	ΔΕ	;
	7	Κάνει αντίο κουνώντας το χέρι όταν κάποιο άλλο άτομο το χαιρετήσει ή ο γονιός ή ο φροντιστής του ζητήσει να χαιρετήσει	2	1	0	ΔΕ	;
	8	Λέει "Μπα-Μπα", "Μα-Μα" ή ένα άλλο όνομα για τα γονιά ή το φροντιστή του (συμπεριλαμβανομένου και του αρχικού ονόματος του γονέα ή φροντιστή ή το υποκοριστικό του)	2	1	0	ΔΕ	;
	9	Δείχνει τα αντικείμενα που θέλει και δεν μπορεί να τα φτάσει	2	1	0	ΔΕ	;
	10	Δείχνει ή κάνει χειρονομίες για να δείξει τι προτιμά όταν του δίνεται η δυνατότητα επιλογής (για παράδειγμα «θέλεις αυτό ή εκείνο;»)	2	1	0	ΔΕ	;
Αρχική ηλικία 5-13	11	Επαναλαμβάνει ή προσπαθεί να επαναλάβει κοινές λέξεις αμέσως μόλις τις ακούσει (για παράδειγμα μπάλα, γάλα, πάμε κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
	12	Ονομάζει τουλάχιστον τρία αντικείμενα (για παράδειγμα: μπουκάλι, σκύλος, αγαπημένα παιχνίδια κ.α.)	2	1	0	ΔΕ	;
	13	Λέει μονολεκτικά στήματα (για παράδειγμα «πάνω», «πάλι» «κάτω»)	2	1	0	ΔΕ	;
	14	Χρησιμοποιεί τα μικρά ονόματα ή τα υποκοριστικά των αδελφών, των φίλων ή λέει τα ονόματα τους όταν ερωτηθεί	2	1	0	ΔΕ	;
	15	Απαντάει ή προσπαθεί να απαντήσει με λέξεις όταν ερωτηθεί	2	1	0	ΔΕ	;
	16	Ονομάζει τουλάχιστον 10 αντικείμενα	2	1	0	ΔΕ	;
	17	Αναφέρει το πρώτο όνομα ή το υποκοριστικό του όταν ερωτηθεί (για παράδειγμα «Ελένη», «Μπέμπα» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
	18	Χρησιμοποιεί φράσεις με ένα ουσιαστικό και ένα ρήμα (για παράδειγμα «Καίτη μένει», «Πάω σπίτι» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
	19	Κάνει ερωτήσεις αλλάζοντας τις κλίσεις των λέξεων ή απλών φράσεων (για παράδειγμα «Δικό μου;», «εγώ πάνω») Η γραμματική δεν είναι σημαντική	2	1	0	ΔΕ	;
	20	Λέει τουλάχιστον 50 κατανοητές λέξεις	2	1	0	ΔΕ	;
	21	Χρησιμοποιεί απλές λέξεις για να περιγράψει πράγματα (για παράδειγμα «βρώμικο», «μόρφο», «μεγάλο», «δυνατό» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
	22	Κάνει ερωτήσεις που αρχίζουν με το Τι ή το ΠΟΥ (για παράδειγμα «Τι είναι αυτό;», «Πού πάει το σκυλάκι;» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
	23	Χρησιμοποιεί άρνηση στις προτάσεις (για παράδειγμα «Εγώ όχι πάνω», «δεν θα το πω» κ.λπ.) Η γραμματική δεν είναι σημαντική	2	1	0	ΔΕ	;
	24	Μιλάει σχετικά με εμπειρίες με απλές προτάσεις (για παράδειγμα «Η Ελένη και εγώ παίζουμε», «Ο Δημήτρης μου διάβασε ένα βιβλίο» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
	25	Λέει τη σωστή ηλικία του όταν ερωτηθεί	2	1	0	ΔΕ	;
	26	Λέει τουλάχιστον 100 κατανοητές λέξεις	2	1	0	ΔΕ	;
	27	Χρησιμοποιεί «μέσα», «πάνω» ή «κάτω» σε φράσεις ή προτάσεις (π.χ. «η μπάλα είναι κάτω από την καρέκλα», «Βάλτο πάνω στο τραπέζι» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;

28	Χρησιμοποιεί το «και» σε φράσεις ή προτάσεις (για παράδειγμα «Έλαμά και μπαμπάς», «Θέλω παγωτό και κέικ» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
29	Λέει όνομα και επίθετο του όταν ερωτηθεί	2	1	0	ΔΞ	;
30	Αναγνωρίζει και ονοματίζει τα πιο γνωστά χρώματα (αυτά είναι το κόκκινο, το μπλε, το πράσινο, το κίτρινο, το πορτοκαλί, το μωβ, το καφέ και το μαύρο). Υποσημείωση βαθμολόγησης «2» αν ονομάζει 6 με 8 χρώματα «1» αν ονομάζει 2 με 5 χρώματα «0» αν ονομάζει 0 με 1 χρώματα	2	1	0	ΔΞ	;
31	Κάνει ερωτήσεις που αρχίζουν με «Ποιος» και «Γιατί» (για παράδειγμα «Ποιος είναι αυτός», «Γιατί πρέπει να πάω;» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
32	Χρησιμοποιεί εντετατά χρώνα ρημάτων (π.χ. «τραγουδάω», «παίζω» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
33	Χρησιμοποιεί κτητικές αντωνυμίες σε φράσεις ή προτάσεις (π.χ. «αυτό είναι το βιβλίο της», «αυτή είναι η μπάλα του Νίκου» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
34	Χρησιμοποιεί αντωνυμίες σε φράσεις ή προτάσεις. Πρέπει να χρησιμοποιεί το σωστό φύλλο και μορφή της αντωνυμίας, αλλά οι προτάσεις δε χρειάζεται να είναι σωστές γραμματικά (π.χ. «αυτός άσπες τον», «αυτοί πήγαν»)	2	1	0	ΔΞ	;
35	Κάνει ερωτήσεις ξεκινώντας με το «Πότε» (π.χ. «Πότε είναι το δείπνο;», «Πότε μπορούμε να πάμε σπίτι;»)	2	1	0	ΔΞ	;
36	Χρησιμοποιεί ρήματα στον αόριστο (π.χ. περπάτησα, έψησα, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
37	Χρησιμοποιεί τις έννοιες πίσω ή μπροστά από σε φράσεις ή προτάσεις (π.χ. «μπήκα μπροστά από τη Μαρία», «ο Κώστας είναι πίσω σου»)	2	1	0	ΔΞ	;
38	Προφέρει τις λέξεις καθαρά χωρίς αντικαταστάσεις ήχων (π.χ. δε λέει τλώω αντί τρώω, φάλασσα αντί για θάλασσα, βώρα αντί δώρο κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
39	Αναφέρει τα βασικά σημεία από μία ιστορία, ένα παραμύθι ή από κάτι που είδε στη τηλεόραση, (δεν χρειάζεται να συμπεριλάβει πολλές λεπτομέρειες ή να τα πει στην ακριβή σειρά)	2	1	0	ΔΞ	;
40	Λέει το μήνα και τη μέρα της γέννησής του όταν ερωτηθεί	2	1	0	ΔΞ	;
41	Ρυθμίζει τον τόνο της φωνής του, την ένταση και τον ρυθμό ανάλογα με τις απαιτήσεις (π.χ. δε μιλάει διαρκώς πολύ δυνατά ή πολύ απαλά ή μονότονα κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
42	Περιγράφει εμπειρίες του με λεπτομέρεια (π.χ. αναφέρει ποιος ενεπλάκη, πού έγινε το συμβάν κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
43	Δίνει απλές οδηγίες (π.χ. πώς παίζεται ένα παιχνίδι ή πως φτιάχνεται κάτι) Υποσημείωση βαθμολόγησης «2» αν η οδηγία είναι αρκετά σαφής «1» αν προφέρει τις οδηγίες αλλά δεν είναι εύκολο να γίνουν κατανοητές «0» αν δεν προσπαθεί καν να πει τις οδηγίες	2	1	0	ΔΞ	;
44	Χρησιμοποιεί το ανάμεσα σε φράσεις ή προτάσεις (π.χ. «η μπάλα πήγε ανάμεσα στα αυτοκίνητα κ.λπ.»)	2	1	0	ΔΞ	;
45	Λέει τον αριθμό του τηλεφώνου του αν ερωτηθεί	2	1	0	ΔΞ	;
46	Πηγαίνει εύκολα από το ένα θέμα στο άλλο σε μία συζήτηση	2	1	0	ΔΞ	;
47	Παραμένει στο θέμα σε συζητήσεις. Δεν αλλάζει θεματολογία	2	1	0	ΔΞ	;
48	Εξηγεί τις ιδέες του με περισσότερους από ένα τρόπους (π.χ. «Αυτό ήταν ένα καλό βιβλίο. Το διάβασμά του ήταν συναρπαστικό και διασκεδαστικό» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
49	Κάνει συζητήσεις που διαρκούν δέκα λεπτά (π.χ. συσχετίζει εμπειρίες, συνεισφέρει ιδέες, μοιράζεται συνασθήματα κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
50	Χρησιμοποιεί σωστά ανώμαλους πληθυντικούς (γιαγιά-γιαγιάδες, πατέρας-πατεράδες, αλεπού-αλεπούδες, μαιμού-μαιμούδες, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
51	Αναφέρει ολόκληρη τη διεύθυνσή του (διηλαδής οδός και αριθμός, πόλη και νομό), με ή χωρίς ταχυδρομικό κώδικα, όταν ρωτάται	2	1	0	ΔΞ	;
52	Περιγράφει ένα βραχυπρόθεσμο στόχο και τι χρειάζεται να κάνει για να					

Αρχική
βαθμολογία
14+

	τον επιτύχει (π.χ. «Θέλω να πάρω 20 σε ένα διαγώνισμα, άρα πρέπει να διαβάσω πολύ» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
53	Δίνει πολύπλοκες οδηγίες στους άλλους (π.χ. για να πάνε κάπου μακριά, για μία συνταγή με πολλά υλικά ή βήματα κ.λπ.) Υποσημείωση βαθμολόγησης «2» αν η οδηγία είναι αρκετά σαφής «1» αν προσφέρει τις οδηγίες αλλά δεν είναι εύκολο να γίνουν κατανοητές «0» αν δεν προσπαθεί καν να πει τις οδηγίες	2	1	0	ΔΞ	;
54	Περιγράφει έναν εφικτό μακροπρόθεσμο στόχο που μπορεί να πραγματοποιηθεί σε 6 ή περισσότερους μήνες (π.χ. λέει «Θέλω να αγοράσω ένα ποδήλατο, γι' αυτό και θα φυλάξω το μωρό και θα κάνω διάφορα θελήματα ώστε να μαζέψω χρήματα και να το αγοράσω» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;

ΑΝΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗ

Σωστά	Μη-φορές	Ποτέ	Δεν ξέρω	Έχω φαντασία
-------	----------	------	----------	--------------

Αρχική
ηλικία
3-13

1	Αναγνωρίζει ένα ή περισσότερα γράμματα της αλφαβήτου ως γράμματα και τα διαχωρίζει από τους αριθμούς	2	1	0	ΔΞ	;
2	Αναγνωρίζει το όνομα του όταν το δει γραμμένο	2	1	0	ΔΞ	;
3	Αναγνωρίζει τουλάχιστον 10 τυπωμένα γράμματα της αλφαβήτας	2	1	0	ΔΞ	;
4	Γράφει με σωστό προσανατολισμό (π.χ. στα Ελληνικά από αριστερά προς δεξιά, σε κάποιες γλώσσες από δεξιά προς αριστερά ή από πάνω προς τα κάτω)	2	1	0	ΔΞ	;
5	Αντιγράφει το όνομά του	2	1	0	ΔΞ	;
6	Αναγνωρίζει όλα τα τυπωμένα γράμματα της αλφαβήτου μικρά και κεφαλαία	2	1	0	ΔΞ	;
7	Γράφει τουλάχιστον τρεις απλές λέξεις όταν του δίνεται ένα παράδειγμα (π.χ. γάτα, μήλο, νερό, κότα, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
8	Γράφει μόνος του από μνήμης το όνομα και το επώνυμό του	2	1	0	ΔΞ	;
9	Διαβάζει δυνατά τουλάχιστον 10 λέξεις	2	1	0	ΔΞ	;
10	Γράφει από μνήμης τουλάχιστον δέκα απλές λέξεις (π.χ. το, και, τότε, γάλα, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
11	Διαβάζει δυνατά απλές ιστορίες(δηλαδή ιστορίες με προτάσεις 3-5 λέξεων)	2	1	0	ΔΞ	;
12	Γράφει απλές προτάσεις 3-4 λέξεων. Μπορεί να κάνει μικρά ορθογραφικά ή συντακτικά λάθη	2	1	0	ΔΞ	;
13	Γράφει από μνήμης περισσότερες από 20 λέξεις. Μπορεί να κάνει μικρά ορθογραφικά λάθη	2	1	0	ΔΞ	;
14	Διαβάζει και κατανοεί υλικά τουλάχιστον επιπέδου δευτέρου δημοτικού	2	1	0	ΔΞ	;
15	Βάζει λίστες λέξεων σε αλφαβητική σειρά	2	1	0	ΔΞ	;
16	Γράφει απλή αλληλογραφία τουλάχιστον 3 προτάσεων (π.χ. ευχαριστήρια σημειώματα, email, κάρτες κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
17	Διαβάζει και κατανοεί υλικά τουλάχιστον επιπέδου τετάρτης δημοτικού	2	1	0	ΔΞ	;
18	Γράφει αναφορές, εργασίες ή εκθέσεις μιας σελίδας τουλάχιστον. Μπορεί να χρησιμοποιεί υπολογιστή	2	1	0	ΔΞ	;
19	Γράφει ολοκληρωμένες διευθύνσεις αποστολής και παραλήπτη σε γράμματα ή δέματα	2	1	0	ΔΞ	;
20	Διαβάζει και κατανοεί υλικά τουλάχιστον επιπέδου έκτης δημοτικού	2	1	0	ΔΞ	;

Αρχική
ηλικία
14+

21	Επιμελείται ή διορθώνει δικό του κείμενο πριν το παραδώσει (π.χ. ελέγχει τα σημεία στίξης, την ορθογραφία, τη γραμματική κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
22	Γράφει πολυπλοκή αλληλογραφία τουλάχιστον 10 προτάσεων. Μπορεί να χρησιμοποιεί υπολογιστή	2	1	0	ΔΕ	;
23	Διαβάζει και κατανοεί υλικό τουλάχιστον επιπέδου τρίτης γυμνασίου	2	1	0	ΔΕ	;
24	Διαβάζει τουλάχιστον 2 άρθρα εφημερίδας εβδομαδιαίως (έντυπη ή ηλεκτρονική)	2	1	0	ΔΕ	;
25	Γράφει επαγγελματικά γράμματα (π.χ. ζητώντας πληροφορίες, κάνοντας παράπονα, κάνοντας παραγγελίες κ.λπ.). Μπορεί να χρησιμοποιεί υπολογιστή	2	1	0	ΔΕ	;

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

Αρχική ηλικία 0-8	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΑΥΤΟΥ	Σχετικό Δείκτης	Μετα-φασίς	Παρέλ.	Δεν έχει Δεν έχει	Έχει αποκτήσει
	1. Ανοίγει το στόμα όταν του προσφέρεται τροφή	2	1	0	ΔΕ	;
	2. Τρώει στερεά τροφή (π.χ. μαγειρεμένα λαχανικά ή κινά)	2	1	0	ΔΕ	;
	3. Πιπιλάει ή μασάει φαγητά που τρώγονται με το χέρι (π.χ. κράκερ, καλωυράκια, τσάι κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
	4. Πίνει από κύπελο ή ποτήρι- μπορεί να βραχεί	2	1	0	ΔΕ	;
	5. Επιπρέπει σε κάποιον να γνωρίζει πότε έχει βρεγμένη ή λερωμένη πάνα ή παντελόνι (π.χ. δείχνει, φωνάζει, τραβά την πάνα κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
	6. Τρώει μόνο του με κουτάλι- μπορεί να λερωθεί	2	1	0	ΔΕ	;
	7. Ρουφάει από καλαμάκι	2	1	0	ΔΕ	;
	8. Βγάζει ρούχα που ανοίγει από εμπρός (π.χ. παλτό ή ζακέτα)- δε χρειάζεται να κουμπώσει κουμπί ή φερμουάρ	2	1	0	ΔΕ	;
	9. Σηκώνει ρούχα με ελαστική μέση (π.χ. βρακάκι ή φόρμα)	2	1	0	ΔΕ	;
	10. Τρώει μόνο του με πιρούνι- μπορεί να λερωθεί	2	1	0	ΔΕ	;
	11. Πίνει από κύπελο ή ποτήρι χωρίς να λερωίνεται	2	1	0	ΔΕ	;
	12. Τρώει με κουτάλι χωρίς να λερωίνεται	2	1	0	ΔΕ	;
	13. Ουρά (κάνει «τσιτσα») στην λεκάνη ή δοχείο	2	1	0	ΔΕ	;
	14. Φοράει ρούχα που ανοίγει από εμπρός (π.χ. παλτό ή ζακέτα)- δε χρειάζεται να κουμπώσει κουμπί ή φερμουάρ	2	1	0	ΔΕ	;
	15. Ζητά να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα	2	1	0	ΔΕ	;
	16. Αφαιρεί (κάνει «κακά») στην λεκάνη ή δοχείο	2	1	0	ΔΕ	;
	17. Είναι εκπαιδευμένο στην χρήση τουαλέτας κατά τη διάρκεια της ημέρας Υποσημείωση βαθμολόγησης 2 εάν χρησιμοποιεί την τουαλέτα χωρίς βοήθεια και χωρίς ατυχήματα 1 εάν χρειάζεται βοήθεια (π.χ. στο να ακουμπήσει) ή έχει κάποια ατυχήματα 0 εάν χρειάζεται συνεχώς βοήθεια ή έχει συχνά ατυχήματα	2	1	0	ΔΕ	;
	18. Σηκώνει φερμουάρ που ήδη έχει ενωθεί το κάτω μέρος (σε παντελόνια, σε σακιά κ.λπ.)	2	1	0	ΔΕ	;
	19. Σκουπίζει ή φυσάει τη μύτη του χρησιμοποιώντας χαρτομάντιλο ή μαντίλι	2	1	0	ΔΕ	;

Αρχική ηλικία 9+	20	Είναι εκπαιδευμένο στην χρήση τουαλέτας κατά τη διάρκεια της νύχτας	2	1	0	ΔΞ	:
	21	Βάζει τα παπούτσια στα σωστά πόδια. Δεν χρειάζεται να δέσει κορδόνια.	2	1	0	ΔΞ	:
	22	Κουμπώνει σουσάτες	2	1	0	ΔΞ	:
	23	Κρατά σωστά κουτάλι, πιρούνι και μαχαίρι	2	1	0	ΔΞ	:
	24	Πλένει και ακουμπίζει το πρόσωπο χρησιμοποιώντας σαπούνι και νερό	2	1	0	ΔΞ	:
	25	Βουρτσίζει τα δόντια του Υποσημείωση βαθμολόγησης 2 εάν πλένει τα δόντια του χωρίς βοήθεια περιλαμβανομένης το να βάλει οδοντόμαστα στα δόντια του και μπει να του δώσουν οδηγίες 1 εάν χρειάζεται βοήθεια στο βούρτσισμα ή στο να βάλει οδοντόμαστα ή χρειάζεται συχνές υπενθυμίσεις 0 εάν δεν πλένει ποτέ χωρίς βοήθεια ή συχνά υπενθυμίσεις	2	1	0	ΔΞ	:
	26	Κουμπώνει μεγάλα κουμπιά μπροστά, στις σωστές κουμπότρυπες	2	1	0	ΔΞ	:
	27	Καλύπτει την μύτη και το στόμα όταν φαρνίζεται και βήχει	2	1	0	ΔΞ	:
	28	Κουμπώνει μικρά κουμπιά μπροστά, στις σωστές κουμπότρυπες	2	1	0	ΔΞ	:
	29	Ενώνει τις άκρες του φερμουάρ του και το κουμπώνει (π.χ. μπουφάν, αθλητική μπλούζα, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	:
	30	Ανοίγει τις στρόφιγγες της βρύσης και ρυθμίζει την θερμοκρασία προσθέτοντας κρύο ή ζεστό νερό	2	1	0	ΔΞ	:
	31	Φοράει κατάλληλα ρούχα σε υγρό ή κρύο καιρό (για παράδειγμα: αδιάβροχο, μπότες, ζακέτα κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	:
	32	Κάνει μπάνιο ή ντους και ακουμπίζεται Υποσημείωση βαθμολόγησης 2 εάν κάνει μπάνιο/ντους χωρίς βοήθεια περιλαμβανομένης το να αναγκάσει να νερό 1 εάν χρειάζεται βοήθεια σε κάποιο σημείο του μπάνιου/ντους ή του ακουμπήματος ή του να ανοίγει και να κλείνει τη βρύση 0 εάν δεν κάνει μπάνιο ή ντους χωρίς βοήθεια ή υπενθυμίσεις	2	1	0	ΔΞ	:
	33	Βρίσκει και χρησιμοποιεί τις κατάλληλες για το φύλο του δημόσιες τουαλέτες	2	1	0	ΔΞ	:
	34	Λούζει και στεγνώνει τα μαλλιά του (με πετσέτα ή πιστολάκι)	2	1	0	ΔΞ	:
	35	Φροντίζει τα μικροτραύματά του (π.χ. τα καθαρίζει, βάζει χονδρόπαστ)	2	1	0	ΔΞ	:
	36	Ακολουθεί τις οδηγίες για να πάρει φάρμακο (ακολουθεί τις οδηγίες στο κουτί)	2	1	0	ΔΞ	:
	37	Χρησιμοποιεί θερμόμετρο για να μετρήσει τη δική του θερμοκρασία ή άλλου	2	1	0	ΔΞ	:
	38	Αισχρήτ ιατρική βοήθεια σε έκτακτη ανάγκη (π.χ. αναγνωρίζει συμπτώματα σοβαρής αρρώστιας ή τραυματισμού, όπως δύσπνοια, πόνο στήθους, ακατάσχετη αιμορραγία κ.λπ.) Υποσημείωση βαθμολόγησης Σημειώστε «ΔΞ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) εάν δεν έχει δραπεί ποτέ σε ιατρική επείγουσα κατάσταση	2	1	0	ΔΞ	:
	39	Ακολουθεί ιατρικές οδηγίες για διαδικασίες φροντίδας της υγείας του, ειδική διαίτα ή ιατρικές θεραπείες Υποσημείωση βαθμολόγησης σημειώστε «ΔΞ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) εάν το άτομο δεν έχει αντιμετωπίσει θέμα υγείας που απαιτεί ειδικές διαδικασίες, διαίτα ή θεραπείες	2	1	0	ΔΞ	:
	40	Φροντίζει να έχει φάρμακα (συνταγογραφημένα ή μη) και τα αναπληρώνει όταν χρειάζεται	2	1	0	ΔΞ	:
	41	Κλείνει ραντεβού για τακτικούς ιατρικούς και οδοντιατρικούς ελέγχους	2	1	0	ΔΞ	:

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΠΙΤΙΟΥ		Συνολικός	Μεσοκλίμα	Ποιότητα	Δεν είναι	Εχει επεκταθεί
1	Προσέχει τα αντικείμενα που καίνε (π.χ. μάτια κουζίνας ή φούρνους, τζάκι κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	:

Αρχική Πινάκας 14+	2	Βοηθάει σε μικροδουλειές του σπιτιού (π.χ. ξεσκονίζει, μαζεύει ρούχα ή παιχνίδια, ταίρια ζωάκι κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	3	Καθαρίζει άθραυστα αντικείμενα από τον δρόμο του χώρου στο τραπέζι	2	1	0	ΔΞ	;
	4	Καθαρίζει την περιοχή εργασίας του ή παιχνιδιού μόλις τελειώσει την δραστηριότητά του (π.χ. δακτυλομπογιά, μαντελισμός (τουβλάκια) κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	5	Τοκτοποιεί τα προσωπικά του αντικείμενα (π.χ. παιχνίδια, βιβλία, περιοδικά κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	6	Προσέχει όταν χρησιμοποιεί αιχμηρά αντικείμενα (μαχαίρια, ψαλίδια κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	7	Καθαρίζει εύθραυστα αντικείμενα από τον δρόμο του χώρου στο τραπέζι	2	1	0	ΔΞ	;
	8	Βοηθάει στην προετοιμασία φαγητού που απαιτεί μίξη και μαγείρεμα (π.χ. κέκ, γευιστά κουλούρια, μακαρόνια με τυρί κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	9	Χρησιμοποιεί απλές συσκευές (π.χ. τοστιέρα, αναχτήρι κονσέρβας, αναχτήρι μπουκαλιού κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	10	Χρησιμοποιεί φούρνο μικροκυμάτων για να ζεστάνει ή να ψήσει φαγητό (ορίζει το χρόνο και τη θερμοκρασία). Υποσημείωση βαθμολόγησης Σκοράρετε «ΔΞ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) εάν δεν έχει φούρνο μικροκυμάτων	2	1	0	ΔΞ	;
	11	Βάζει τα καθαρά ρούχα στην θέση τους (π.χ. σε συρτάρι ή ντουλάπι, σε κρεμάστρες κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	12	Χρησιμοποιεί εργαλεία (π.χ. σφυρί για να κορφώσει καρφιά, κατασβίδι για να βιδώσει και ξεβιδώσει βίδες κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	13	Πλένει πιάτα στο χέρι ή γυμνάζει και χρησιμοποιεί πλυντήριο πιάτων.	2	1	0	ΔΞ	;
	14	Σκουπίζει, σφουγγαρίζει ή βάζει ηλεκτρική σκούπα επαρκώς. Υποσημείωση βαθμολόγησης 2 εάν σκουπίζει, σφουγγαρίζει και βάζει σκούπα τόσο καλά ώστε δεν χρειάζεται να παραπάνω δεύτερο χέρι από εσάς 1 εάν δεν ολοκληρώνει πάντα σωστά την δουλειά του 0 εάν δεν κάνει τις παραπάνω δουλειές ή εάν «όταν τις «έχει» χρειάζεται δεύτερο χέρι από εσάς	2	1	0	ΔΞ	;
	15	Καθαρίζει εντελώς το τραπέζι (π.χ. καθαρίζει και μαζεύει τα πιάτα, πετάει τα σκουπίδια κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	16	Χρησιμοποιεί τα προϊόντα οικιακής χρήσης σωστά (π.χ. απορρυπαντικά πλυντηρίου, γυαλιστικά επίπλων, καθαριστικά για τζάμια κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	17	Ετοιμάζει βασικές τροφές που δεν χρειάζονται μίξη, αλλά είναι απαραίτητα να μαγειρευτούν (π.χ. ρύζι, σούπα, λαχανικά κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	18	Καθαρίζει ένα ή περισσότερα δωμάτια, εκτός από το δικό του υπνοδωμάτιο.	2	1	0	ΔΞ	;
	19	Χρησιμοποιεί κοφτερό μαχαίρι για να προετοιμάσει φαγητό	2	1	0	ΔΞ	;
	20	Χρησιμοποιεί τα μάντα της κουζίνας και τον φούρνο για να ζεστάνει, ψήσει ή μαγειρέψει (χρήση κουμπιών και σωστής θερμοκρασίας)	2	1	0	ΔΞ	;
	21	Φτιάχνει φαγητό με υλικά που απαιτούν μέτρηση, μίξη και μαγείρεμα	2	1	0	ΔΞ	;
	22	Πλένει τα ρούχα του όταν χρειάζεται	2	1	0	ΔΞ	;
	23	Κάνει δουλειές συντήρησης όταν χρειάζεται (π.χ. αλλάζει λάμπες, αλλάζει την μπαταρία στην ηλεκτρική/ή ακουστική, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	24	Προγραμματίζει και φτιάχνει το βασικό γεύμα της ημέρας	2	1	0	ΔΞ	;
Αρχική Πινάκας 1-9	ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ		Συχνά	Μερ. φορές	Ποτέ	Δεν ξέρω	Έχω προτίμηση
	1	Δείχνει πως κατανοεί την λειτουργία του τηλεφώνου (π.χ. προσποιείται ότι μιλάει στο τηλέφωνο κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	2	Μιλάει στο τηλέφωνο με οικεία πρόσωπα	2	1	0	ΔΞ	;

Αξιολογείται 10-15	3	Χρησιμοποιεί τηλεόραση ή ράδιο χωρίς βοήθεια (π.χ. ανοίγει, βρίσκει κανάλι ή σταθμό, επιλέγει πρόγραμμα, κ.λπ.). Υποσημείωση βαθμολόγησης Μπορείτε να σημειώσετε «ΔΕ» αν δεν υπάρχει τηλεόραση ή ράδιο να στα σπιτι	2	1	0	ΔΞ	;
	4	Μετρά τουλάχιστον 10 αντικείμενα, ένα προς ένα	2	1	0	ΔΞ	;
	5	Είναι ενήμερο και επιδεικνύει κατάλληλη συμπεριφορά όταν βρίσκεται σε αυτοκίνητο που κινείται (π.χ. φοράει ζώνη, αποφεύγει να αποσπά την προσοχή του οδηγού κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	6	Δείχνει κατανόηση της χρήσης των χρημάτων (π.χ. λέει, «Χρήματα είναι αυτά που χρειαζόμαστε για να αγοράσουμε πράγματα σε ένα μαγαζί» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	7	Χρησιμοποιεί το πεζοδρόμιο (όπου είναι δυνατόν) ή το κράσπεδο όταν περπατάει ή χρησιμοποιεί τροχήλατα (ποτίνια, ποδήλατα κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	8	Δείχνει ότι κατανοεί την χρήση του ρολογιού (π.χ., λέει «Το ρολόι μας λέει τι ώρα είναι»· «Τι ώρα θα φύγουμε»· κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	9	Ακολουθεί τους κανόνες του σπιτιού (π.χ. δεν τρέχουμε στο σπίτι, δεν πετάμε στα έπιπλα, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	10	Χρησιμοποιεί απαραίτητες δεξιότητες υπολογιστή για να παίξει παιχνίδια ή να αρχίσει προγράμματα όταν ο υπολογιστής είναι ανοιχτός· δεν χρειάζεται να ανοίγει τον υπολογιστή μόνο του Υποσημείωση βαθμολόγησης Σημειώστε «ΔΞ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) εάν δεν έχετε κομπιούτερ	2	1	0	ΔΞ	;
	11	Καλεί το άτομο που δέχεται μια κλήση, στο τηλέφωνο ή υποδεικνύει ότι το άτομο δεν είναι διαθέσιμο	2	1	0	ΔΞ	;
	12	Αναγνωρίζει ονομαστικά, λεπτά, πεντάλεπτα, δεκάλεπτα, εικοσάλεπτα όταν ρωτείται· δεν χρειάζεται να γνωρίζει την αξία τους.	2	1	0	ΔΞ	;
	13	Κοιτάει και από τις δύο πλευρές του δρόμου όταν διασχίζει δρόμους ή λεωφόρους	2	1	0	ΔΞ	;
	14	Λέει την τρέχουσα ημέρα της εβδομάδας όταν του ζητηθεί	2	1	0	ΔΞ	;
	15	Δείχνει ότι κατανοεί το δικαίωμα της προσωπικής στιγμής για τον εαυτό του και τους άλλους (π.χ. κατά την χρήση της τουαλέτας ή αλλάζοντας ρούχα)	2	1	0	ΔΞ	;
	16	Δείχνει να γνωρίζει, ποιόν τηλεφωνικό αριθμό να καλέσει για κάτι επείγον, όταν ρωτηθεί	2	1	0	ΔΞ	;
	17	Λέει την ώρα χρησιμοποιώντας ψηφιακό ρολόι τοίχου ή χειρός	2	1	0	ΔΞ	;
	18	Γνωρίζει την αξία των κερμάτων, του λεπτού, του πεντάλεπτου, του δεκάλεπτου, του εικοσάλεπτου	2	1	0	ΔΞ	;
	19	Διακρίνει μεταξύ λογαριασμών διαφορετικής αξίας (π.χ. 1 ευρώ, 5 ευρώ κ.λπ., σε συζήτηση· κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	20	Υπακούει στα φανάρια κυκλοφορίας τροχαφόρων και πεζών	2	1	0	ΔΞ	;
	21	Δείχνει την τρέχουσα ή άλλη ημερομηνία στο ημερολόγιο όταν του ζητηθεί	2	1	0	ΔΞ	;
	22	Δείχνει ότι κατανοεί πως κάποια πράγματα κοστίζουν περισσότερο από άλλα (π.χ. λέει «Έχω αρκετά χρήματα να αγοράσω τσίχλα αλλά όχι σκαλότσα» ή «Ποιο μολύβι κοστίζει λιγότερο» κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
Αξιολογείται 16+	23	Λέει την ώρα ανά μισάωρα σε αναλογικά ρολόι (π.χ. 1:30, 2:00, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	24	Τηλεφωνεί σε άλλους από σταθερό ή κινητό τηλέφωνο.	2	1	0	ΔΞ	;
	25	Παραγγέλνει πλήρες γεύμα σε φαστ-φουντ. Υποσημείωση βαθμολόγησης Σημειώστε «ΔΞ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) εάν δεν έχει ποτέ πάει σε φαστ-φουντ	2	1	0	ΔΞ	;
	26	Μεταφέρει ή φυλάσσει χρήματα με ασφάλεια (π.χ. μέσα σε πορτοφόλι, τσάντα, ζώνη χρημάτων κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	27	Λέει την ώρα ανά πεντάλεπτα σε αναλογικά ρολόι (π.χ. 1:05, 1:10 κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	28	Υπακούει στις απαγορεύσεις που θέτει ο γονέας ή ο φροντιστής.	2	1	0	ΔΞ	;

29	Βλέπει ή ακούει ενημερωτικά προγράμματα (π.χ. δελτία καιρού, ειδήσεις, εκπαιδευτικά προγράμματα κ.λπ.). Υποσημείωση βαθμολόγησης <i>Σκοράρετε «ΔΣ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) εάν δεν υπάρχει τηλεόραση ή ραδιόφωνο στο σπίτι</i>	2	1	0	ΔΣ	;
30	Μετράει τα ρέστα από μια συναλλαγή.	2	1	0	ΔΣ	;
31	Παρουσιάζει δεξιότητες χειρισμού ηλεκτρονικού υπολογιστή απαραίτητες για την εκτέλεση σύνθετων εργασιών (π.χ. χρήση επεξεργαστή κειμένου, περιήγηση στο Internet, εγκατάσταση λογισμικού κ.λπ.). Υποσημείωση βαθμολόγησης <i>Σκοράρετε «ΔΣ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) εάν δεν έχετε κομπιούτερ στο σπίτι</i>	2	1	0	ΔΣ	;
32	Αξιολογεί την ποιότητα και την τιμή όταν διαλέγει κάτι να αγοράσει.	2	1	0	ΔΣ	;
33	Υπακούει στα χρονικά όρια των διαλειμάτων (π.χ. διάλειμμα για φαγητό, καφέ κ.λπ.)	2	1	0	ΔΣ	;
34	Ταξιδεύει τουλάχιστον 7-15 χιλιόμετρα σε γνωστό προορισμό (με τοδήλατο, με μέσα μαζικής μεταφοράς, ή οδηγώντας)	2	1	0	ΔΣ	;
35	Δείχνει ότι κατανοεί το δικαίωμα να διαμαρτύρεται ή να αναφέρει δικαιολογημένα προβλήματα του, όταν δεν είναι ικανοποιημένος από υπηρεσίες ή καταστάσεις	2	1	0	ΔΣ	;
36	Εξοικονομεί το σχολείο ή τον προορισμό όταν θα αργήσει ή θα λείψει	2	1	0	ΔΣ	;
37	Κάνει οικονομία ή ελέγχει τον τραπεζικό λογαριασμό του υπεύθυνα (π.χ. κρατά κάποια χρήματα σε τραπεζικό λογαριασμό, διατηρεί το υπόλοιπο λογαριασμού προσεκτικά κ.λπ.)	2	1	0	ΔΣ	;
38	Ταξιδεύει τουλάχιστον 7 -15 χιλιόμετρα σε άγνωστο προορισμό (με τοδήλατο, μέσα μαζικής μεταφοράς, ή οδηγώντας)	2	1	0	ΔΣ	;
39	Κερδίζει χρήματα από ημιαπασχόληση (το λιγότερο 10 ώρες την εβδομάδα) για 1 έτος. Υποσημείωση βαθμολόγησης <i>ΜΗΝ ΣΚΟΡΑΡΕΤΕ ΤΟ !</i>	2	-	0	ΔΣ	;
40	Προσπαθεί να βελτιώσει την εργασιακή απόδοσή του μετά τη λήψη επικοδομητικής κριτικής από τον προϊστάμενο του. Υποσημείωση βαθμολόγησης <i>Σκοράρετε «ΔΣ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) εάν δεν έχει εργαστεί</i>	2	1	0	ΔΣ	;
41	Διαχειρίζεται τα χρήματά του (π.χ. πληρώνει τα περισσότερα ή όλα τα έξοδά του, χρησιμοποιεί επιταγές ή εντολές πληρωμής για τις αγορές του, ανάλογα με τις ανάγκες, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΣ	;
42	Έχει μείνει σε εργασία πλήρους απασχόλησης για 1 έτος. Υποσημείωση βαθμολόγησης <i>ΜΗΝ ΣΚΟΡΑΡΕΤΕ ΤΟ !</i>	2	-	0	ΔΣ	;
43	Κάνει οικονομικό προϋπολογισμό για τα μηνιαία έξοδα (π.χ. λογαριασμοί, νοίκιο, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΣ	;
44	Διαθέτει και χρησιμοποιεί προσωπική πιστωτική κάρτα με υπευθυνότητα (π.χ. δεν ξεπερνά το πιστωτικό όριο, πληρώνει στην ώρα του, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΣ	;

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ		Συχνά	Μετα-φυσικά	Ποτέ	Δεν ξέρω	Έχει προκύψει
Αρχική ηλικία 0-4	1 Κοιτάει στο πρόσωπο τον γονιό ή τον φροντιστή.	2	1	0	ΔΕ	;
	2 Παρακολουθεί (ακολουθεί με τα μάτια) κάποιον που κινείται δίπλα στην καρέφα ή το κρεβάτι, για 5 δευτερόλεπτα ή περισσότερο.	2	1	0	ΔΕ	;
	3 Δείχνει δύο ή περισσότερα συναισθήματα (π.χ. γέλαει, κλαίει, φωνάζει κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	4 Χαμογελάει ή βγάζει ήχους όταν προσεγγίζεται από ένα οικείο πρόσωπο.	2	1	0	ΔΕ	;
	5 Κάνει ή προσπαθεί να κάνει κοινωνική επαφή (για παράδειγμα χαμογελάει, βγάζει ήχους, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	6 Πλησιάζει ένα οικείο πρόσωπο όταν του απλώνει τα χέρια	2	1	0	ΔΕ	;
Αρχική ηλικία 5-15	7 Δείχνει προτίμηση για ορισμένους ανθρώπους και αντικείμενα (για παράδειγμα, χαμογελάει, απλώνει τα χέρια, κινείται προς τον άνθρωπο ή το αντικείμενο, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	8 Δείχνει στοργή σε οικεία πρόσωπα (π.χ. αγγίζει, αγκαλιάζει, φιλάει, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	9 Μιμείται ή προσπαθεί να μιμηθεί τις εκφράσεις του προσώπου του γονιού ή του φροντιστή (για παράδειγμα, χαμογελάει, συναφρώνεται, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	10 Κινείται στον καντινά χώρο, αναζητώντας τον γονιό ή τον φροντιστή ή άλλο οικείο πρόσωπο.	2	1	0	ΔΕ	;
	11 Δείχνει ενδιαφέρον για παιδιά της ίδιας ηλικίας, εκτός των αδελφών του (για παράδειγμα, τα παρακολουθεί, τους χαμογελά, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	12 Μιμείται απλές κινήσεις (για παράδειγμα, χροακρατεί, αποχαιρετά, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	13 Χρησιμοποιεί κινήσεις για να δείξει χαρά ή ανησυχία για τρίτους (για παράδειγμα, αγκαλιάζει, χτυπάει ελαφρά τον ώμο, κρατάει το χέρι κάποιου κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	14 Δείχνει την επιθυμία να ευχαριστήσει τους άλλους (για παράδειγμα, μοιράζεται τρόφιμα ή παιχνίδια, προσπαθεί να βοηθήσει ακόμα κι αν δεν μπορεί, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	15 Με τη συμπεριφορά του αναζητά φίλα με συναισθηματικούς (για παράδειγμα, λέει «Θέλεις να παίξουμε» ή πίνει ένα άλλο παιδί από το χέρι, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	16 Μιμείται σχετικά πολύπλοκες ενέργειες όπως αυτές που διενεργούνται από άλλα πρόσωπα (για παράδειγμα, κάνει ότι ζυμίζεται, ότι βάζεται, ότι καρφώνει με σφυρί, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	17 Απαντάει όταν γνωστοί ενήλικες του κάνουν φιλοκαυβέντα (για παράδειγμα, αν ερωτηθεί «Τι κάνεις» απαντάει «Είμαι καλά», αν του πουν «Τι άσπασες/ή που είσαι!» λέει «Ευχαριστώ», κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	18 Επαναλαμβάνει εκφράσεις που έχει ακούσει από ενήλικες (για παράδειγμα, «Αγάπη μου, γύρισε!» ή «Δεν έχει γλυκό αν δεν τελειώσεις το φαγητό», κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	19 Χρησιμοποιεί λέξεις για να εκφράσει τα συναισθήματα του(για παράδειγμα «Χαίρομαι», «Φαβιάμαι», κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
Αρχική ηλικία 16+	20 Έχει «καλλητούς» φίλους ή δείχνει προτίμηση για ορισμένους φίλους (και των δύο φύλων) έναντι άλλων.	2	1	0	ΔΕ	;
	21 Μιμείται σχετικά πολύπλοκες ενέργειες, αρκετές ώρες αφού είδε κάποιον άλλο να τις εκτελεί (για παράδειγμα, κάνει ότι ζυμίζεται, ότι βάζεται, ότι καρφώνει με σφυρί, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	22 Χρησιμοποιεί λέξεις για να εκφράσει χαρά ή ανησυχία για τρίτους (για παράδειγμα, λέει «Ναι! Νίκησες!» ή «Είσαι καλά», κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;
	23 Εισέρχεται όταν κάποιος χρειάζεται βοήθεια (για παράδειγμα, κρατάει την πόρτα ανοιχτή, σηκώνει αντικείμενα που έχουν πέσει, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΕ	;

24	Αναγνωρίζει τις προτιμήσεις και τις αντιπάθειες των άλλων (για παράδειγμα, λέει «Του Γιάννη του αρέσει το ποδόσφαιρο», «Η Ελένη δεν τρώει πίτσα», κτλ.).	2	1	0	ΔΞ	;
25	Δείχνει τα ίδια επίπεδα συναισθημάτων με άλλους γύρω του (για παράδειγμα, δεν υποτιμά ούτε υπερ-δραματοποιεί μια κατάσταση, κλπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
26	Διατηρεί άνετη απόσταση μεταξύ του εαυτού του και των άλλων σε κοινωνικές καταστάσεις (για παράδειγμα, δεν πλησιάζει υπερβολικά σε κάποιον όταν μιλάει, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
27	Μιλάει με άλλους για κοινά ενδιαφέροντα (για παράδειγμα, για αθλήματα, τηλεοπτικές εκπομπές, σχέδια για διακοπές, κτλ.).	2	1	0	ΔΞ	;
28	Ξεκινάει φιλοκαυθέντα με ανθρώπους που γνωρίζει (για παράδειγμα, λέει: «Τι κάνετε;», «Πώς πάει;», κτλ.).	2	1	0	ΔΞ	;
29	Συναντιέται με τους φίλους του τακτικά.	2	1	0	ΔΞ	;
30	Επιλέγει να μην κάνει σχόλια που προκαλούν αμηχανία, να μην λέει χυδαίες καυθέντες και να μην κάνει αγενείς ερωτήσεις δημοσίως.	2	1	0	ΔΞ	;
31	Έχει λογικές απαιτήσεις από τη φίλια (για παράδειγμα, δεν απαιτεί να είναι μοναδικός φίλος κάποιου ή να έχει το φίλο του πάντα διαθέσιμο, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
32	Καταλαβαίνει ότι οι άλλοι δεν γνωρίζουν τις σκέψεις του εάν δεν τις εκφράσει.	2	1	0	ΔΞ	;
33	Προσέχει όταν μιλάει για προσωπικά θέματα.	2	1	0	ΔΞ	;
34	Συνεργάζεται με άλλους για να σχεδιάσει ή να συμμετάσχει σε μια δραστηριότητα (π.χ. ένα πάρτυ γενεθλίων, μια αθλητική δραστηριότητα, κλπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
35	Καταλαβαίνει τα υπονοούμενα ή έμμεσα σχόλια σε μία συζήτηση (π.χ. γνωρίζει ότι όταν κάποιος χασμουριέται μπορεί να εννοεί «Βαριέμαι» ή ότι όταν κάποιος αλλάζει γρήγορα το θέμα μπορεί να σημαίνει «Δεν θέλω να μιλήσω γι' αυτό», κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
36	Ξεκινάει συζητήσεις με θέματα που ενδιαφέρουν άλλους (για παράδειγμα, «Ο Μιχάλης μου είπε ότι σε ενδιαφέρουν οι υπολαγιστές», κτλ.).	2	1	0	ΔΞ	;
37	Βγαίνει ραντεβού με μεγάλες παρέες.	2	1	0	ΔΞ	;
38	Βγαίνει μεμονωμένα ραντεβού.	2	1	0	ΔΞ	;

Αρχική
Ηλικία
0-7

ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ		Συχνά	Μερ. φορές	Ποτέ	Δεν ξέρω	Έχω πρόβλημα
1	Ανταποκρίνεται όταν ο γονιός ή ο φροντιστής θέλει να παίξει (για παράδειγμα, γελάει, χαμογελάει, χειροκρατάει, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
2	Δείχνει ενδιαφέρον για τον χώρο στον οποίο βρίσκεται (για παράδειγμα, κοιτάζει τριγύρω ή κινείται στον χώρο, αγγίζει αντικείμενα ή ανθρώπους, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
3	Παίζει απλά παιχνίδια αλληλεπίδρασης με άλλους (για παράδειγμα, καύκου! τσα!, γκίλι γκίλι, κτλ.).	2	1	0	ΔΞ	;
4	Παίζει κοντά σε ένα άλλο παιδί, κάνοντας όμως διαφορετικά πράγματα.	2	1	0	ΔΞ	;
5	Επιλέγει να παίξει με άλλα παιδιά (για παράδειγμα, δεν μένει στην άκρη μιας ομάδας, και δεν αποφεύγει τους άλλους).	2	1	0	ΔΞ	;
6	Συnergάζεται στο παιχνίδι με ένα ή περισσότερα παιδιά, μέχρι 5 λεπτά.	2	1	0	ΔΞ	;
7	Συnergάζεται στο παιχνίδι με περισσότερα από ένα παιδιά, περισσότερα από 5 λεπτά.	2	1	0	ΔΞ	;
8	Συνεχίζει να παίξει με κάποιο άλλο παιδί, γκρινιάζοντας λίγο, όταν φύγει ο γονέας ή ο φροντιστής.	2	1	0	ΔΞ	;
9	Μοιράζεται τα παιχνίδια και τα πράγματά του, όταν του ζητηθεί.	2	1	0	ΔΞ	;
10	Παίζει με άλλους με ελάχιστη επίβλεψη.	2	1	0	ΔΞ	;
11	Χρησιμοποιεί οικιακά ή άλλα αντικείμενα για φανταστικά παιχνίδια (για παράδειγμα, προσποιείται ότι ένας κύβος γίνεται αυτοκίνητο, ένα κουτί γίνεται σπίτι, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
12	Προστατεύει τον εαυτό του και απομακρύνεται από άλλους που προκαλούν υλικές ή σωματικές ζημιές (για παράδειγμα, όσους δαγκώνουν, πετάνε πράγματα, τραβάνε μαλλιά, κτλ.).	2	1	0	ΔΞ	;
13	Παίζει απλά φανταστικά παιχνίδια με άλλους (για παράδειγμα, παίζουν δοκιμάζοντας ρούχα, ή παριστάνουν ότι είναι υπερήρωες, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
14	Αναζητά άλλους για παιχνίδι ή συντροφιά (για παράδειγμα, προσκαλεί κόσμο στο σπίτι, πάει σε άλλα σπίτια, παίζει με άλλους στην παιδική	2	1	0	ΔΞ	;

Αρχική
Ηλικία
8-15

	χαρά, κ.λπ.).					
15	Γνωρίζει να παίξει παιχνίδια ή αθλήματα στα οποία πρέπει να περιμένει τη σειρά του.	2	1	0	ΔΞ	;
16	Παίζει μη τυπικά παιχνίδια σε εξωτερικούς χώρους (για παράδειγμα, σκονιάκι, κυνηγητό, κρυψτό, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
17	Μοιράζεται παιχνίδια και πράγματα χωρίς να του ζητηθεί.	2	1	0	ΔΞ	;
18	Ακολουθεί τους κανόνες απλών παιχνιδιών (για παράδειγμα, σκυταλοδρομίες, κρεμάλα, ηλεκτρονικά παιχνίδια, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
19	Περιμένει τη σειρά του χωρίς να του ζητηθεί.	2	1	0	ΔΞ	;
20	Παίζει απλά επιτραπέζια ή παιχνίδια με κάρτες που βασίζονται μόνο στην τύχη (για παράδειγμα, φιδάκι, μουντζούρης, αγωνία, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
21	Πηγαίνει σε διάφορα μέρη με τους φίλους του, με επίβλεψη ενηλίκων, κατά τη διάρκεια της ημέρας (π.χ. σε ένα εμπορικό κέντρο, στο πάρκο, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
22	Ζητάει άδεια πριν χρησιμοποιήσει αντικείμενα που ανήκουν σε άλλους ή χρησιμοποιούνται από άλλους.	2	1	0	ΔΞ	;
23	Αποφεύγει να μπει σε μια ομάδα όταν μη λεκτικές ενδείξεις υπονοούν ότι είναι ανεπιθύμητο.	2	1	0	ΔΞ	;
24	Παίζει απλά παιχνίδια που απαιτούν να κρατάει σκορ (για παράδειγμα, βολές, μονό μπασκετάκι κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
25	Επιδεικνύει ευγενή άμιλλα (δηλαδή, ακολουθεί τους κανόνες, δεν δείχνει επιθετικότητα, δίνει συγχρητηρία στην άλλη ομάδα αν κερδίσει, δεν θυμώνει αν χάσει).	2	1	0	ΔΞ	;
26	Παίζει περισσότερα από ένα επιτραπέζια, ηλεκτρονικά παιχνίδια ή παιχνίδια με κάρτες, που απαιτούν επιδεξιότητα και λήψη αποφάσεων (για παράδειγμα, Μονόπολι, χαρτιά κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
27	Πηγαίνει σε διάφορα μέρη με τους φίλους του το βράδυ, με επίβλεψη ενηλίκων (για παράδειγμα, σε μια συναυλία, αθλητική δραστηριότητα, ταινία, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;

Αρχική
Ηλικία
16+

28	Ακολουθεί τους κανόνες σε περίπλοκα παιχνίδια ή αθλήματα (για παράδειγμα, ποδόσφαιρο, βόλεϊ, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
29	Πηγαίνει σε διάφορα μέρη με τους φίλους του, χωρίς επίβλεψη ενηλίκων, κατά τη διάρκεια της ημέρας (π.χ. σε ένα εμπορικό κέντρο, στο πάρκο, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
30	Σχεδιάζει ψυχαγωγικές δραστηριότητες για τις οποίες πρέπει να κανονίσει περισσότερα από δύο πράγματα (π.χ. μια εκδρομή στην παραλία ή το πάρκο, για την οποία πρέπει να σχεδιάσει την μετακίνηση, τα τρόφιμα, αντικείμενα αναψυχής, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
31	Πηγαίνει σε διάφορα μέρη με τους φίλους του το βράδυ, χωρίς επίβλεψη ενηλίκων (π.χ. σε μια συναυλία, αθλητική δραστηριότητα, ταινία, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;

Αρχική ηλικία	ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ					Τέχνη	Εκπαίδευση
	Σκέψη	Μυθιστόρημα	Γλώσσα	Δεν ξέρω	Τέχνη		
1+	1	Στο σπίτι, περνάει εύκολα από την μια δραστηριότητα στην άλλη.	2	1	0	ΔΞ	;
	2	Λέει «Ευχαριστώ» όταν του δίνεται κάτι.	2	1	0	ΔΞ	;
	3	Αλλάζει τη συμπεριφορά του ανάλογα με το πόσο καλά γνωρίζει κάποιον (για παράδειγμα, συμπεριφέρεται διαφορετικά με την οικογένεια και διαφορετικά με ξένους, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	4	Μασάει με το στόμα κλειστό.	2	1	0	ΔΞ	;
	5	Λέει «Παρακαλώ» όταν ζητάει κάτι.	2	1	0	ΔΞ	;
	6	Τελειώνει σωστά τις συζητήσεις (για παράδειγμα, λέει «Γεια σου», «Τα λέμε μετά», κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	7	Καθαρίζει ή σκουπίζει το πρόσωπο και τα χέρια του κατά τη διάρκεια του γεύματος και/ή μετά απ' αυτό.	2	1	0	ΔΞ	;
	8	Αντιδρά κατάλληλα σε λογικές αλλαγές της καθημερινότητας (για παράδειγμα, αποφεύγει να γκρινιάζει, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	9	Ζητάει συγγνώμη για πράγματα που έχει κάνει κατά λάθος (για παράδειγμα, εάν πείσει πάνω σε κάποιον, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	10	Επιλέγει να μην κοροϊδεύει, προσβάλλει ή καταπιέζει.	2	1	0	ΔΞ	;
	11	Ενεργεί κατάλληλα όταν συστήνεται σε ξένους (για παράδειγμα, κουνά το κεφάλι, χαμογελά, δίνει το χέρι, χαιρετά, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	12	Αλλάζει το επίπεδο της φωνής ανάλογα με την κατάσταση και το χώρο όπου βρίσκεται (για παράδειγμα, στη βιβλιοθήκη, στο θέατρο, στο ανεμό, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	13	Ζητάει συγγνώμη όταν πληγώνει τα συναισθήματα κάποιου.	2	1	0	ΔΞ	;
	14	Αποφεύγει να μιλάει με την τροφή στο στόμα.	2	1	0	ΔΞ	;
	15	Μιλάει με άλλους χωρίς να διακόπτει ή να γίνεται αγενής.	2	1	0	ΔΞ	;
	16	Δέχεται χρήσιμες προτάσεις και λύσεις από άλλους.	2	1	0	ΔΞ	;
	17	Ελέγχει το θυμό και την απογοήτευσή του όταν τα σχέδια αλλάζουν από εξωγενείς παράγοντες (για παράδειγμα λόγω κακού καιρού, βλάβης στο αυτοκίνητο, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	18	Κρατάει μυστικά για περισσότερο από μία ημέρα.	2	1	0	ΔΞ	;
	19	Ζητάει συγγνώμη όταν κάνει κάποιο ακούσιο σφάλμα ή λάθος κρίσης (για παράδειγμα, όταν από λάθος βγάλει κάποιον έξω από ένα παιχνίδι, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	20	Κατανοεί ότι τα ελαφρά πράγματα με την οικογένεια και τους φίλους μπορεί να είναι μια μορφή χούμορ ή στοργής.	2	1	0	ΔΞ	;
	21	Μιλάει στον γονιό ή τον φροντιστή για τα σχέδιά του (για παράδειγμα,	2	1	0	ΔΞ	;

	λέει τότε φεύγει και τότε θα γυρίσει, πού πάει, κ.λπ.)					
22	Επιλέγει να αποφεύγει επικίνδυνες ή παρακινδυνευμένες δραστηριότητες (για παράδειγμα, δεν πηδάει από ψηλά, δεν παίρνει αγνώστους που κάνουν ωτοστόπ, δεν οδηγεί επικίνδυνα, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
23	Ελέγχει το θυμό και την απογοήτευσή του όταν δεν περνάει το δικό του (για παράδειγμα, εάν δεν το αφήνουν να δει τηλεόραση ή να πάει σε ένα πάρτυ - ή όταν απορριφθεί μια πρότασή του από φίλο ή τον επιβλέποντα του- κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
24	Ακολουθεί τις συμφωνίες μέχρι το τέλος τους (για παράδειγμα, εάν υποσχεθεί να συναντήσει κάποιον, φροντίζει να τον συναντήσει- κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
25	Σταματάει ή αποφεύγει σχέσεις και καταστάσεις που το πληγώνουν ή βλάπτουν (για παράδειγμα όταν το κοροϊδεύουν ή εκμεταλλεύονται σεξουαλικά ή οικονομικά, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
26	Ελέγχει το θυμό και την απογοήτευσή του όταν δέχεται επικοινωνιακή κριτική (για παράδειγμα, επιπλήξεις για λάθος συμπεριφορά, συζητήσεις για το βαθμό σε ένα διαγώνισμα, αξιολόγηση επίδοσης, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
27	Κρατάει μυστικά για όσο χρειαστεί.	2	1	0	ΔΞ	;
28	Σκέφτεται τι μπορεί να συμβεί πριν πάρει μια απόφαση (για παράδειγμα, αποφεύγει να δρο παρορμητικά, σκέφτεται για σημαντικές πληροφορίες, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
29	Κατανοεί την πιθανότητα κινδύνου και προσέχει όταν αντιμετωπίζει επικίνδυνες κοινωνικές καταστάσεις (για παράδειγμα, πάρτυ με αλκοόλ, σελίδες συζήτησης στο διαδίκτυο, προσωπικές αγγελίες, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
30	Δείχνει σεβασμό για τους συνεργάτες του (για παράδειγμα, δεν αποσπά ή διακόπτει τους άλλους όταν εργάζονται, δεν αργεί στις συναντήσεις, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;

ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Αρχική
Ηλικία
0-1

ΧΡΗΣΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΜΥΩΝ		Συχνά	Μερ. φορές	Ποτέ	Δεν ξέρω	Εξαιρετικά σπάνια
1	Συγκρατεί το κεφάλι όρθιο για τουλάχιστον 15 δευτερόλεπτα όταν το έχει αγκαλιά όρθιο ο γονέας ή ο φροντιστής	2	1	0	ΔΞ	;
2	Κάθεται υποστηριζόμενο (για παράδειγμα σε κάθισμα, με μαξιλάρια) για τουλάχιστον 1 λεπτό.	2	1	0	ΔΞ	;
3	Κάθεται χωρίς υποστήριξη για τουλάχιστον ένα λεπτό.	2	1	0	ΔΞ	;
4	Έρπει ή κινείται με το στομάχι πάνω στο πάτωμα.	2	1	0	ΔΞ	;
5	Κάθεται χωρίς υποστήριξη για τουλάχιστον 10 λεπτά.	2	1	0	ΔΞ	;
6	Ανασηκώνεται στη καθιστή θέση και κάθεται χωρίς υποστήριξη για τουλάχιστον 1 λεπτό.	2	1	0	ΔΞ	;
7	Μπουσουλάει για τουλάχιστον 1,5 μέτρο με τα χέρια και τα γόνατα, χωρίς το στομάχι του να ακουμπά το πάτωμα.	2	1	0	ΔΞ	;
8	Τραβάει τον εαυτό του σε όρθια θέση.	2	1	0	ΔΞ	;
9	Μπουσουλάει ανεβαίνοντας σκάλες.	2	1	0	ΔΞ	;
10	Κάνει τουλάχιστον δύο βήματα.	2	1	0	ΔΞ	;
11	Στέκεται μόνο για 1 έως 3 λεπτά.	2	1	0	ΔΞ	;
12	Κυλά μπάλα ενώ κάθεται.	2	1	0	ΔΞ	;

Αρχική Ηλικία 2-4	13	Σκαρφαλώνει και κατεβαίνει από χαμηλά αντικείμενα(π.χ. καρέκλα, σκαμνάκι, τσουλθώρα κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	14	Μπουσουλώνοντας κατεβαίνει σκάλες.	2	1	0	ΔΞ	;
	15	Στέκεται όρθια για τουλάχιστον 5 λεπτά.	2	1	0	ΔΞ	;
	16	Περπατά στο δωμάτιο· Μπορεί η βόδιση του να είναι ασταθής και να πέφτει περιστασιακά.	2	1	0	ΔΞ	;
	17	Πετά μπάλα.	2	1	0	ΔΞ	;
	18	Βαδίζει στο χώρο· χωρίς να χρειάζεται να στηριχτεί κάπου	2	1	0	ΔΞ	;
	19	Ανεβαίνει και κατεβαίνει σε καρέκλα ενήλικα.	2	1	0	ΔΞ	;
	20	Τρέχει χωρίς να πέφτει· μπορεί να είναι αδέξιο και ασυντόνιστο.	2	1	0	ΔΞ	;
	21	Ανεβαίνει σκαλοπάτια τοποθετώντας και τα δύο πόδια σε κάθε σκαλοπάτι· μπορεί να χρησιμοποιεί κουπαστή.	2	1	0	ΔΞ	;
	22	Κλωτσά μπάλα.	2	1	0	ΔΞ	;
Αρχική Ηλικία 5-6	23	Τρέχει ομαλά χωρίς να πέφτει.	2	1	0	ΔΞ	;
	24	Κατεβαίνει σκάλα, κοπώντας προς τα εμπρός, τοποθετώντας και τα δύο πόδια σε κάθε σκαλοπάτι· μπορεί να χρησιμοποιεί την κουπαστή.	2	1	0	ΔΞ	;
	25	Πηδά με τα δύο πόδια από το έδαφος.	2	1	0	ΔΞ	;
	26	Πετά μπάλα οποιαδήποτε μεγέθους προς συγκεκριμένη κατεύθυνση.	2	1	0	ΔΞ	;
	27	Πάνει μπάλα θαλάσσης με τα δύο χέρια από απόσταση 60-90 εκατοστών.	2	1	0	ΔΞ	;
	28	Ανεβαίνει σκάλα, με εναλλαγή ποδιών· μπορεί να χρησιμοποιεί την κουπαστή.	2	1	0	ΔΞ	;
	29	Κάνει πετάλι σε τρικύκλο παιχνίδι για τουλάχιστον 1,80 μέτρα.	2	1	0	ΔΞ	;
		Υποσημείωση βαθμολόγησης Σκαρφαίρει «ΔΞ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) στη περίπτωση που το παιδί δεν έχει τρικύκλο. Στη περίπτωση που υπάρχει δεξιοσυντονισμός, αλλά για κάποιο λόγο το παιδί δεν το οδηγεί, ή γιατί ο ενήλικας δεν κρίνει το παιδί έτοιμο να εμπλακεί, τότε σκαρφαίρει «0».	ΔΞ				

30	Πηδά με τα δύο ή το ένα πόδι προς τα εμπρός τουλάχιστον 3 φορές.	2	1	0	ΔΞ	;
31	Κάνει κουτσά χοροπηδώντας στο ένα πόδι για τουλάχιστον μία φορά χωρίς να πέφτει· μπορεί να στηρίζεται από κάτι ώστε να ισορροπεί.	2	1	0	ΔΞ	;
32	Ανεβαίνει και κατεβαίνει σε μεγάλα αντικείμενα (π.χ. σύνθετα όργανα παιδικής χαράς, σκάλα τσουλθώρας 1,5 μέτρα, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
33	Κατεβαίνει σκάλα με εναλλαγή ποδιών· μπορεί να χρησιμοποιεί την κουπαστή.	2	1	0	ΔΞ	;
34	Τρέχει ομαλά, με εναλλαγή στη ταχύτητα και την κατεύθυνση.	2	1	0	ΔΞ	;
35	Κάνει ποδήλατο με βοηθητικές ρόδες για τουλάχιστον 3 μέτρα.	2	1	0	ΔΞ	;
Υποσημείωση βαθμολόγησης Σκαρφαίρει «ΔΞ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) στη περίπτωση που το παιδί δεν έχει ποδήλατο. Στη περίπτωση που υπάρχει δεξιοσυντονισμός, αλλά για κάποιο λόγο το παιδί δεν το οδηγεί, ή γιατί ο ενήλικας δεν κρίνει το παιδί έτοιμο να εμπλακεί, τότε σκαρφαίρει «0».		ΔΞ				
36	Πάνει μπάλα θαλάσσης με τα δύο χέρια από απόσταση τουλάχιστον 1,80 μέτρα.	2	1	0	ΔΞ	;
37	Κάνει κουτσά εμπρός με ευκολία	2	1	0	ΔΞ	;
38	Χοροπηδά με εναλλαγή των ποδιών μπροστά για τουλάχιστον 1,5 μέτρα.	2	1	0	ΔΞ	;
39	Πάνει μπαλάκι του τένις (από απόσταση τουλάχιστον 3 μέτρων)· μετακινείται για να την πιάσει αν χρειαστεί.	2	1	0	ΔΞ	;
40	Κάνει ποδήλατο χωρίς βοηθητικές ρόδες χωρίς να πέφτει.	2	1	0	ΔΞ	;
Υποσημείωση βαθμολόγησης Σκαρφαίρει «ΔΞ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) στη περίπτωση που το παιδί δεν έχει ποδήλατο. Στη περίπτωση που υπάρχει δεξιοσυντονισμός, αλλά για κάποιο λόγο το παιδί δεν το οδηγεί, ή γιατί ο ενήλικας δεν κρίνει το παιδί έτοιμο να εμπλακεί, τότε σκαρφαίρει «0».		ΔΞ				

ΧΡΗΣΗ ΜΙΚΡΩΝ ΜΥΩΝ		Συχνά	Μερ. φορές	Ποτέ	Δεν ξέρω	Έχω πρόβλημα
Αρχική ηλικία 0-4	1 Προσεγγίζει με το χέρι του παιχνίδι ή αντικείμενο.	2	1	0	ΔΞ	;
	2 Μαζεύει μικρά αντικείμενα (όχι μεγαλύτερα από 5 εκ.)· μπορεί να χρησιμοποιεί και τα δύο χέρια	2	1	0	ΔΞ	;
	3 Μεταφέρει αντικείμενο από το ένα χέρι στο άλλο	2	1	0	ΔΞ	;
	4 Συμπιέζει αντικείμενο ή παιχνίδι που βγάζει ήχο ζουλώνοντας το	2	1	0	ΔΞ	;
	5 Πιάνει αντικείμενο χρησιμοποιώντας τον αντίχειρα και τα δάχτυλα.	2	1	0	ΔΞ	;
	6 Βγάζει αντικείμενα από δοχείο (π.χ. ένα κύβο, ένα μανταλάκι).	2	1	0	ΔΞ	;
	7 Τοποθετεί αντικείμενο μέσα σε δοχείο (π.χ. ένα κύβο, ένα μανταλάκι).	2	1	0	ΔΞ	;
	8 Γυρίζει σελίδες χαρτονένιου, υφασμάτινου ή χάρτινου βιβλίου, μία τη φορά.	2	1	0	ΔΞ	;
	9 Τοποθετεί τον ένα πάνω στον άλλο, τουλάχιστον 4 μικρούς κύβους ή μικρά αντικείμενα, χωρίς να πέσουν.	2	1	0	ΔΞ	;
	10 Ανοίγει πόρτες γυρίζοντας τη χειρολαβή.	2	1	0	ΔΞ	;
Αρχική ηλικία 5-6	11 Ξετυλίγει μικρά αντικείμενα (π.χ. τσίχλα ή καραμέλα).	2	1	0	ΔΞ	;
	12 Ολοκληρώνει απλά πάζλ με τουλάχιστον 2 κομμάτια σχήματα.	2	1	0	ΔΞ	;
	13 Γυρίζει σελίδες βιβλίου ή περιοδικού μία – μία.	2	1	0	ΔΞ	;
	14 Χρησιμοποιεί τη περιστροφική κίνηση του καρπού (π.χ. κουρδίζοντας κάποιο παιχνίδι ή βιδώνοντας/ ξεβιδώνοντας καπάκι βάζου, κ.λπ.)	2	1	0	ΔΞ	;
	15 Χρησιμοποιεί το μολύβι με τη σωστή σύλληψη (χωρίς τη χρήση της παλάμης) κατά το γράψιμο ή τη ζωγραφική.	2	1	0	ΔΞ	;
	16 Χρωματίζει απλά σχήματα· μπορεί να χρωματίζει και εκτός περιγράμματος.	2	1	0	ΔΞ	;
	17 Χτίζει τρισδιάστατες κατασκευές (π.χ. σπίτι, γέφυρα, όχημα κτλ) με τουλάχιστον 5 μικρούς κύβους.	2	1	0	ΔΞ	;
	18 Ανοίγει και κλείνει ψαλίδι με το ένα χέρι.	2	1	0	ΔΞ	;
	19 Κολλά δύο ή περισσότερα κομμάτια (π.χ. για καλλιτεχνική ή σχολική εργασία, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	20 Χρησιμοποιεί ταινία για να συγκρατήσει αντικείμενα μεταξύ τους (π.χ. ακισμένη σελίδα, τεχνική εργασία, κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	21 Σχεδιάζει περισσότερα από ένα αναγνωρίσιμα σχέδια (π.χ. άνθρωπο, σπίτι, δέντρο κ.λπ.). Υποσημείωση βαθμολόγησης 2 εάν σχεδιάζει δύο ή περισσότερες φάρμες 1 εάν σχεδιάζει μία φάρμα 0 εάν δεν σχεδιάζει αναγνωρίσιμες φάρμες	2	1	0	ΔΞ	;
	22 Φτιάχνει ευκρινή γράμματα ή αριθμούς.	2	1	0	ΔΞ	;
	23 Σχεδιάζει κύκλο αντιγράφοντας από πρότυπο .	2	1	0	ΔΞ	;
	24 Χρησιμοποιεί ψαλίδι για να κόψει πάνω σε ευθεία γραμμή.	2	1	0	ΔΞ	;
	25 Χρωματίζει απλά σχήματα μένοντας εντός περιγράμματος.	2	1	0	ΔΞ	;
	26 Κόβει με ψαλίδι απλά σχήματα (π.χ. κύκλο, τετράγωνο, ορθογώνιο κ.λπ.).	2	1	0	ΔΞ	;
	27 Σβήνει με γόμα χωρίς να σκίσει τη σελίδα	2	1	0	ΔΞ	;
	28 Σχεδιάζει τετράγωνο αντιγράφοντας από πρότυπο	2	1	0	ΔΞ	;
	29 Σχεδιάζει τρίγωνο αντιγράφοντας από πρότυπο	2	1	0	ΔΞ	;
	30 Δένει κόμπο.	2	1	0	ΔΞ	;
	31 Σχεδιάζει ευθείες γραμμές χρησιμοποιώντας χάρακα	2	1	0	ΔΞ	;

32	Ξεκλειδώνει διαφόρων τύπων κλειδαριές που απαιτούν στρίψιμο	2	1	0	ΔΞ	;
					ΔΣ	
Υποσημείωση βαθμολόγησης						
Σκοράρετε «ΔΣ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) στη περίπτωση που τα ανωτέρω δεν υπάρχουν στο σπίτι.						
33	Κάβει με ψαλίδι σύνθετα σχήματα (π.χ. αστέρια, ζώα, γράμματα κτλ)	2	1	0	ΔΞ	;
34	Χρησιμοποιεί πληκτρολόγιο, γραφομηχανή, οθόνη αφής για να γράψει το όνομα του ή μικρές λέξεις· κοιτώντας τα πλήκτρα.	2	1	0	ΔΞ	;
					ΔΣ	
Υποσημείωση βαθμολόγησης						
Σκοράρετε «ΔΣ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) στη περίπτωση που δεν υπάρχει υπολογιστής στο σπίτι.						
35	Δένει φιάγκο.	2	1	0	ΔΞ	;
36	Χρησιμοποιεί πληκτρολόγιο για να δακτυλογραφήσει 10 σειρές· κοιτώντας τα πλήκτρα.	2	1	0	ΔΞ	;
					ΔΣ	
Υποσημείωση βαθμολόγησης						
Σκοράρετε «ΔΣ» (ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ) στη περίπτωση που δεν υπάρχει υπολογιστής στο σπίτι.						

Γ. Κλίμακα μέτρησης της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες, DASS-21

Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995)

Greek version: Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011)

Αριθμός/ Κωδικός αριθμός συμμετέχοντος:

Ημερομηνία:

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0...1...2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1 Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

Ερωτήσεις

1. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου 0 1 2 3

2. Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό 0 1 2 3

3. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα 0 1 2 3

4. Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια) 0 1 2 3

5. Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα 0 1 2 3

6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα 0 1 2 3

7. Αισθάνθηκα τρεμούλα (π.χ. στα χέρια) 0 1 2 3

8. Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα 0 1 2 3

9. Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους 0 1 2 3

10. Ένωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον 0 1 2 3
11. Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος 0 1 2 3
12. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω 0 1 2 3
13. Ένωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος 0 1 2 3
14. Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα 0 1 2 3
15. Ένωσα πολύ κοντά στον πανικό 0 1 2 3
16. Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό 0 1 2 3
17. Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο 0 1 2 3
18. Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος 0 1 2 3
19. Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία) 0 1 2 3
20. Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος 0 1 2 3
21. Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα 0 1 2 3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3. DASS-21 Κατανομή ερωτήσεων των τριών παραμέτρων της κλίμακας.

DASS	Scoring Template
	S
	A
	D
	A
	D
	S
	A
	S
	A
	D
	S
	S
	D
	S
	A
	D
	D
	S
	A
	A
	D

Apply template to both sides of sheet and sum scores for each scale.
For short (21-item) version, multiply sum by 2.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4. Έντυπο ενημέρωσης των Υπευθύνων των επιλεγμένων δομών στην έρευνα.

Αγαπητέ/ή

Σας παρακαλώ, όπως προωθήσετε στους γονείς των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος που φοιτούν στη δομή ευθύνης σας, τα ερωτηματολόγια της παρούσας έρευνας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς (επικοινωνία, κοινωνικότητα, δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης). Τα αποτελέσματα της έρευνας θα συμβάλουν στην καλύτερη και πληρέστερη κατανόηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών. Τα δεδομένα είναι εμπιστευτικά και η ερευνήτρια βρίσκεται στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας και τη θετική συμβολή σας στην πραγμάτωση της συγκεκριμένης προσπάθειας.

Με εκτίμηση,

Φωτεινή Χριστοπούλου

Τηλ. Επικοινωνίας:

e-mail:

