



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

***Η ΓΟΝΕΪΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ
ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ
ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ***

ΧΡΗΣΤΟΣ ΧΑΡΜΠΑΤΣΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2025

***Η ΓΟΝΕΪΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ
ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ
ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ***

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Υποβλήθηκε στο Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών

Ημερομηνία προφορικής εξέτασης: 29-05-2025

«Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υποβάλλονται πραγματοποιείται σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του Ν.4624/19 και του Κανονισμού (ΕΕ)2016/2019. Το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων συλλέγει και επεξεργάζεται τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα αποκλειστικά στο πλαίσιο της υλοποίησης του σκοπού της παρούσας διαδικασίας. Για το χρονικό διάστημα που τα προσωπικά δεδομένα θα παραμείνουν στη διάθεση του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το υποκείμενο έχει τη δυνατότητα να ασκήσει τα δικαιώματά του σύμφωνα με τους όρους του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα 2016/679 (Ε.Ε.) και τα οριζόμενα στα άρθρα 34 και 35 Ν. 4624/2019. Υπεύθυνη Προσωπικών Δεδομένων του Ιδρύματος είναι η κα. Σταυρούλα Σταθαρά (email: dpo@uoi.gr)».

Η παρούσα διδακτορική διατριβή παρουσιάστηκε δημόσια την Πέμπτη 29 Μαΐου 2025 και ώρα 9.00 π.μ. διαδικτυακά και εξετάστηκε από επταμελή επιτροπή, η οποία ορίστηκε από τη Γενική Συνέλευση του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, 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 στη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς την συγγραφέα. Την επταμελή εξεταστική επιτροπή συνέθεσαν οι:

1. Σαρρής Δημήτριος, Αναπληρωτής Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Επιβλέπων Καθηγητής)
2. Παπαδόπουλος Κωνσταντίνος, Καθηγητής του Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής Πανεπιστημίου Μακεδονίας (Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής)
3. Ζάραγκας Χαρίλαος, Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής)
4. Κούτρας Βασίλειος, Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)
5. Θάνος Θεόδωρος, Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)
6. Βλοτινού Πηνελόπη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Εργοθεραπείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)
7. Σκορδίλης Μανώλης, Καθηγητής του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

© ΧΡΗΣΤΟΣ ΧΑΡΜΠΑΤΣΗΣ
Copyright © Χρήστος Χαρμπάτσης, 2025
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved
© ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**ΘΕΜΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ: «Η ΓΟΝΕΪΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΩΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ
ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ»**

**«Η έγκριση της παρούσας διδακτορικής διατριβής
από το Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέως»
(Ν.5343/1932, άρθρο 202, παρ. 2).**

*Στον Αδερφό μου και στην
Οικογένειά μου, στους
Σημαντικούς της Ζωής
μου.*

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση αυτής της διδακτορικής διατριβής αποτελεί ένα ορόσημο στη ζωή μου, μια διαδρομή γεμάτη γνώση, προκλήσεις, αφοσίωση και συνεχείς αναζητήσεις. Δεν ήταν όμως μια μοναχική πορεία. Αντίθετα, ήταν μια συλλογική προσπάθεια, αποτέλεσμα της αμέριστης υποστήριξης, της καθοδήγησης και της έμπνευσης που δέχτηκα από σπουδαίους ανθρώπους, στους οποίους οφείλω βαθιά ευγνωμοσύνη.

Καταρχάς, εκφράζω την απέραντη ευγνωμοσύνη μου στον επιβλέποντα Καθηγητή μου, κ. Δημήτριο Σαρρή, Αναπληρωτή Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ο οποίος με την πολύτιμη καθοδήγηση, τις γνώσεις και την επιστημονική του κατάρτιση με βοήθησε να διαμορφώσω και να εξελίξω αυτή τη μελέτη. Ο κ. Σαρρής είναι η επιτομή του ακαδημαϊκού που υπηρετεί την επιστήμη με ακεραιότητα, πάθος και αφοσίωση. Η καθοδήγησή του δεν περιορίστηκε ποτέ απλώς σε επιστημονικές συμβουλές· αντίθετα, υπήρξε μια συνεχής πηγή έμπνευσης που με ώθησε να ξεπεράσω τα όριά μου. Η επιμονή του στην αριστεία, η προσήλωσή του στην ουσία της έρευνας και η βαθιά του κατανόηση για τη σημασία της επιστήμης ως κοινωνικής προσφοράς αποτελούν για μένα ένα πολύτιμο παράδειγμα.

Θερμές ευχαριστίες οφείλω επίσης στον κ. Κωνσταντίνο Παπαδόπουλο, Καθηγητή του Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και μέλος της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, για τη συνεργασία μας, την υποστήριξη που μου παρείχε και τις καίριες και εποικοδομητικές παρατηρήσεις του. Η συνεισφορά του στη διαμόρφωση της μελέτης μου υπήρξε καθοριστική, καθώς με τις στοχευμένες επισημάνσεις του και την αδιάκοπη υποστήριξή του με βοήθησε να εξελίξω την ερευνητική μου σκέψη.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω και στον κ. Χαρίλαο Ζάραγκα, Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και μέλος της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, του οποίου η συμβολή υπήρξε εξίσου ανεκτίμητη. Η βαθιά του γνώση, η μεθοδικότητά του και η αφοσίωσή του στην επιστήμη υπήρξαν πολύτιμα εφόδια στη δική μου πορεία. Οι πολύτιμες συμβουλές του, η ενθάρρυνσή του και η προθυμία του να με βοηθήσει με ώθησαν να συνεχίσω με επιμονή και αφοσίωση μέχρι την ολοκλήρωση της διατριβής.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές/μέλη της Επταμελούς Επιτροπής, τον κ. Κούτρα, τον κ. Θάνο, την κ. Βλοτινού και τον κ. Σκορδίλη, για τη συμμετοχή τους στη διαδικασία της αξιολόγησης και τις εμπειριστατωμένες παρεμβάσεις τους.

Με βαθιά ευγνωμοσύνη, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στους γονείς μου και τη σύζυγό μου, που υπήρξαν το σταθερό μου στήριγμα σε όλη τη διάρκεια αυτής της μακράς και απαιτητικής διαδρομής. Ιδιαίτερα, τους ευχαριστώ που με την κατανόηση, την υποστήριξη και την αστείρευτη υπομονή με βοήθησαν να παραμείνω προσηλωμένος στους στόχους μου, υπενθυμίζοντάς μου καθημερινά τη σημασία της ισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ξεκούρασης.

Τέλος, ένα τεράστιο ευχαριστώ οφείλω στα παιδιά με αναπηρία που συμμετείχαν στην έρευνά μου. Η συνεισφορά τους δεν ήταν απλώς δεδομένα και στατιστικές. Ήταν ένα ανεκτίμητο δώρο που μου επέτρεψε να δω τον κόσμο μέσα από τα μάτια τους. Κάθε παιδί που συμμετείχε σε αυτή τη μελέτη με δίδαξε πολύ περισσότερα από όσα θα μπορούσα να μάθω από βιβλία και άρθρα. Η δύναμή τους, το χαμόγελό τους και η αποφασιστικότητά τους να ξεπερνούν τις δυσκολίες της καθημερινότητας αποτελούν για μένα μια αστείρευτη πηγή έμπνευσης. Αυτά τα παιδιά δεν είναι απλώς υποκείμενα μιας επιστημονικής έρευνας. Είναι ήρωες που με την καθημερινή τους προσπάθεια δείχνουν τι σημαίνει αληθινή δύναμη και αντοχή. Εύχομαι η παρούσα διατριβή να συμβάλει, έστω και στο ελάχιστο, στη βελτίωση της ζωής τους, στην κατανόηση των αναγκών τους και στη δημιουργία ενός κόσμου πιο δίκαιου, πιο συμπεριληπτικού και πιο ανοιχτού για όλους.

Η διατριβή αυτή δεν είναι αποκλειστικά δικό μου έργο. Είναι το αποτέλεσμα της συνεργασίας, της στήριξης και της εμπιστοσύνης όλων των παραπάνω ανθρώπων. Σε όλους αυτούς οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ.

Χρήστος Χαρμπάτσης
Ιωάννινα, Μάιος 2025

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα παιδιά με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία αντιμετωπίζουν προκλήσεις τις οποίες για να αντιμετωπίσουν απαιτείται η ενδυνάμωση της προσωπικότητάς τους και υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον.

Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης της γονεϊκής προσκόλλησης στη διαμόρφωση της προσωπικότητας ατόμων με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι στρεσογόνες καταστάσεις που συναντάνε.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μία πρωτογενής, διατομεακή, ποσοτική έρευνα συσχέτισης. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ΣΑΚΑ για τις στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων, η κλίμακα Ε-ΔΙΠΡΟΠ για τα στοιχεία της προσωπικότητας και η κλίμακα ΡΒΙ για την γονεϊκή προσκόλληση. Στην έρευνα συμμετείχαν 179 παιδιά (85 αγόρια, 94 κορίτσια) με οπτική, ακουστική ή κινητική αναπηρία, 8-18 ετών, τα οποία στη πλειοψηφία τους διαμένουν σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές και έχουν αδέρφια. Η πλειοψηφία των γονέων των παιδιών με αναπηρίες ήταν περίπου 40 ετών, με επίπεδο εκπαίδευσης Λυκείου ή Πανεπιστημίου, εργαζόμενοι και παντρεμένοι. Χρησιμοποιήθηκε επίσης και ένα δείγμα ελέγχου 99 παιδιών τυπικής ανάπτυξης, χωρίς αναπηρίες με παρόμοια χαρακτηριστικά με αυτά των παιδιών με αναπηρίες, προκειμένου να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε σημαντικότητα 5% χρησιμοποιώντας μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, οι συμπαγείς οικογενειακοί δεσμοί και η αγροτική περιοχή κατοικίας συντελούν στην αύξηση της φροντίδας των παιδιών με αναπηρίες και στην διαμόρφωση των θετικών στοιχείων της προσωπικότητάς τους. Η φροντίδα των γονέων προωθεί τα θετικά στοιχεία της προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες και την ορθή αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Αντίθετα, η υπερπροστατευτικότητα του πατέρα αναμένεται να κάνει τα παιδιά με αναπηρίες εσωστρεφή και με χαμηλότερη νόηση και να οδηγήσει σε επιλογή παθητικών στρατηγικών. Η συναισθηματική σταθερότητα, η προσήνεια, η ευσυνειδησία και η εξωστρέφεια συντελούν στην ορθή επιλογή στρατηγικής για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των παιδιών με αναπηρίες. Περισσότερο ευάλωτη ομάδα αναδείχτηκαν τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες και ως λιγότερο τα παιδιά με

οπτικές αναπηρίες αναφορικά με τα στοιχεία της προσωπικότητας και την ικανότητα ορθής επιλογής στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων. Τα παιδιά με αναπηρίες ηλικίας 8-10 ετών εμφάνισαν μεγαλύτερη ευσυνειδησία και υψηλότερη προσήνεια σε σύγκριση με τα παιδιά με αναπηρίες ηλικίας 11-18 ετών.

Συμπεράσματα: Στοχευμένες παρεμβάσεις απαιτούνται σε παιδιά α) με κινητικά προβλήματα, β) ηλικίας 11-18 ετών, γ) που έχουν γονείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, δ) που έχουν γονείς οι οποίοι δεν είναι παντρεμένοι. Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται να μην είναι υπερπροστατευτικοί αλλά να καλλιεργούν την φροντίδα προς τα παιδιά τους και να προωθούν τα θετικά στοιχεία της προσωπικότητας όπως η συναισθηματική σταθερότητα, η προσήνεια, η ευσυνειδησία και η εξωστρέφεια. Η αγροτική περιοχή κατοικίας αναμένεται να συντελέσει θετικά στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που συναντάνε τα παιδιά με αναπηρίες.

Λέξεις κλειδιά: Γονεϊκή προσκόλληση, Στοιχεία προσωπικότητας, Αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, Παιδιά με αναπηρίες

ABSTRACT

Introduction: Children with visual, auditory and motor disabilities face challenges that require the strengthening of their personality and support from the family environment to overcome.

Aim: The study of the effect of parental bonding on the formulation of the personality of individuals with visual, auditory and motor disabilities, in order to address the stressful situations, they encounter.

Methodology: A primary, cross-sectional, quantitative correlational study was conducted. The SAKA scale was used for problem-solving strategies, the E-DIPROP scale for personality traits, and the PBI scale for parental bonding. The study involved 179 children (85 boys, 94 girls) with visual, auditory or motor disabilities, aged 8-18, the majority of whom reside in rural or semi-urban areas and have siblings. The majority of parents of children with disabilities were around 40 years old, with a high school or university education level, employed and married. A control sample of 99 typically developing children without disabilities with similar characteristics to those

of the children with disabilities was also used for comparisons. Data analysis was performed at a significance level of 5% using multiple linear regression models.

Results: The educational level of the parents, solid family ties and the rural area of residence contribute to the increase in the care of children with disabilities and the formation of positive elements of their personality. Parental care promotes the positive aspects of the personality of children with disabilities and the correct coping with their problems. Conversely, overprotectiveness of the father is expected to make children with disabilities introverted and with lower intelligence and lead to the selection of passive strategies. Emotional stability, agreeableness, conscientiousness and extroversion contribute to the correct choice of strategy for dealing with the problems of children with disabilities. Children with motor disabilities emerged as the most vulnerable group and children with visual disabilities as the least vulnerable group in terms of personality traits and the ability to correctly select problem-solving strategies. Children with disabilities aged 8-10 years showed greater conscientiousness and higher agreeableness compared to children with disabilities aged 11-18 years.

Conclusions: Targeted interventions are required for children a) with motor problems, b) aged 11-18 years, c) who have parents with a low educational level, d) who have parents who are not married. Parents should be encouraged not to be overprotective but to cultivate care for their children and promote positive personality traits such as emotional stability, agreeableness, conscientiousness and extroversion. The rural area of residence is expected to contribute positively to addressing the challenges encountered by children with disabilities.

Keywords: Parental bonding, Personality traits, Coping with stressful situations, Children with disabilities

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	viii
ABSTRACT.....	ixx
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	xviii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	xxviii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	xxxiii
ΜΕΡΟΣ Α: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	xxxv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΟΝΕΪΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ.....	1
1.1. Θεωρία και τυπολογία της προσκόλλησης.....	1
1.2. Χαρακτηριστικά προσκόλλησης.....	4
1.2.1. Χαρακτηριστικά ασφαλούς προσκόλλησης.....	4
1.2.2. Χαρακτηριστικά ανασφαλούς προσκόλλησης.....	6
1.3. Εσωτερικά Ενεργά Μοντέλα Προσκόλλησης.....	7
1.4. Προσκόλληση και Ενήλικη Ζωή.....	9
1.4.1. Τύποι προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή.....	10
1.5. Η Προσκόλληση κατά την Ύστερη Εφηβική Ηλικία και την Πρώτη Νεότητα 12	
1.5.1. Διατήρηση προσκόλλησης προς τους γονείς κατά την εφηβική ηλικία και την πρώτη νεότητα.....	14
1.6. Σχέση γονεϊκής προσκόλλησης με την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων.....	16
1.7. Έρευνες για τη γονεϊκή προσκόλληση και το P.B.I. σε παιδιά με και χωρίς αναπηρίες.....	20
1.7.1. Το P.B.I. σε παιδιά με και χωρίς αναπηρίες.....	20
1.7.2. Η γονεϊκή προσκόλληση σε παιδιά με και χωρίς αναπηρίες.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ.....	32
2.1. Ορισμοί της Προσωπικότητας.....	32
2.2. Βιολογικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.....	34
2.3. Τύποι Προσωπικότητας.....	36
2.4. Θεωρίες Προσωπικότητας.....	39
2.4.1. Θεωρία Γνωρισμάτων Προσωπικότητας.....	39

2.4.2. Θεωρία Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας του Allport.....	41
2.4.3. Θεωρία Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας του Eysenck.	43
2.4.4. Θεωρία Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας του Cattell	46
2.5. Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων και το Ερωτηματολόγιο Μπεξεβέγκη- Παυλόπουλου	48
2.5.1. Το Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων	48
2.5.2. Το μοντέλο των Πέντε Παραγόντων (NEO-PI) και το ερωτηματολόγιο Μπεξεβέγκη & Παυλόπουλου	50
2.6. Έρευνες για την παιδική προσωπικότητα σε παιδιά με και χωρίς αναπηρίες ...	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	60
3.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση	60
3.2. Άγχος-Στρες: Ορισμοί, Μοντέλα και Διαφορές.....	61
3.2.1. Μοντέλα άγχους	62
3.3. Το άγχος στην παιδική και εφηβική ζωή	64
3.4. Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων	67
3.5. Παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων	70
3.5.1. Φύλο	71
3.5.2. Ηλικία.....	71
3.5.3. Οικογένεια	73
3.5.4. Προσωπικότητα.....	74
3.5.5. Κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου – αυτοεκτίμηση.....	75
3.5.6. Περιβαλλοντικές συνθήκες και είδος του ερεθίσματος.....	76
3.5.7. Κοινωνική υποστήριξη.....	77
3.5.8. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο	78
3.6. Έρευνες για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων σε παιδιά με και χωρίς αναπηρία.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΑΠΗΡΙΑ	84
4.1. Ορισμοί αναπηρίας.....	84
4.2. Μοντέλα αναπηρίας	86
4.3. Αναπηρία και αυτονομία	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	89
5.1. Ορισμοί τύφλωσης και μειωμένης όρασης	89
5.1.1. Ο νομικός ορισμός της τύφλωσης.....	90
5.1.2. Ο εκπαιδευτικός ορισμός της τύφλωσης-μερικής όρασης.....	91
5.2. Πληθυσμός των τυφλών-Αίτια οπτικής αναπηρίας.....	93

5.3. Επιπτώσεις οπτικής αναπηρίας-Αντιμετώπιση Τύφλωσης.....	98
5.4. Χαρακτηριστικά ατόμων με οπτική αναπηρία.....	103
5.5. Αξιολόγηση και αναπτυξιακές δυσκολίες παιδιών με Οπτική Αναπηρία	109
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	113
6.1. Ορισμοί κώφωσης - βαρηκοΐας.....	113
6.1.1. Εκπαιδευτικός ορισμός κωφού – βαρήκοου	113
6.1.2. Ιατρικοί ορισμοί	114
6.2. Αίτια ακουστικής αναπηρίας	117
6.3. Πληθυσμός των κωφών.....	119
6.4. Χαρακτηριστικά ατόμων με ακουστική αναπηρία.....	120
6.5. Μέθοδοι Επικοινωνίας κωφών/ βαρήκοων ατόμων-Ελληνική Νοηματική Γλώσσα.....	122
6.6. Απώλεια ακοής σε παιδιά και ενήλικες-Εκπαίδευση ατόμων με ακουστική αναπηρία.....	126
6.7. Οικογένεια και κώφωση.....	128
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	132
7.1. Ορισμοί και συχνότητα εμφάνισης κινητικής/σωματικής αναπηρίας.....	132
7.2. Τύποι και αίτια κινητικής/σωματικής αναπηρίας.....	133
7.3. Χαρακτηριστικά ατόμων με κινητική/σωματική αναπηρία	146
ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	151
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	152
8.1. Σκοπός-Ερευνητικά ερωτήματα	152
8.2. Πρωτοτυπία έρευνας	152
8.3. Σχεδιασμός έρευνας	153
8.4. Ερευνητικά εργαλεία.....	155
8.5. Δείγμα έρευνας και Διαδικασία συλλογής δεδομένων	171
8.5.1. Δημογραφικά στοιχεία παιδιών	173
8.5.2. Δημογραφικά στοιχεία γονιών.....	174
8.5.3. Αναπηρία παιδιών	179
8.6. Μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων.....	186
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	192
9.1. Περιγραφική στατιστική παιδιών με αναπηρίες	192
9.1.1. Γονεϊκή προσκόλληση (PBI).....	192
9.1.2. Περιστατικό προβλήματος.....	198
9.1.3. Αντιμετώπιση προβλημάτων (ΣΑΚΑ).....	199

9.1.4.	E-ΔΙΠΡΟΠΕ9 (8-10 ετών)	205
9.1.4.1.	Συναισθηματική αντιδραστικότητα	205
9.1.4.2.	Ευσυνειδησία	209
9.1.4.3.	Προσήγεια	212
9.1.4.4.	Εξωστρέφεια.....	215
9.1.5.	E-ΔΙΠΡΟΠΕ12 (11-18 ετών).....	221
9.1.5.1.	Συναισθηματική αντιδραστικότητα	221
9.1.5.2.	Ευσυνειδησία	224
9.1.5.3.	Προσήγεια	227
9.1.5.4.	Εξωστρέφεια.....	230
9.1.5.5.	Διανοητική ανάπτυξη.....	232
9.2.	Επαγωγική στατιστική για παιδιά με αναπηρίες	235
9.2.1.	Περιγραφικά στοιχεία παραγόντων και 95% δ.ε.	235
9.2.1.1.	PBI	235
9.2.1.2.	ΣΑΚΑ.....	236
9.2.1.3.	Στοιχεία Προσωπικότητας	237
9.2.2.	Επίδραση στους παράγοντες PBI	241
9.2.2.1.	Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών.....	241
9.2.2.2.	Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών	244
9.2.2.3.	Επίδραση αναπηρίας παιδιών.....	253
9.2.2.4.	Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων	255
9.2.3.	Επίδραση στην Συναισθηματική αντιδραστικότητα.....	258
9.2.3.1.	Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών.....	258
9.2.3.2.	Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών	260
9.2.3.3.	Επίδραση αναπηρίας παιδιών.....	267
9.2.3.4.	Επίδραση PBI.....	271
9.2.3.5.	Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων	271
9.2.4.	Επίδραση στην Ευσυνειδησία	274
9.2.4.1.	Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών.....	274
9.2.4.2.	Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών	277
9.2.4.3.	Επίδραση αναπηρίας παιδιών.....	287
9.2.4.4.	Επίδραση PBI.....	290
9.2.4.5.	Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων	290
9.2.5.	Επίδραση στην Προσήγεια	294
9.2.5.1.	Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών.....	294

9.2.5.2.	<i>Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών</i>	299
9.2.5.3.	<i>Επίδραση αναπηρίας παιδιών.....</i>	308
9.2.5.4.	<i>Επίδραση PBI.....</i>	313
9.2.5.5.	<i>Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων</i>	314
9.2.6.	<i>Επίδραση στην Εξωστρέφεια</i>	319
9.2.6.1.	<i>Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών.....</i>	319
9.2.6.2.	<i>Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών</i>	322
9.2.6.3.	<i>Επίδραση αναπηρίας παιδιών.....</i>	329
9.2.6.4.	<i>Επίδραση PBI.....</i>	332
9.2.6.5.	<i>Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων</i>	332
9.2.7.	<i>Επίδραση στην Διανοητική ανάπτυξη</i>	336
9.2.7.1.	<i>Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών.....</i>	336
9.2.7.2.	<i>Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών</i>	339
9.2.7.3.	<i>Επίδραση αναπηρίας παιδιών.....</i>	344
9.2.7.4.	<i>Επίδραση PBI.....</i>	348
9.2.7.5.	<i>Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων</i>	348
9.2.8.	<i>Επίδραση στην Αντιμετώπιση προβλημάτων (ΣΑΚΑ)</i>	352
9.2.8.1.	<i>Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών.....</i>	352
9.2.8.2.	<i>Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών</i>	355
9.2.8.3.	<i>Επίδραση αναπηρίας παιδιών.....</i>	365
9.2.8.4.	<i>Επίδραση PBI.....</i>	370
9.2.8.5.	<i>Επίδραση των παραγόντων της προσωπικότητας</i>	371
9.2.8.6.	<i>Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων</i>	372
9.3.	<i>Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες</i>	382
9.3.1.	<i>Δημογραφικά στοιχεία παιδιών</i>	382
9.3.2.	<i>Δημογραφικά στοιχεία γονιών.....</i>	383
9.3.3.	<i>PBI.....</i>	383
9.3.4.	<i>Αντιμετώπιση προβλημάτων (ΣΑΚΑ).....</i>	384
9.3.5.	<i>Στοιχεία Προσωπικότητας.....</i>	385
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	387
10.1.	<i>Συζήτηση</i>	387
10.2.	<i>Περιορισμοί έρευνας.....</i>	428
10.3.	<i>Μελλοντική έρευνα.....</i>	428
10.4.	<i>Σύνοψη</i>	428
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	430

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	430
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ	487
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	492
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ-ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	512

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Ανάλυση αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach Alpha για την κλίμακα PBI.....	156
Πίνακας 2: Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση για την κλίμακα PBI για την μητέρα.....	157
Πίνακας 3: Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση για την κλίμακα PBI για τον πατέρα.....	158
Πίνακας 4: Ανάλυση αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach Alpha για την κλίμακα ΣΑΚΑ.....	160
Πίνακας 5: Επιβεβαιωτική Παραγοντική ανάλυση για την κλίμακα ΣΑΚΑ.....	162
Πίνακας 6: Ανάλυση αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach Alpha για την κλίμακα Ε-ΔΠΡΟΠΕ9	167
Πίνακας 7: Ανάλυση αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach Alpha για την κλίμακα Ε-ΔΠΡΟΠΕ12 ..	171
Πίνακας 8: Δημογραφικά στοιχεία παιδιών	173
Πίνακας 9: Δημογραφικά στοιχεία γονιών	174
Πίνακας 10: Είδος αναπηρίας παιδιών	179
Πίνακας 11: Έλεγχος κανονικότητας των παραγόντων για τα παιδιά με αναπηρίες.....	188
Πίνακας 12: Έλεγχος κανονικότητας των παραγόντων για το σύνολο του δείγματος.....	191
Πίνακας 13: Φροντίδα μητέρας.....	193
Πίνακας 14: Υπερπροστατευτικότητα μητέρας.....	194
Πίνακας 15: Φροντίδα πατέρα	196
Πίνακας 16: Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	197
Πίνακας 17: Πρόβλημα	198
Πίνακας 18: Οικογενειακή στήριξη	200
Πίνακας 19: Αποφυγή-Λήθη	200
Πίνακας 20: Αδυναμία-Παραίτηση	201
Πίνακας 21: Λύση προβλήματος.....	202
Πίνακας 22: Απομόνωση.....	203
Πίνακας 23: Αναζήτηση βοήθειας	204
Πίνακας 24: Αναθεώρηση – Ανασύνταξη.....	205
Πίνακας 25: Διαγωγή	206
Πίνακας 26: Ατομισμός/Εγωισμός.....	207
Πίνακας 27: Συναισθηματική αστάθεια	208
Πίνακας 28: Επιμέλεια	210
Πίνακας 29: Κίνητρα απόδοσης	211
Πίνακας 30: Σχολική επάρκεια	212
Πίνακας 31: Συμμόρφωση.....	213
Πίνακας 32: Εγκαρδιότητα.....	214
Πίνακας 33: Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	215
Πίνακας 34: Απόσυρση	216
Πίνακας 35: Δραστηριότητα	216
Πίνακας 36: Κοινωνικότητα.....	217

Πίνακας 37: Νόηση	218
Πίνακας 38: Αυτοπεποίθηση	219
Πίνακας 39: Κυριαρχία/Επιβολή.....	220
Πίνακας 40: Διαγωγή	222
Πίνακας 41: Ατομισμός/Εγωισμός.....	223
Πίνακας 42: Συναισθηματική αστάθεια	224
Πίνακας 43: Επιμέλεια	225
Πίνακας 44: Κίνητρα απόδοσης	226
Πίνακας 45: Σχολική επάρκεια	226
Πίνακας 46: Συμμόρφωση.....	227
Πίνακας 47: Αλτρονισμός.....	228
Πίνακας 48: Ευσυγκινησία.....	229
Πίνακας 49: Απόσυρση	230
Πίνακας 50: Εγκαρδιότητα.....	231
Πίνακας 51: Κοινωνικότητα.....	231
Πίνακας 52: Νόηση	232
Πίνακας 53: Αυτοπεποίθηση	233
Πίνακας 54: Δεκτικότητα σε εμπειρίες	234
Πίνακας 55: Περιγραφικά παραγόντων της κλίμακας PBI και 95% δ.ε.....	235
Πίνακας 56: Περιγραφικά παραγόντων της κλίμακας ΣΑΚΑ και 95% δ.ε.....	236
Πίνακας 57: Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» και 95% δ.ε.	237
Πίνακας 58: Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Ευσυνειδησία» και 95% δ.ε.	238
Πίνακας 59: Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Προσήνεια» και 95% δ.ε.....	239
Πίνακας 60: Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Εξωστρέφεια» και 95% δ.ε.	240
Πίνακας 61: Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Διανοητική ανάπτυξη» και 95% δ.ε.	240
Πίνακας 62: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς το φύλο παιδιού.....	241
Πίνακας 63: Σύγκριση παραγόντων PBI ως προς την ηλικία παιδιού.....	242
Πίνακας 64: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς τον τόπο κατοικίας.....	243
Πίνακας 65: «Φροντίδα πατέρα» ως προς τον τόπο κατοικίας, Post Hoc Bonferroni.....	243
Πίνακας 66: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς την ύπαρξη αδελφών	244
Πίνακας 67: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι.....	244
Πίνακας 68: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της ηλικίας γονιών	244
Πίνακας 69: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	245
Πίνακας 70: «Φροντίδα μητέρας» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni..	246
Πίνακας 71: «Φροντίδα πατέρα» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni....	246
Πίνακας 72: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	247
Πίνακας 73: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς το επάγγελμα μητέρας.....	248

Πίνακας 74: «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» ως προς το επάγγελμα μητέρας, Pot Hoc Bonferroni	248
Πίνακας 75: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς το επάγγελμα πατέρα	249
Πίνακας 76: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	250
Πίνακας 77: «Φροντίδα μητέρας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni	250
Πίνακας 78: «Φροντίδα πατέρα» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni	251
Πίνακας 79: Σύγκριση παραγόντων PBI ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα.....	252
Πίνακας 80: «Φροντίδα μητέρας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni	252
Πίνακας 81: «Φροντίδα πατέρα» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni	252
Πίνακας 82: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς το είδος αναπηρίας.....	253
Πίνακας 83: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας	254
Πίνακας 84: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	254
Πίνακας 85: Συσχέτιση των παραγόντων PBI με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας.....	254
Πίνακας 86: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας	255
Πίνακας 87: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Φροντίδα μητέρας»	255
Πίνακας 88: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» για άτομα με ακουστική αναπηρία	256
Πίνακας 89: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Φροντίδα πατέρα»	257
Πίνακας 90: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα»	258
Πίνακας 91: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το φύλο παιδιού.....	258
Πίνακας 92: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την ηλικία παιδιού.....	258
Πίνακας 93: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς τον τόπο κατοικίας	259
Πίνακας 94: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την ύπαρξη αδελφών.....	259
Πίνακας 95: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι.....	260
Πίνακας 96: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας και ηλικίας γονιών.....	260
Πίνακας 97: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας.....	260
Πίνακας 98: «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni	261

Πίνακας 99: «Διαγωγή» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni	261
Πίνακας 100: «Συναισθηματική αστάθεια» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc LSD	261
Πίνακας 101: Σύγκριση της παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	262
Πίνακας 102: «Διαγωγή» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα, Pot Hoc Bonferroni	263
Πίνακας 103: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το επάγγελμα μητέρας.....	264
Πίνακας 104: Σύγκριση παραγόντων συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το επάγγελμα πατέρα	264
Πίνακας 105: «Συναισθηματική αστάθεια» ως προς το επάγγελμα πατέρα, Post Hoc LSD.....	265
Πίνακας 106: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	266
Πίνακας 107: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα.....	267
Πίνακας 108: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το είδος αναπηρίας.....	268
Πίνακας 109: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας	268
Πίνακας 110: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας.....	269
Πίνακας 111: Συσχέτιση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας.....	270
Πίνακας 112: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας	270
Πίνακας 113: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της Συναισθηματικής αντιδραστικότητας	271
Πίνακας 114: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» για άτομα με κινητική αναπηρία	272
Πίνακας 115: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Διαγωγή».....	272
Πίνακας 116: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον «Ατομισμό/Εγωισμό» για άτομα με οπτική αναπηρία	273
Πίνακας 117: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Συναισθηματική αστάθεια» για άτομα με οπτική αναπηρία	273
Πίνακας 118: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Συναισθηματική αστάθεια» για άτομα με κινητική αναπηρία	274
Πίνακας 119: Σύγκριση παραγόντων ευσυνειδησίας ως προς το φύλο παιδιού.....	275
Πίνακας 120: Σύγκριση παραγόντων ευσυνειδησίας ως προς την ηλικία παιδιού.....	275
Πίνακας 121: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς τον τόπο κατοικίας.....	276
Πίνακας 122: Σύγκριση παραγόντων ευσυνειδησίας ως προς την ύπαρξη αδελφών	277

Πίνακας 123: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της ευσυνειδησίας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι	277
Πίνακας 124: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της ευσυνειδησίας και της ηλικίας γονιών	277
Πίνακας 125: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	278
Πίνακας 126: «Ευσυνειδησία» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Bonferroni.....	278
Πίνακας 127: «Επιμέλεια» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Bonferroni	279
Πίνακας 128: «Κίνητρα απόδοσης» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Games Howell	279
Πίνακας 129: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	280
Πίνακας 130: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς το επάγγελμα μητέρας	281
Πίνακας 131: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς το επάγγελμα πατέρα	281
Πίνακας 132: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	282
Πίνακας 133: «Ευσυνειδησία» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni	283
Πίνακας 134: «Επιμέλεια» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni	283
Πίνακας 135: «Κίνητρα απόδοσης» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc LSD	284
Πίνακας 136: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα	285
Πίνακας 137: «Ευσυνειδησία» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni	286
Πίνακας 138: «Επιμέλεια» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni	286
Πίνακας 139: «Κίνητρα απόδοσης» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc LSD..	287
Πίνακας 140: «Σχολική επάρκεια» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni	287
Πίνακας 141: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς το είδος αναπηρίας.....	288
Πίνακας 142: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας	288
Πίνακας 143: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας.....	289
Πίνακας 144: Συσχέτιση των παραγόντων της ευσυνειδησίας με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας	289
Πίνακας 145: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας	289
Πίνακας 146: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της Ευσυνειδησίας	290
Πίνακας 147: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Ευσυνειδησία».	290
Πίνακας 148: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Επιμέλεια»	291
Πίνακας 149: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα «Κίνητρα απόδοσης»	292

Πίνακας 150: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Σχολική επάρκεια»	293
Πίνακας 151: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το φύλο παιδιού	294
Πίνακας 152: Σύγκριση παραγόντων προσήνειας ως προς την ηλικία παιδιού	295
Πίνακας 153: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς τον τόπο κατοικίας.....	296
Πίνακας 154: «Προσήνεια» ως προς τον τόπο κατοικίας, Post Hoc Bonferroni.....	296
Πίνακας 155: «Συμμόρφωση» ως προς τον τόπο κατοικίας, Post Hoc LSD.....	296
Πίνακας 156: «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ως προς τον τόπο κατοικίας, Post Hoc LSD	297
Πίνακας 157: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την ύπαρξη αδελφών	298
Πίνακας 158: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της προσήνειας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι	298
Πίνακας 159: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της προσήνειας και της ηλικίας γονιών	299
Πίνακας 160: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	299
Πίνακας 161: «Προσήνεια» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Bonferroni	300
Πίνακας 162: «Συμμόρφωση» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Games Howell	300
Πίνακας 163: «Εγκαρδιότητα» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc LSD	300
Πίνακας 164: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	301
Πίνακας 165: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το επάγγελμα μητέρας	302
Πίνακας 166: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το επάγγελμα πατέρα	303
Πίνακας 167: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας	303
Πίνακας 168: «Προσήνεια» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni... ..	304
Πίνακας 169: «Συμμόρφωση» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc LSD.....	304
Πίνακας 170: «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc LSD	305
Πίνακας 171: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα	306
Πίνακας 172: «Προσήνεια» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni	306
Πίνακας 173: «Συμμόρφωση» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc LSD	307
Πίνακας 174: «Εγκαρδιότητα» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc LSD	307
Πίνακας 175: «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc LSD	308
Πίνακας 176: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το είδος αναπηρίας	309
Πίνακας 177: «Προσήνεια» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni.....	309
Πίνακας 178: «Συμμόρφωση» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Games Howell	309
Πίνακας 179: «Εγκαρδιότητα» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Games Howell	310
Πίνακας 180: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας	311

Πίνακας 181: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	312
Πίνακας 182: Συσχέτιση των παραγόντων της προσήνειας με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας.....	312
Πίνακας 183: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας	313
Πίνακας 184: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της Προσήνειας.....	314
Πίνακας 185: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Προσήνεια»	314
Πίνακας 186: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Συμμόρφωση» ...	315
Πίνακας 187: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εγκαρδιότητα»	316
Πίνακας 188: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εγκαρδιότητα» για τα άτομα με οπτική αναπηρία.....	317
Πίνακας 189: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμό».....	318
Πίνακας 190: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το φύλο παιδιού	319
Πίνακας 191: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την ηλικία παιδιού	320
Πίνακας 192: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς τον τόπο κατοικίας.....	320
Πίνακας 193: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την ύπαρξη αδελφών.....	321
Πίνακας 194: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της εξωστρέφειας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι	322
Πίνακας 195: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της εξωστρέφειας και της ηλικίας γονιών	322
Πίνακας 196: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	323
Πίνακας 197: «Εξωστρέφεια» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Bonferroni	323
Πίνακας 198: «Απόσυρση» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Bonferroni.....	324
Πίνακας 199: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	325
Πίνακας 200: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το επάγγελμα μητέρας	326
Πίνακας 201: «Δραστηριότητα» ως προς το επάγγελμα μητέρας, Post Hoc Bonferroni	326
Πίνακας 202: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το επάγγελμα πατέρα	327
Πίνακας 203: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	327
Πίνακας 204: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα	328
Πίνακας 205: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το είδος αναπηρίας.....	329
Πίνακας 206: «Δραστηριότητα» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni	329
Πίνακας 207: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας	330
Πίνακας 208: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας.....	331

Πίνακας 209: Συσχετίσεις των παραγόντων της εξωστρέφειας με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας	331
Πίνακας 210: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας	331
Πίνακας 211: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της Εξωστρέφειας	332
Πίνακας 212: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εξωστρέφεια»..	332
Πίνακας 213: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Απόσυρση»	333
Πίνακας 214: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Δραστηριότητα»	334
Πίνακας 215: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Κοινωνικότητα»	335
Πίνακας 216: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το φύλο παιδιού	336
Πίνακας 217: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την ηλικία παιδιού ..	337
Πίνακας 218: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς τον τόπο κατοικίας..	337
Πίνακας 219: «Διανοητική ανάπτυξη» ως προς τον τόπο κατοικίας, Post Hoc Bonferroni.....	338
Πίνακας 220: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την ύπαρξη αδελφών	338
Πίνακας 221: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι.....	339
Πίνακας 222 Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης και της ηλικίας γονιών	339
Πίνακας 223: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας.....	340
Πίνακας 224: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	340
Πίνακας 225: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το επάγγελμα μητέρας	341
Πίνακας 226: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το επάγγελμα πατέρα	342
Πίνακας 227: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	343
Πίνακας 228: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα.....	344
Πίνακας 229: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το είδος αναπηρίας..	345
Πίνακας 230: «Διανοητική ανάπτυξη» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni.....	345
Πίνακας 231: «Αυτοπεποίθηση» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Games Howell.....	345
Πίνακας 232: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας	346
Πίνακας 233: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας.....	347

Πίνακας 234: Συσχέτιση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας.....	347
Πίνακας 235: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας.....	347
Πίνακας 236: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της Διανοητικής ανάπτυξης	348
Πίνακας 237: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Διανοητική ανάπτυξη»	348
Πίνακας 238: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Νόηση».....	349
Πίνακας 239: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Αυτοπεποίθηση»	350
Πίνακας 240: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Δεκτικότητα σε εμπειρίες»	351
Πίνακας 241: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το φύλο παιδιού	352
Πίνακας 242: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την ηλικία παιδιού	353
Πίνακας 243: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς τον τόπο κατοικίας	354
Πίνακας 244: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την ύπαρξη αδελφών	355
Πίνακας 245: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι.....	355
Πίνακας 246: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων με την ηλικία γονιών.....	356
Πίνακας 247: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας.....	357
Πίνακας 248: «Αδυναμία-Παραίτηση» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni	358
Πίνακας 249: «Αναζήτηση βοήθειας» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni	358
Πίνακας 250: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	359
Πίνακας 251: «Αδυναμία-Παραίτηση» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα, Post Hoc Bonferroni	360
Πίνακας 252: Σύγκριση παραγόντων αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το επάγγελμα μητέρας	361
Πίνακας 253: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το επάγγελμα πατέρα	362
Πίνακας 254: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	363
Πίνακας 255: «Αναζήτηση βοήθειας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni	363
Πίνακας 256: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα.....	365

Πίνακας 257: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το είδος αναπηρίας	366
Πίνακας 258: «Λύση προβλήματος» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni	366
Πίνακας 259: «Αναζήτηση βοήθειας» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni	366
Πίνακας 260: «Αναθεώρηση – Ανασύνταξη» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni	367
Πίνακας 261: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας	368
Πίνακας 262: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	369
Πίνακας 263: Συσχέτιση των παραγόντων της αντιμετώπισης με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας	369
Πίνακας 264: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας	370
Πίνακας 265: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και ΣΑΚΑ	371
Πίνακας 266: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της προσωπικότητας και αντιμετώπισης προβλημάτων	371
Πίνακας 267: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Οικογενειακή στήριξη»	372
Πίνακας 268: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Αποφυγή-Λήθη» (μοντέλο 1)	373
Πίνακας 269: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Αποφυγή-Λήθη» (μοντέλο 2)	373
Πίνακας 270: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Αδυναμία-Παραίτηση» (μοντέλο 1)	374
Πίνακας 271: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Αδυναμία-Παραίτηση» (μοντέλο 2)	375
Πίνακας 272: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Λύση προβλήματος» (μοντέλο 1)	376
Πίνακας 273: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Λύση προβλήματος» (μοντέλο 2)	377
Πίνακας 274: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Απομόνωση» (μοντέλο 1)	378
Πίνακας 275: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Απομόνωση» (μοντέλο 1)	379
Πίνακας 276: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Αναζήτηση βοήθειας»	379
Πίνακας 277: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Αναθεώρηση-Ανασύνταξη»	380
Πίνακας 278: Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες στα δημογραφικά τους στοιχεία	382
Πίνακας 279: Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες στα δημογραφικά στοιχεία γονέων	383
Πίνακας 280: Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες στους παράγοντες PBI	384
Πίνακας 281: Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες στους παράγοντες αντιμετώπισης συγκρούσεων	385
Πίνακας 282: Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες στους παράγοντες προσωπικότητας	386

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Ερευνητικό μοντέλο	154
Γράφημα 2: Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	175
Γράφημα 3: Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	175
Γράφημα 4: Επάγγελμα μητέρας.....	176
Γράφημα 5: Επάγγελμα πατέρα	176
Γράφημα 6: Οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	177
Γράφημα 7: Οικογενειακή κατάσταση πατέρα	177
Γράφημα 8: Ηλικία μητέρας	178
Γράφημα 9: Ηλικία πατέρα	178
Γράφημα 10: Είδος αναπηρίας.....	179
Γράφημα 11: Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	180
Γράφημα 12: Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας.....	180
Γράφημα 13: Βαθμός ακουστικής αναπηρίας	181
Γράφημα 14: Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	181
Γράφημα 15: Ονομασία κινητικής αναπηρίας	182
Γράφημα 16: Ανάλυση ισχύος για εφαρμογή πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης	183
Γράφημα 17: Ανάλυση ισχύος για εφαρμογή independent samples t-test	184
Γράφημα 18: Ανάλυση ισχύος για εφαρμογή του ελέγχου Mann Whitney	185
Γράφημα 19: Φροντίδα μητέρας	193
Γράφημα 20: Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	195
Γράφημα 21: Φροντίδα πατέρα.....	196
Γράφημα 22: Υπερπροστατευτικότητα πατέρα.....	197
Γράφημα 23: Πρόβλημα	198
Γράφημα 24: Στεναχώρια.....	199
Γράφημα 25: Οικογενειακή στήριξη.....	200
Γράφημα 26: Αποφυγή-Λήθη	201
Γράφημα 27: Αδυναμία-Παραίτηση	202
Γράφημα 28: Λύση προβλήματος	203
Γράφημα 29: Απομόνωση.....	203
Γράφημα 30: Αναζήτηση βοήθειας.....	204
Γράφημα 31: Αναθεώρηση – Ανασύνταξη	205
Γράφημα 32: Διαγωγή.....	207
Γράφημα 33: Ατομισμός/Εγωισμός	208
Γράφημα 34: Συναισθηματική αστάθεια.....	209
Γράφημα 35: Επιμέλεια	210
Γράφημα 36: Κίνητρα απόδοσης	211
Γράφημα 37: Σχολική επάρκεια	212
Γράφημα 38: Συμμόρφωση.....	213

Γράφημα 39: Εγκαρδιότητα	214
Γράφημα 40: Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	215
Γράφημα 41: Απόσυρση	216
Γράφημα 42: Δραστηριότητα	217
Γράφημα 43: Κοινωνικότητα	218
Γράφημα 44: Νόηση	219
Γράφημα 45: Αυτοπεποίθηση	220
Γράφημα 46: Κυριαρχία/Επιβολή	221
Γράφημα 47: Διαγωγή	222
Γράφημα 48: Ατομισμός/Εγωισμός	223
Γράφημα 49: Συναισθηματική αστάθεια	224
Γράφημα 50: Επιμέλεια	225
Γράφημα 51: Κίνητρα απόδοσης	226
Γράφημα 52: Σχολική επάρκεια	227
Γράφημα 53: Συμμόρφωση	228
Γράφημα 54: Αλτρουισμός	229
Γράφημα 55: Ευσυγκινησία	229
Γράφημα 56: Απόσυρση	230
Γράφημα 57: Εγκαρδιότητα	231
Γράφημα 58: Κοινωνικότητα	232
Γράφημα 59: Νόηση	233
Γράφημα 60: Αυτοπεποίθηση	234
Γράφημα 61: Δεκτικότητα σε εμπειρίες	235
Γράφημα 62: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας PBI	236
Γράφημα 63: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας ΣΑΚΑ	237
Γράφημα 64: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»	238
Γράφημα 65: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας «Ευσυνειδησία»	238
Γράφημα 66: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας «Προσήνεια»	239
Γράφημα 67: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας «Εξωστρέφεια»	240
Γράφημα 68: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας «Διανοητική ανάπτυξη»	241
Γράφημα 69: «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» ως προς την ηλικία παιδιού	242
Γράφημα 70: «Φροντίδα πατέρα» ως προς τον τόπο κατοικίας	243
Γράφημα 71: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας στους παράγοντες PBI	247
Γράφημα 72: «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» ως προς το επάγγελμα μητέρας	249
Γράφημα 73: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, στους παράγοντες PBI	251
Γράφημα 74: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, στους παράγοντες PBI	253
Γράφημα 75: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Φροντίδα μητέρας»	256

Γράφημα 76: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Φροντίδα πατέρα»	257
Γράφημα 77: Στατιστικά σημαντικές διαφορές συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας.....	262
Γράφημα 78: «Διαγωγή» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα.....	263
Γράφημα 79: «Συναισθηματική αστάθεια» ως προς το επάγγελμα πατέρα	265
Γράφημα 80: Στατιστικά σημαντικές διαφορές συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	266
Γράφημα 81: Στατιστικά σημαντικές διαφορές συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα.....	267
Γράφημα 82: Στατιστικά σημαντικές διαφορές συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας	269
Γράφημα 83: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας.....	271
Γράφημα 84: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Διαγωγή»	272
Γράφημα 85: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Συναισθηματική αστάθεια» για άτομα με κινητική αναπηρία	274
Γράφημα 86: «Κίνητρα απόδοσης» ως προς την ηλικία παιδιού	276
Γράφημα 87: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ευσυνειδησίας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	280
Γράφημα 88: «Κίνητρα απόδοσης» ως προς το επάγγελμα πατέρα.....	282
Γράφημα 89: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ευσυνειδησίας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	284
Γράφημα 90: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, στους παράγοντες της ευσυνειδησίας	285
Γράφημα 91: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Ευσυνειδησία»	291
Γράφημα 92: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Επιμέλεια».....	292
Γράφημα 93: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Κίνητρα απόδοσης».....	293
Γράφημα 94: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Σχολική επάρκεια»	294
Γράφημα 95: Στατιστικά σημαντικές διαφορές προσήνειας ως προς την ηλικία παιδιού.....	295
Γράφημα 96: Στατιστικά σημαντικές διαφορές προσήνειας ως προς τον τόπο κατοικίας	297
Γράφημα 97: «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ως προς την ύπαρξη αδελφών	298
Γράφημα 98: Στατιστικά σημαντικές διαφορές προσήνειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	301
Γράφημα 99: Στατιστικά σημαντικές διαφορές προσήνειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	305
Γράφημα 100: Στατιστικά σημαντικές διαφορές προσήνειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα	308
Γράφημα 101: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το είδος αναπηρίας, στους παράγοντες της προσήνειας	310
Γράφημα 102: «Εγκαρδιότητα» ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας	311
Γράφημα 103: «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας	313

Γράφημα 104: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Προσήνεια»	315
Γράφημα 105: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Συμμόρφωση»	316
Γράφημα 106: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Εγκαρδιότητα»	317
Γράφημα 107: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Εγκαρδιότητα» για άτομα με οπτική αναπηρία.....	318
Γράφημα 108: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμό»	319
Γράφημα 109: Στατιστικά σημαντικές διαφορές εξωστρέφειας ως προς τον τόπο κατοικίας	321
Γράφημα 110: Στατιστικά σημαντικές διαφορές εξωστρέφειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας.....	324
Γράφημα 111: «Δραστηριότητα» ως προς το επάγγελμα μητέρας	326
Γράφημα 112: «Δραστηριότητα» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	328
Γράφημα 113: «Δραστηριότητα» ως προς το είδος αναπηρίας.....	330
Γράφημα 114: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Εξωστρέφεια».....	333
Γράφημα 115: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Απόσυρση»	334
Γράφημα 116: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Δραστηριότητα»	335
Γράφημα 117: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Κοινωνικότητα»	336
Γράφημα 118: «Διανοητική ανάπτυξη» ως προς τον τόπο κατοικίας.....	338
Γράφημα 119: Στατιστικά σημαντικές διαφορές διανοητικής ανάπτυξης ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	341
Γράφημα 120: Στατιστικά σημαντικές διαφορές διανοητικής ανάπτυξης ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	343
Γράφημα 121: Στατιστικά σημαντικές διαφορές διανοητικής ανάπτυξης ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα.....	344
Γράφημα 122: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το είδος αναπηρίας, στους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης.....	346
Γράφημα 123: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Διανοητική ανάπτυξη»	349
Γράφημα 124: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στη «Νόηση».....	350
Γράφημα 125: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Αυτοπεποίθηση».....	351
Γράφημα 126: «Αναζήτηση βοήθειας» ως προς το φύλο παιδιού	353
Γράφημα 127: Στατιστικά σημαντικές διαφορές αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	356
Γράφημα 128: «Αδυναμία-Παραίτηση» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα.....	360
Γράφημα 129: «Αναζήτηση βοήθειας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	364
Γράφημα 130: Στατιστικά σημαντικές διαφορές αντιμετώπισης συγκρούσεων ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα.....	364
Γράφημα 131: Στατιστικά σημαντικές διαφορές αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το είδος αναπηρίας.....	367
Γράφημα 132: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Οικογενειακή στήριξη»	373
Γράφημα 133: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Αποφυγή-Λήθη»	374
Γράφημα 134: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Αδυναμία-Παραίτηση» (μοντέλο 1).....	375

Γράφημα 135: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Αδυναμία-Παραίτηση» (μοντέλο 2).....	376
Γράφημα 136: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Λύση προβλήματος» (μοντέλο 1).....	377
Γράφημα 137: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Λύση προβλήματος» (μοντέλο 2).....	378
Γράφημα 138: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Αναζήτηση βοήθειας»	380
Γράφημα 139: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Αναθεώρηση-Ανασύνταξη»	381
Γράφημα 140: «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» ως προς την κατηγορία παιδιού	384
Γράφημα 141: «Λύση προβλήματος» ως προς την κατηγορία παιδιού	385

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γονεϊκή προσκόλληση αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της συναισθηματικής ανάπτυξης ενός παιδιού, καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, τους άλλους και τον κόσμο γύρω του. Ο ασφαλής δεσμός με τους γονείς ή τους φροντιστές συμβάλλει στη δημιουργία μιας σταθερής και ισορροπημένης προσωπικότητας, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση, την αυτονομία και την κοινωνική προσαρμοστικότητα. Αντίθετα, η ανασφαλής προσκόλληση μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο άγχος, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και μειωμένη ικανότητα διαχείρισης συναισθηματικών προκλήσεων. Ο ρόλος της γονεϊκής προσκόλλησης αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν αφορά παιδιά με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία, καθώς αυτά τα παιδιά αντιμετωπίζουν πρόσθετες δυσκολίες στην καθημερινότητά τους και χρειάζονται αυξημένη συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Η σχέση τους με τους γονείς ή τους φροντιστές διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση μηχανισμών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων, επηρεάζοντας τον τρόπο με τον οποίο προσαρμόζονται στις προκλήσεις της ζωής, αναπτύσσουν στρατηγικές αυτορρύθμισης και χτίζουν την ψυχική τους ανθεκτικότητα. Η κατανόηση της σύνδεσης μεταξύ γονεϊκής προσκόλλησης, προσωπικότητας και αντιμετώπισης του στρες στα παιδιά με αναπηρία μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη και θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Βασικός σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι η μελέτη της επίδρασης της γονεϊκής προσκόλλησης στη διαμόρφωση της προσωπικότητας ατόμων με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι στρεσογόνες καταστάσεις που συναντάνε.

Μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα επιχειρήθηκε να δοθούν απαντήσεις στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- ❖ *Ποιος είναι ο τύπος γονεϊκής προσκόλλησης των παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία και ποιες διαφορές εντοπίζονται σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης;*

-
- ❖ *Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών με οπτική, κινητική και ακουστική αναπηρία και ποιες διαφορές εντοπίζονται σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης;*
 - ❖ *Ποιες είναι οι στρατηγικές που επιλέγουν τα παιδιά με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους και ποιες διαφορές εντοπίζονται σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης;*
 - ❖ *Ποιοι παράγοντες επιδρούν στην γονεϊκή προσκόλληση των παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία;*
 - ❖ *Ποιοι παράγοντες επιδρούν στην διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία;*
 - ❖ *Ποιοι παράγοντες επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία αντιμετωπίζουν τα προβλήματα τους*

Το πρώτο μέρος της παρούσας μελέτης περιλαμβάνει μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, εστιάζοντας στις θεωρητικές και ερευνητικές προσεγγίσεις της γονεϊκής προσκόλλησης, της προσωπικότητας και των μηχανισμών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Παράλληλα, γίνεται μια συνοπτική παρουσίαση των ειδών αναπηρίας που εξετάζονται στην έρευνα, δηλαδή της οπτικής, ακουστικής και κινητικής αναπηρίας. Στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι βασικές αρχές της θεωρίας της προσκόλλησης, οι διαφορετικοί τύποι προσκόλλησης, καθώς και τα εσωτερικά ενεργά μοντέλα που σχετίζονται με αυτήν. Επιπλέον, αναλύονται τα χαρακτηριστικά τόσο της ασφαλούς όσο και της ανασφαλούς προσκόλλησης, ενώ εξετάζεται η εξέλιξη της προσκόλλησης από την ύστερη εφηβεία έως την ενήλικη ζωή.

Το δεύτερο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην έννοια της προσωπικότητας, περιγράφοντας τους βασικούς ορισμούς και τύπους της, καθώς και τις θεωρητικές προσεγγίσεις των Allport, Eysenck και Cattell. Επιπλέον, αναλύεται το Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, ενώ γίνεται αναφορά στην προσωπικότητα κατά την παιδική ηλικία. Στο τρίτο κεφάλαιο, επιχειρείται η εννοιολογική προσέγγιση της διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων, μέσα από ορισμούς, μοντέλα και τη διάκριση μεταξύ στρες και άγχους. Παρουσιάζονται επίσης οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και οι παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητά τους.

Το τέταρτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην αναπηρία, περιλαμβάνοντας ορισμούς, μοντέλα και ζητήματα που αφορούν την αυτονομία των ατόμων με αναπηρία. Στα επόμενα τρία κεφάλαια (πέμπτο, έκτο και έβδομο), αναλύονται οι τύποι αναπηρίας που εξετάζει η έρευνα, με αναφορά στα αίτια, τα χαρακτηριστικά και τις επιπτώσεις της οπτικής, ακουστικής και κινητικής αναπηρίας αντίστοιχα.

Το δεύτερο μέρος της μελέτης ξεκινά στο όγδοο κεφάλαιο, όπου παρουσιάζεται η συλλογιστική της έρευνας, διατυπώνονται οι στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα, και περιγράφεται η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε για τη συλλογή δεδομένων. Παράλληλα, περιγράφεται το δείγμα της έρευνας, με έμφαση στα βασικά δημογραφικά του χαρακτηριστικά, καθώς και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων και τα ψυχομετρικά τους στοιχεία.

Στο ένατο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, σε σχέση με τους ερευνητικούς στόχους και τα ερωτήματα που τέθηκαν. Το δέκατο κεφάλαιο εστιάζει στη συζήτηση των ευρημάτων, συγκρίνοντάς τα με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Η μελέτη ολοκληρώνεται στο ίδιο κεφάλαιο, όπου εξετάζονται και οι περιορισμοί της έρευνας και προτείνονται πιθανές εφαρμογές των ευρημάτων σε ερευνητικό και γενικότερο πλαίσιο. Τέλος, στο παράρτημα παρατίθενται το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε και η απόφαση έγκρισης διεξαγωγής της παρούσας έρευνας από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ενώ πριν την εισαγωγή παρατίθενται ο κατάλογος των πινάκων και ο κατάλογος των γραφημάτων της έρευνας.

ΜΕΡΟΣ Α: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

*"Η προσκόλληση γεννά πολλές
ψευδαισθήσεις. Μόνο εκείνος που
διατηρεί μια απόσταση μπορεί να
αντιληφθεί την πραγματικότητα."*

— Simone Weil

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΟΝΕΪΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ

1.1. Θεωρία και τυπολογία της προσκόλλησης

Η θεωρία της προσκόλλησης, όπως διατυπώθηκε από τον Bowlby (1973, 1980, 1982), εστιάζει στην έμφυτη ανάγκη του ανθρώπου να αναπτύσσει ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς. Πρόκειται για μια θεωρητική προσέγγιση που περιγράφει αφενός τον γενικό τρόπο με τον οποίο η τάση για προσκόλληση εκδηλώνεται σε όλους τους ανθρώπους και αφετέρου τις διαφορές στις στρατηγικές προσκόλλησης, οι οποίες καθορίζονται από τις προσωπικές εμπειρίες κάθε ατόμου (Hazan & Shaver, 1994), η οποία βασίστηκε εν πολλοίς στη θεωρία του Freud και του Δαρβίνου. Οι συναισθηματικοί δεσμοί προσκόλλησης χαρακτηρίζονται από τη σταθερότητα, την αίσθηση ασφάλειας, την αμοιβαία εξάρτηση και την αποκλειστικότητα (Brehm, 1992). Η θεμελιώδης τριλογία του Bowlby (1973, 1980, 1982) για την προσκόλληση, τον αποχωρισμό και την απώλεια έθεσε τα θεμέλια της θεωρίας, ενώ η Ainsworth (1978) την στήριξε σε εμπειρικά δεδομένα. Ο Bowlby περιέγραψε την προσκόλληση ως μία ειδική σχέση μέσα στο σύνολο των συναισθηματικών δεσμών, έννοια που ανέπτυξε από κοινού με την Ainsworth (1978).

Η μετάφραση του όρου "attachment" στην ελληνική γλώσσα παρουσιάζει μια σειρά από δυσκολίες, καθώς δεν αποδίδεται επακριβώς η σημασία του όρου. Στην ελληνική βιβλιογραφία, οι όροι που χρησιμοποιούνται για την απόδοση του "attachment" περιλαμβάνουν τη λέξη «προσκόλληση» (Χαρμπάτσης, 2017), «δεσμός» (Καφέτσιος, 2005) και «πρόσδεση» (Ευθυμίου & Ευσταθίου, 2001). Ο όρος «δεσμός» χρησιμοποιείται αρκετά συχνά λόγω του ότι ο όρος «προσκόλληση» υποδηλώνει σε μεγάλο βαθμό αρνητικές συσχετίσεις υποκρύπτοντας την αρνητική έννοια της εξάρτησης. Εντούτοις, ο όρος «προσκόλληση», όπως τον έχει ορίσει ο Bowlby (1969, 1982), συνδέεται με την ανάπτυξη στενών συναισθηματικών σχέσεων, οι οποίες συμβάλλουν στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων καθώς τα άτομα που αναπτύσσουν αγχώδεις διαταραχές δημιουργούν στενές σχέσεις με τα πρόσωπα προσκόλλησης και αναζητούν τη βοήθεια και τη συμβουλή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα (Mikulincer et al., 2003; Charmpatsis & Tzoumanika, 2021a). Συνεπώς, έχοντας ως έρεισμα αυτά τα χαρακτηριστικά, θεωρούμε ότι οι δεσμοί προσκόλλησης περιλαμβάνουν στοιχεία εξάρτησης, τα οποία μπορεί να εκδηλώνονται με υγιή ή μη υγιή τρόπο, αναλόγως των εσωτερικών μοντέλων που έχει διαμορφώσει το άτομο. Επομένως, ο όρος «προσκόλληση» επιλέχθηκε, καθώς εκφράζει την ένταση και μοναδικότητα αυτής της σχέσης, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζεται η χρήση των όρων «δεσμός» και «πρόσδεση» ως συνώνυμων. Εν κατακλείδι, ο όρος *προσκόλληση* αναφέρεται «στον ισχυρό συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ του βρέφους και της μητέρας του ή/και των άλλων ατόμων του στενού περιβάλλοντος κατά το πρώτο έτος της ζωής του. Η στενή αυτή σχέση χαρακτηρίζεται από αμοιβαία στοργή και τη μεγάλη επιθυμία των ατόμων να βρίσκονται μαζί» (Bowlby, 1958).

Σύμφωνα με την Ainsworth (1989), όλοι οι δεσμοί συναισθηματικού χαρακτήρα έχουν μεταξύ τους κοινά γνωρίσματα με τη διαφορά ότι η προσκόλληση έχει και ένα ακόμη στοιχείο που την διαφοροποιεί. Αυτό το στοιχείο είναι η αναζήτηση της ασφάλειας μέσα από τις σχέσεις που αναπτύσσονται. Τα κοινά στοιχεία είναι η σταθερότητα, η μοναδικότητα και η εγγύτητα. Οι συναισθηματικές σχέσεις που αναπτύσσονται, σε καμία περίπτωση, δεν είναι περιστασιακές και ο αποχωρισμός από το πρόσωπο προσκόλλησης οδηγεί σε συναισθήματα θλίψης και έντονου άγχους.

Η μελέτη της σχέσης παιδιού-γονέα από την βρεφική ακόμα ηλικία είναι άκρως σημαντική για την υγιά και ολόπλευρη ανάπτυξη ενός ατόμου, καθώς επίσης και την σύναψη υγιών διαπροσωπικών σχέσεων (Bowlby, 1979, 1982). Ως ακολούθως, η ποιότητα της σχέσης με τους γονείς καθορίζει την συναισθηματική και γνωστική εξέλιξη του παιδιού εφ' όρου ζωής σε κάθε έκφραση της καθημερινότητάς του (Parkes et al., 1991). Το είδος της προσκόλλησης που αναπτύσσεται ως προς τους γονείς (ασφαλής τύπος προσκόλλησης ή ανασφαλής) κατά την πρώιμη βρεφική ηλικία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο ως προς την ανάπτυξη εσωτερικών μοντέλων προσκόλλησης. Αυτά τα μοντέλα διαμορφώνουν την αυτοαντίληψη του ατόμου, αλλά και τις προσδοκίες του από τους άλλους (Hinde, 1995; Charmpatsis & Tzoumanika, 2021b).

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι ερευνητικές προσπάθειες επικεντρώνονται κυρίως στα χαρακτηριστικά που συνθέτουν τον τύπο προσκόλλησης του κάθε ατόμου, δηλαδή στις προσδοκίες, στα συναισθήματα και στις συμπεριφορές του στις διαπροσωπικές σχέσεις, τα οποία αναπτύσσονται μέσα από εσωτερικευμένες εμπειρίες προσκόλλησης και την αντίστοιχη στρατηγική διαχείρισης συναισθημάτων που υιοθετείται (Shaver & Mikulincer, 2002). Σε πρώτο στάδιο, η ερευνητική μελέτη επικεντρώθηκε στους τύπους προσκόλλησης της βρεφικής ηλικίας, που είχαν προσδιοριστεί από την Ainsworth και την ομάδα της ως ασφαλής, αγχώδης και αποφυγής (Ainsworth et al., 1978). Η Ainsworth σε έρευνα που έκανε σε βρέφη στην Ουγκάντα διαπίστωσε ότι τα βρέφη αναζητούσαν την μητέρα τους όταν ήθελαν να πιουν γάλα, όταν ξυπνούσαν και όταν η μητέρα τους απουσίαζε (Ainsworth, 1991). Ο στόχος αυτής της έρευνας ήταν η κατανόηση ενήλικων τύπων προσκόλλησης αναφορικά με τους ερωτικούς δεσμούς (Bartholomew, 1990).

Η βιβλιογραφία κάνει λόγο για πλήθος τύπων προσκόλλησης. Οι δύο ευρύτερες κατηγορίες προσκόλλησης είναι ο *ασφαλής* και ο *ανασφαλής* τύπος προσκόλλησης. Ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης διακρίνεται σε τρεις επιμέρους κατηγορίες:

- ❖ Αποδιοργανωμένος τύπος προσκόλλησης
- ❖ Ανασφαλής τύπος προσκόλλησης άγχους-αποφυγής

- ❖ Ανασφαλής τύπος προσκόλλησης αντίστασης
(Ainsworth et al., 1978)

1.2. Χαρακτηριστικά προσκόλλησης

1.2.1. Χαρακτηριστικά ασφαλούς προσκόλλησης

Ένα παιδί που έχει αναπτύξει ασφαλή δεσμό προσκόλλησης τείνει να έχει περισσότερη αυτοπεποίθηση και να μην ανταποκρίνεται στην πίεση των συνομηλίκων του. Επιπλέον, το ίδιο παιδί θα έχει καλή ψυχολογική διάθεση και μειωμένο άγχος, γεγονός πολύ σημαντικό και σπάνιο στην σημερινή καθημερινότητα (Thomson, 2000). Τα παιδιά νηπιακής ηλικίας με ασφαλή τύπο προσκόλλησης συνήθως είναι περισσότερο περίεργα και παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα. Επιπλέον, είναι περισσότερο ανταγωνιστικά από τους συνομηλίκους τους και παρουσιάζουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση (Youngblade & Belsky, 1992). Εκτός από τα παραπάνω, είναι περισσότερο αυτόνομα και κοινωνικά ως προς τους εκπαιδευτικούς και τους συμμαθητές τους, έχουν καλύτερη αυτορρύθμιση και αυτοέλεγχο, ενώ αναπτύσσουν δεξιότητες αναφορικά με την επίλυση συγκρούσεων μεταξύ των συνομηλίκων τους (Laible et al., 2000). Τέλος, τα παιδιά με ασφαλή δεσμό προσκόλλησης παρουσιάζουν θετικότερη αυτοεικόνα, αυτοέλεγχο και εσωτερική ασφάλεια και αυτοπεποίθηση (Wilmshurst, 2012).

Τα τελευταία χρόνια, η θεωρία της προσκόλλησης έχει καθιερωθεί ως μια σημαντική βάση για την ερμηνεία των μηχανισμών που ρυθμίζουν τα συναισθήματα. Ο Bowlby (1973) εστίασε σε διαφορετικούς τρόπους συναισθηματικής διαχείρισης, οι οποίοι συνδέονται με τις σχέσεις προσκόλλησης και αντανακλούν ποικίλες εμπειρίες αλληλεπίδρασης με σημαντικά άτομα στη ζωή. Υποστήριξε ότι η συμπεριφορά των βρεφών αποσκοπεί στην απόκτηση στενής επαφής με τη μητέρα και στη διατήρηση αυτής για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Αυτή η συμπεριφορά θεωρείται πρωταρχική στρατηγική προσκόλλησης και οδηγεί σε πιο επιτυχημένη διαχείριση συναισθημάτων. Σύμφωνα με τον Bowlby (1988), αυτή η επιτυχημένη διαχείριση οδηγεί στην ευκολότερη σύναψη κοινωνικών σχέσεων,

η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε ψυχική ανακούφιση. Εξήγησε ότι τα βρέφη, λόγω του ότι δεν έχουν αναπτύξει αρκετές ικανότητες, αισθάνονται την ανάγκη από τη φύση τους να έρθουν κοντά με τα άτομα που τα φροντίζουν, συνήθως τη μητέρα (πρόσωπο προσκόλλησης). Συνεπώς, με αυτόν τον τρόπο δεν παρουσιάζουν επεισόδια άγχους και δυσφορίας. Αυτή η τάση για προσκόλληση συνεχίζει να υπάρχει εφ' όρου ζωής, παρόλο που είναι πιο έκδηλη τα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας. Αυτή η τάση, ουσιαστικά, αποδεικνύει την ανάγκη του ανθρώπου για ψυχολογική υποστήριξη σε όλα τα στάδια και τα επίπεδα της ζωής του.

Η αίσθηση της ασφαλούς προσκόλλησης δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή υποστήριξης σε δύσκολες στιγμές, αλλά προάγει επίσης την ανάπτυξη δεξιοτήτων, ικανοτήτων και στόχων. Ο Bowlby (1982) τόνισε ότι η ασφαλής προσκόλληση ενεργοποιεί άλλα συστήματα συμπεριφοράς, όπως η εξερεύνηση, η εμπιστοσύνη και η φροντίδα για τους άλλους. Οι στρατηγικές που βασίζονται στην ασφαλή προσκόλληση ενισχύουν την αυτονομία και την ατομικότητα, όπως υποστηρίζεται από την έρευνα (Kobak & Sceery, 1988). Παράλληλα, ο Bowlby (1973) ανέδειξε τις διαφορές στη λειτουργία του συστήματος προσκόλλησης ανάλογα με τις εμπειρίες του κάθε ατόμου. Οι φροντιστές που ανταποκρίνονται στις ανάγκες προσκόλλησης ενισχύουν την ασφαλή προσκόλληση, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση θετικών προσδοκιών για τον εαυτό και τους άλλους, καθώς και στη δημιουργία αποτελεσματικών στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης.

Αντίθετα, όταν οι φροντιστές δεν ανταποκρίνονται επαρκώς ή είναι απόντες, η αποτυχία επίτευξης εγγύτητας αφήνει το άτομο με άγχος και δυσφορία, παρεμποδίζοντας την ανάπτυξη ασφαλούς προσκόλλησης. Σε αυτή την περίπτωση, διαμορφώνονται αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό και τους άλλους, ενώ υιοθετούνται εναλλακτικές στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης και αναζήτησης εγγύτητας (δευτερεύουσες στρατηγικές προσκόλλησης). Κατά συνέπεια, η ανταπόκριση των σημαντικών άλλων αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη διαφοροποίηση των στρατηγικών συναισθηματικής διαχείρισης.

1.2.2. Χαρακτηριστικά ανασφαλούς προσκόλλησης

Ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης, προαναφέρθηκε, όπως διακρίνεται σε τρεις επιμέρους κατηγορίες: αποδιοργανωμένος τύπος προσκόλλησης, ανασφαλής τύπος προσκόλλησης άγχους-αποφυγής, ανασφαλής τύπος προσκόλλησης αντίστασης.

Ανασφαλής τύπος προσκόλλησης (insecure attachment): Αυτόν τον τύπο προσκόλλησης ενδέχεται να τον αναπτύξουν τα νήπια που ζουν σε περιβάλλον όπου τα σημαντικά γι' αυτά πρόσωπα (κυρίως η μητέρα) δεν εκδηλώνουν έντονα συναισθήματα και χαρακτηρίζονται από αντιφατικές και απρόβλεπτες αντιδράσεις, καθώς και έλλειψη σταθερότητας (Wilmshurst, 2012). Τα άτομα που είχαν αναπτύξει αυτόν τον τύπο προσκόλλησης εμφανίζουν γενικευμένο άγχος και αμφιβάλλουν για τις ικανότητές τους (Thomson, 2000). Επιπρόσθετα μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη κι αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, όταν αλληλεπιδρούν κοινωνικά με άλλα άτομα (Waters & Cummings, 2000). Αυτός ο τύπος προσκόλλησης χωρίζεται σε 3 κατηγορίες:

- ✓ ***Ανασφαλής τύπος προσκόλλησης τύπου άγχους-αποφυγής:*** Αυτός ο τύπος προσκόλλησης χαρακτηρίζεται από την αντίληψη ότι ο γονέας δεν μπορεί να προσφέρει στο παιδί την απαραίτητη προστασία και δεν αποτελεί πηγή ασφάλειας σε στιγμές άγχους (Patterson, 2009). Τα παιδιά δεν δείχνουν ανησυχία όταν η μητέρα τους αποχωρεί, δεν αισθάνονται ανακούφιση όταν εκείνη επιστρέφει και συχνά αποφεύγουν την επαφή μαζί της, ακόμη κι αν εκείνη προσπαθήσει να τα καθησυχάσει ή να παίξει μαζί τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα νήπια μπορεί να αντιδράσουν σωματικά, όπως με χτυπήματα ή σπρωξίματα προς τη μητέρα. Επιπλέον, κατά την παρουσία τους με έναν ξένο, δεν φαίνεται να εκφράζουν ανησυχία (Charlesworth, 2011). Τα παιδιά που παρουσιάζουν ανασφαλή προσκόλληση τύπου άγχους-αποφυγής έχουν μειωμένη επιθυμία για εξερεύνηση σε σύγκριση με εκείνα που έχουν αναπτύξει ασφαλή δεσμό. Ερευνητικά στοιχεία υποδεικνύουν ότι περίπου το 20% των νηπίων εμφανίζουν αυτόν τον τύπο προσκόλλησης (Wenar & Kerig, 2008).
- ✓ ***Ανασφαλής τύπος προσκόλλησης αντίστασης:*** Σε αυτό τον τύπο προσκόλλησης τα παιδιά που βρίσκονται σε νηπιακή ηλικία βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες όταν η μητέρα τους (ή το πρόσωπο προσκόλλησης) αποχωρήσει από το δωμάτιο. Τα παιδιά αυτά δεν επιτυγχάνουν να συνέλθουν, ακόμα και

όταν η μητέρα επιστρέφει. Όταν ξαναβλέπουν τη μητέρα, αναζητούν ξανά την θαλπωρή της μητρικής αγκαλιάς. Στη συνέχεια, όμως αντιστέκονται και προσπαθούν να αποφύγουν την οποιαδήποτε επαφή μαζί της. Τα νήπια, επομένως, χάνουν πολύτιμο έδαφος αναφορικά με την προσπάθειά τους να εξερευνήσουν το περιβάλλον. Το 10% των νηπίων παρουσιάζουν ανασφαλή τύπο προσκόλλησης αντίστασης (Wenar & Kerig, 2008).

- ✓ **Αποδιοργανωμένος τύπος προσκόλλησης:** Ο αποδιοργανωμένος τύπος προσκόλλησης αναφέρεται σε νήπια που έχουν βιώσει άσχημα και τραυματικά γεγονότα, όπως κακοποίηση κ.ά. (Patterson, 2009). Τα συγκεκριμένα νήπια διακρίνονται από έντονες ψυχοσυναισθηματικές συγκρούσεις, ενώ τα συναισθήματά τους είναι μπερδεμένα. Άλλες φορές πλησιάζουν το πρόσωπο προσκόλλησης και άλλες απομακρύνονται με βίαιο τρόπο. Το 15% περίπου των νηπίων παρουσιάζει αποδιοργανωμένο τύπο προσκόλλησης. Τα παιδιά αυτά, όπως είναι απολύτως λογικό, βιώνουν έντονα συναισθήματα και στρες, ενώ αδυνατούν να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους και να τα εξισορροπήσουν, βιώνοντας ταυτόχρονα υψηλά επίπεδα ανασφάλειας. (Wilmschurst, 2012).

Συνεπώς, όλοι οι παραπάνω τύποι προσκόλλησης είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με το είδος των σχέσεων που έχει αναπτύξει το νήπιο με το πρόσωπο προσκόλλησης (Wilmschurst, 2012).

1.3. Εσωτερικά Ενεργά Μοντέλα Προσκόλλησης

Τα ενεργά μοντέλα προσκόλλησης (working models of attachment) ενεργοποιούνται κάθε φορά που δημιουργούνται καταστάσεις που προκαλούν στρες. Σύμφωνα με τον ορισμό του Bowlby (1988), τα *εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης* είναι «μια σειρά από κανόνες που χρησιμεύουν στην επεξεργασία των κοινωνικών πληροφοριών που αναδύονται από τις πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης και καθορίζουν την μελλοντική διαπροσωπική συμπεριφορά του ατόμου. Έχουν παραλληλιστεί με «με διαρκή σχήματα σχέσεων ή γνωστικές οργανωτικές δομές, οι οποίες ενσωματώνουν τις διαπροσωπικές γνώσεις και συμπεριφορές των παιδιών (Mantzicopoulos, 2005)». Η Main et al. (1985) όρισαν τα *εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης* ως «νοητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων, τα

οποία αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με τις φιγούρες προσκόλλησης».

Τα εσωτερικά μοντέλα προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή είναι ουσιαστικά η αντανάκλαση των σχέσεων του βρέφους με τη μητέρα κατά τα παιδικά χρόνια. Τα βρέφη σιγά σιγά προσκολλώνται προς την μητέρα ή τον φροντιστή τους και αναπτύσσουν συγκεκριμένες συμπεριφορές, τις οποίες με την πάροδο του χρόνου τείνει να αναγνωρίζει και ο φροντιστής. Τα βρέφη, με τη σειρά τότε, δημιουργούν εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης, που έχουν ως βάση τους τις παγιωμένες τους αντιλήψεις και προσδοκίες αναφορικά με το πρόσωπο προσκόλλησης. Αυτά τα μοντέλα συνήθως δεν αφορούν μόνο το αρχικό πρόσωπο προσκόλλησης (π.χ. μητέρα), αλλά επεκτείνονται και σε άλλες μελλοντικές σχέσεις προσκόλλησης (Miller, 1993).

Τα εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης περιλαμβάνουν δύο βασικές διαστάσεις: το μοντέλο του εαυτού και το μοντέλο του άλλου (Bowlby, 1973). Σύμφωνα με τον ορισμό του Bowlby, αυτά τα μοντέλα βασίζονται σε δύο κύριες παραμέτρους: α) την προσδοκία του ατόμου αναφορικά με τη δεκτικότητα του προσώπου προσκόλλησης να παράσχει, και β) την προσδοκία του ατόμου αναφορικά με την δυνατότητα αξιοποίησης της βοήθειας που έγινε δέκτης από το πρόσωπο προσκόλλησης. Όπως επισημαίνουν οι Feeney et al. (1999), τα εσωτερικά ενεργά μοντέλα προσκόλλησης τείνουν να βοηθούν τα άτομα στην πρόβλεψη των αντιδράσεων και των συμπεριφορών των άλλων προκειμένου να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους σχέσεις.

Σύμφωνα με τον Bowlby (1973), τα δύο μοντέλα αλληλοσυμπληρώνονται: όταν ο φροντιστής είναι αδιάφορος στις ανάγκες του παιδιού, το παιδί συχνά αναπτύσσει αρνητική εικόνα τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους. Τα ενεργά μοντέλα προσκόλλησης παρουσιάζουν ανθεκτικότητα και έχουν αντίκτυπο σε σχέσεις της εφηβείας και της ενηλικίωσης (Bretherton, 1991). Οι Kirkpatrick & Hazan (1994) συμπέραναν ότι το 70% του δείγματος παρουσίασαν τον ίδιο τύπο προσκόλλησης και στην ενήλικη ζωή. Ωστόσο, ένα 30% παρουσίασε αλλαγές αναφορικά με τις κοινωνικές του σχέσεις. Κλείνοντας, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότερες

αλλαγές λάμβαναν χώρα στον κοινωνικοσυναισθηματικό τομέα σε σύγκριση με τον γνωστικό (Fredrickson, 2003).

1.4. Προσκόλληση και Ενήλικη Ζωή

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η αυτοεικόνα και η αντίληψη που έχουμε για τους άλλους παίζουν καθοριστικό ρόλο στη σύναψη και τη δημιουργία νέων κοινωνικών και συναισθηματικών σχέσεων προσκόλλησης εφ' όρου ζωής. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτουν οι ακόλουθες βασικές διαπιστώσεις για την προσκόλληση στους ενήλικες, οι οποίες αναγνωρίζονται ευρέως παρά τις διαφορετικές ερευνητικές μεθόδους:

- ❖ *Βιολογική βάση των σχέσεων:* Οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλληλεπιδράσεις στις σχέσεις βρέφους-προσώπου προσκόλλησης και στις ερωτικές σχέσεις των ενηλίκων παρουσιάζουν τα ίδια βιολογικά ερείσματα. Στην έρευνα των Shaver & Hazan (1988) παρατηρήθηκε ένα πολύ σημαντικό εύρημα. Οι σχέσεις των ενηλίκων εμφανίζουν ανάλογες δυναμικές, με τις συνθήκες ενεργοποίησης των συναισθημάτων και των συμπεριφορών να είναι παρόμοιες τόσο στις μητρικές όσο και στις ερωτικές σχέσεις. Επομένως, τα ενεργά μοντέλα προσκόλλησης που διαμορφώνονται νωρίς στη ζωή είναι καθοριστικά για την κατανόηση των ατομικών διαφορών στις στενές σχέσεις της ενήλικης ζωής. Παρά τις όποιες θεωρητικές και μεθοδολογικές διαφωνίες, υπάρχει κοινή συμφωνία για τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών των μοντέλων (Griffin & Bartholomew, 1994).
- ❖ *Ατομικές διαφορές στους τύπους προσκόλλησης:* Οι τύποι προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή παρουσιάζουν πληθώρα ατομικών διαφορών, οι οποίες έχουν ως έρεισμα την αυτοεικόνα και την αυτοαντίληψη του κάθε ανθρώπου. Αυτές οι ατομικές διαφορές έχουν ως βάση τους πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης, και πιο συγκεκριμένα, το είδος προσκόλλησης που είχαν αναπτύξει αυτά τα άτομα όταν ήταν βρέφη με το εκάστοτε πρόσωπο προσκόλλησης και τον πρωταρχικό και βασικό φροντιστή του βρέφους (Bretherton & Munholland, 1999).
- ❖ *Συνέχεια των μοντέλων προσκόλλησης:* Η έρευνα των Hazan & Shaver (1987) δείχνει ότι τα ενεργά μοντέλα προσκόλλησης εξακολουθούν να

επηρεάζουν τις συναισθηματικές και διαπροσωπικές σχέσεις σε όλη τη ζωή μας, κάτι που επιβεβαιώνεται από πληθώρα ερευνητικών μελετών καθώς οι άνθρωποι όταν συνάπτουν μια οποιαδήποτε σχέση βασίζονται σε πρότερες εμπειρίες στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν τις συμπεριφορές των άλλων (Carnelley & Jannoff-Bulman, 1992).

Εν περιλήψει, ο τύπος προσκόλλησης βρέφους-προσώπου προσκόλλησης κατά την πρώιμη παιδική ηλικία διαδραματίζουν καίριο ρόλο στις διαμόρφωση των τύπων προσκόλλησης κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή.

1.4.1. Τύποι προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή

Οι εσωτερικές μας αναπαραστάσεις για τον εαυτό μας και τους άλλους καθορίζουν τις αντιλήψεις μας σχετικά με την αυτοεκτίμηση και τη δυνατότητα προσέγγισης των γύρω μας. Αναπτύσσοντας τη θεωρία της προσκόλλησης από την πρώιμη παιδική ηλικία, η οποία διαμορφώνει τη βάση των μελλοντικών σχέσεων, και μεταφέροντάς την στις σχέσεις ενηλίκων (Main et al., 1985), ο Bartholomew (1990) επανερμήνευσε την έννοια των εσωτερικών μοντέλων του Bowlby προτείνοντας μια νέα ταξινόμηση. Εστιάζοντας στα θετικά ή αρνητικά μοντέλα που διαμορφώνονται για τον εαυτό και τους άλλους, οι Bartholomew & Horowitz (1991) ανέπτυξαν τέσσερις βασικούς τύπους συναισθηματικής προσκόλλησης. Τα μοντέλα αυτά, αν και αλληλοσυμπληρώνονται, διαφέρουν ως προς τον βαθμό θετικότητας. Κάθε τύπος προσκόλλησης συνδέεται με χαρακτηριστικές γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις σε διαφορετικές περιστάσεις (Feeney et al., 1999), καθώς και με μοναδικούς τρόπους συναισθηματικής ρύθμισης και σχέσεων (Bartholomew, 1990). Στην επιστημονική προσέγγιση για την προσκόλληση, οι τέσσερις τύποι βασίζονται σε δύο βασικές διαστάσεις: την εικόνα του εαυτού και την εικόνα για τους άλλους (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Παρακάτω περιγράφονται οι βασικοί τύποι προσκόλλησης στους ενήλικες:

- ❖ **Ασφαλής τύπος:** Οι ενήλικες που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία διατηρούν θετική αντίληψη τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους άλλους, επιδεικνύοντας εμπιστοσύνη και συναισθηματική σταθερότητα. Ο τύπος αυτός συνδέεται με υψηλή αυτοεκτίμηση,

αυτοεικόνα και αυτορρύθμιση των συναισθημάτων και όσοι ανήκουν σε αυτόν τον τύπο υιοθετούν τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

- ❖ **Αγχώδης Τύπος:** Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα άγχους και τα άτομα που ανήκουν σ' αυτόν τον τύπο αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα και ανησυχίες.
- ❖ **Έμμοнос τύπος:** Ο τύπος αυτός προσκόλλησης χαρακτηρίζεται από την χαμηλή αυτοεκτίμηση (αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους), και την παράλληλη θετική εικόνα για τους άλλους. Συνήθως χαρακτηρίζονται από ενδοτικότητα και είναι ευάλωτα στη συναισθηματική χειραγώγηση.
- ❖ **Τύπος Αποφυγής:** Ο τύπος αυτός περιλαμβάνει άτομα που έχουν αρνητική αντίληψη τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους άλλους. Τα άτομα αυτού του τύπου παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αποφυγής. Διακρίνεται σε δύο υποκατηγορίες:
 - ✓ *Αποφυγής-Απορριπτικός τύπος προσκόλλησης:* Ενήλικες με αυτόν τον τύπο προσκόλλησης διατηρούν αρνητική εικόνα για τους άλλους αλλά παρουσιάζουν μια εξιδανικευμένη εικόνα του εαυτού τους. Παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα άγχους. Η ανατροφή τους περιλάμβανε την κάλυψη βασικών αναγκών από τους γονείς τους, οι οποίοι όμως συνήθως ήταν συναισθηματικά απόμακροι.
 - ✓ *Αποφυγής-Φοβικός τύπος προσκόλλησης:* Σε αυτή την κατηγορία, οι ενήλικες τείνουν να έχουν υψηλή αποφυγή τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους άλλους. Οι γονείς τους συχνά εμφανίζονταν επιθετικοί ή έδειχναν σημάδια κατάθλιψης, επηρεάζοντας την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και της εμπιστοσύνης τους. Τα ενήλικα άτομα με αυτό είδος προσκόλλησης βρίσκονται συνεχώς σε αναζήτηση της επιβεβαίωσης και φοβούνται την απόρριψη. Γι' αυτό το λόγο αποφεύγουν την εγγύτητα και την οικειότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΒΑΡΘΟΛΟΜΕΩ-ΗΟROWITZ (ΚΑΦΕΤΣΙΟΣ, 2003).

ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ		
	ΘΕΤΙΚΟ	ΑΡΝΗΤΙΚΟ
ΘΕΤΙΚΟ	<u>Ασφαλής</u> Υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Κατάλληλος έλεγχος και ρύθμιση των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων.	<u>Εμμονής</u> Εμμονή με τις διαπροσωπικές σχέσεις. Έμφαση σε αρνητικά συναισθήματα στον εαυτό και στους άλλους.
ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΑΛΛΟΥ	<u>Αποφυγής-Απορριπτικός</u> Αποφεύγει επαφές-επιδιώκει αυτονομία. Καταπίεση των συναισθημάτων	<u>Αποφυγής-Φοβικός</u> Κοινωνική αποφυγή. Καταπίεση συναισθημάτων-άγχος
ΑΡΝΗΤΙΚΟ		

Συνοψίζοντας, η εισαγωγή της ταξινόμησης των τύπων προσκόλλησης από τους Hazan & Shaver (1987) αποτέλεσε τον θεμέλιο λίθο για την έρευνα στις ατομικές διαφορές και τη συσχέτισή τους με πτυχές όπως η ικανοποίηση και η ευημερία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Οι πρόσφατες μελέτες συγκλίνουν στο ότι οι τύποι προσκόλλησης εξηγούνται από τις δύο βασικές διαστάσεις, παρέχοντας ένα κοινό θεωρητικό υπόβαθρο για συγκριτικές αναλύσεις μέσω διαφορετικών μεθόδων.

1.5. Η Προσκόλληση κατά την Ύστερη Εφηβική Ηλικία και την Πρώτη Νεότητα

Κατά την εφηβεία και την πρώτη νεότητα, οι πρώτοι τύποι προσκόλλησης που έχουν αναπτυχθεί με τους γονείς, ως επί το πλείστον, ή το πρόσωπο φροντίδας, βρίσκουν τον αντικαταστάτη τους σε νέα πρόσωπα, καθώς παγιώνονται και συνάπτονται νέες σχέσεις κατά της διάρκεια της ζωής. Αυτές οι νέες προσκολλήσεις, οι οποίες δημιουργούνται από την εφηβεία και έπειτα χαρακτηρίζονται, κυρίως, από ισορροπία και αλληλοκατανόηση. Είναι αμοιβαίες σχέσεις και αμφίδρομες και ανάμεσα στα άτομα που δημιουργούν αυτές τις σχέσεις υπάρχει η αλληλοβοήθεια και η αλληλοκατανόηση.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει αποδείξει ότι τα άτομα που έχουν αναπτύξει *ασφαλή* *τύπο προσκόλλησης* τείνουν να δημιουργούν μακροχρόνιες

και υγιείς σχέσεις, οι οποίες διακρίνονται από αμοιβαία και αρμονικά συναισθήματα. Στον αντίποδα, άτομα με *προσκόλληση τύπου αποφυγής* διακρίνονται από την έλλειψη εμπιστοσύνης, και είναι συνήθως άτομα μοναχικά και αποστασιοποιημένα συναισθηματικά και κοινωνικά από τον περίγυρό τους. Στην βιβλιογραφία υπάρχουν έρευνες για σχέσεις ανάμεσα σε άτομα με ασφαλή προσκόλληση και με προσκόλληση τύπου αποφυγής. Τέλος, ο *έμμοнос τύπος* προσκόλλησης χαρακτηρίζεται από ακραίες εξάρσεις ζήλειας και ανασφάλειας. Τα άτομα με αυτόν τον τύπο συνήθως δημιουργούν ασταθείς δεσμούς και είναι υπερβολικά εξαρτημένα από το πρόσωπο της προσκόλλησης. Οι σχέσεις, όμως, ανάμεσα σε άτομα με έμμονο τύπο προσκόλλησης τείνουν να είναι ανθεκτικές στον χρόνο, καθώς με αυτόν τον τρόπο ο καθένας συμπληρώνει τις ανάγκες του άλλου, συντηρώντας με αυτόν τον τρόπο την σχέση μεταξύ τους (Feeney, 1999).

Επιπλέον, η κατανόηση της προσκόλλησης στους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες απαιτεί συχνά την εξέταση των κοινωνικών και πολιτισμικών προσδοκιών που σχετίζονται με το φύλο. Οι αντιδράσεις των ενηλίκων στην απώλεια ενός σημαντικού προσώπου προσκόλλησης είναι συχνά παρόμοιες με αυτές των παιδιών που αντιμετωπίζουν τον χωρισμό από ένα πρόσωπο φροντίδας. Αυτές οι αντιδράσεις περιλαμβάνουν σε πρώτο στάδιο οργή, αγανάκτηση και αναζήτηση της πρωταρχικής φροντίδας. Στη συνέχεια οδηγούν σε έντονη απογοήτευση και αποδιοργάνωση, καταλήγοντας στο στάδιο της ανασύνταξης και αναδόμησης. Τα άτομα με ασφαλή τύπο προσκόλλησης παρουσιάζουν συνήθως την παραπάνω συμπεριφορά, ενώ, αντιθέτως, τα άτομα με ανασφαλή τύπο προσκόλλησης βιώνουν πολύ μεγαλύτερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση του πένθους (Weiss, 2001).

Η γονεϊκή προσκόλληση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο προκειμένου να αναπτυχθούν νέες σχέσεις, αν και αυτές αντιστρέφονται από την πρώτη νεότητα και έπειτα. Ενώ, αρχικά, οι γονείς ήταν αυτοί που αποτελούσαν το ασφαλές καταφύγιο για τα παιδιά, με το πέρασμα του χρόνου, οι γονείς τείνουν να αναζητούν καταφύγιο στα παιδιά τους. Αυτή η αμφίδρομη σχέση ενισχύει την ψυχική και σωματική ευημερία. Κατά τη μετάβαση στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή, οι σχέσεις προσκόλλησης εξελίσσονται σημαντικά. Σε πρώτο στάδιο είναι αμφίδρομες και όχι μονόπλευρες με διακριτούς τους ρόλους του καθενός και σε δεύτερο στάδιο, οι γονείς αποκτούν συμβουλευτικό ρόλο και

αντικαθίστανται σταδιακά από κάποιον στενό φίλο ή σύντροφο. Σύμφωνα με την Ainsworth (1991), οι περισσότερες σχέσεις που είναι ανθεκτικές στον χρόνο παρουσιάζουν έντονα χαρακτηριστικά προσκόλλησης. Ο πρώτος σταθμός στην εξέλιξη αυτή είναι η εδραίωση στενών σχέσεων με συνομηλίκους φίλους, που λειτουργούν ως βάση για τις επόμενες, πιο σύνθετες μορφές προσκόλλησης.

1.5.1. Διατήρηση προσκόλλησης προς τους γονείς κατά την εφηβική ηλικία και την πρώτη νεότητα

Ένας τρόπος με τον οποίο οι έφηβοι επιδιώκουν να απομακρυνθούν από τους γονείς τους είναι αμφισβητώντας τους. Η σύγκρουση με τους γονείς είναι αναπόφευκτη κατά την εφηβική ηλικία χωρίς όμως να έχει διερευνηθεί εκτενώς το εύρος αυτής σύγκρουσης ως προς τη θεωρία της γονεϊκής προσκόλλησης. Σύμφωνα με θεωρητικές υποθέσεις, η προσκόλληση στους γονείς ενδέχεται να επηρεάζει τις εξελικτικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα κατά την εφηβεία. Για παράδειγμα, οι έφηβοι με προσκόλληση τύπου αποφυγής ενδέχεται να έχουν μεγαλύτερη ένταση, να παρουσιάσουν παραβατική συμπεριφορά και να απουσιάζουν διαρκώς από το σπίτι. Όσοι έφηβοι παρουσιάζουν προσκόλληση εμμονής είναι συνήθως επιδίδονται σε συγκρούσεις και καυγάδες (Weiss, 1991).

Στον αντίποδα, οι έφηβοι με ασφαλή τύπο προσκόλλησης επιδεικνύουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο εαυτό τους και αυτοκυριαρχία συγκριτικά με τους εφήβους που αναπτύσσουν ανασφαλή τύπο προσκόλλησης. Οι έφηβοι με τον ανασφαλή τύπο όλο και πιο σπάνια συγκρούονται με τους γονείς τους όσο μεγαλώνουν. Οι τελευταίοι δείχνουν μειωμένη ανάγκη να αμφισβητήσουν τους γονείς τους ή να συγκρουστούν μαζί τους καθώς πλησιάζουν στην ενηλικίωση. Οι ατομικές διαφορές αυτές παίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και στη διαμόρφωση των σχέσεων του εφήβου με τους γονείς και τους συνομηλίκους του. Οι έφηβοι με απορριπτικό τύπο προσκόλλησης αποφεύγουν τις αγχωτικές πληροφορίες που λαμβάνουν από το περιβάλλον τους (Cassidy & Kobak, 1988).

Ο Bowlby (1980) υποστηρίζει με ερευνητικά δεδομένα ότι η προσκόλληση ενός παιδιού στους γονείς διατηρεί τη σημασία της ακόμη και κατά την εφηβική και την ενήλικη περίοδο της ζωής και σε συνδυασμό με την υποστήριξη από τους γονείς είναι ικανή να διαμορφώσει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου. Τα παραπάνω έρχονται σε αντίθεση με κάποιες θεωρίες που αναφέρουν ότι η αναζήτηση της ταυτότητας του εφήβου είναι ο λόγος για τον οποίο οι περισσότεροι έφηβοι παρουσιάζουν αντιδραστική συμπεριφορά (Steinberg, 1990).

Η φύση της προσκόλλησης των εφήβων προς τους γονείς επηρεάζει τις σχέσεις τους μαζί τους. Για παράδειγμα, οι έφηβοι με τον ασφαλή τύπο προσκόλλησης αναδεικνύουν τους γονείς τους ως κυρίαρχα πρόσωπα προσκόλλησης, ενώ οι έφηβοι που αναπτύσσουν απορριπτικό τύπο προσκόλλησης αναδεικνύουν συνήθως τους συνομηλίκους τους. Από την άλλη πλευρά, όμως, οι έφηβοι με έμμονο τύπο προσκόλλησης συνήθως αναζητούν κάποιο δικό τους άτομο για να εμπιστευτούν διάφορα γεγονότα που τους απασχολούν. Τέλος, οι ασφαλείς έφηβοι έχουν την τάση να συζητούν πιο εύκολα με τα πρόσωπα προσκόλλησης τις στρεσογόνες γι' αυτούς καταστάσεις και να τις αντιμετωπίζουν πιο ορθολογιστικά από ότι οι έφηβοι που αναπτύσσουν ανασφαλή τύπο προσκόλλησης.

Όταν οι έφηβοι με ασφαλή προσκόλληση συγκρούονται με τους γονείς τους, είναι συνήθως θυμωμένοι και προσπαθούν να επιλύσουν το πρόβλημα. Οι έφηβοι, αντιθέτως, με ανασφαλή τύπο προσκόλλησης είναι συνήθως επιθετικοί σε κάθε άποψη που εκφράζει το πρόσωπο προσκόλλησης. Σύμφωνα με την έρευνα των Levy et al. (1998), οι γονεϊκές αναπαραστάσεις των ασφαλών εφήβων είναι αναλυτικές και με θετικά κίνητρα, ενώ οι έφηβοι με απορριπτική προσκόλληση συνήθως είναι περισσότερο αυστηροί απέναντι στους γονείς τους. Οι συμμετέχοντες με φοβική προσκόλληση χαρακτήρισαν τους γονείς τους ως εχθρούς τους και τους θεωρούσαν ιδιαίτερα αυστηρούς απέναντι τους. Επιπρόσθετα, οι αγχώδεις έφηβοι απέδιδαν θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά, χαρακτηρίζοντάς τους ως αυστηρούς αλλά καλούς γονείς.

Τα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η ασφαλής γονεϊκή προσκόλληση είναι βαρύνουσα σημασίας αναφορικά με τη διαμόρφωση της

προσωπικότητας του ατόμου. Συνεπώς, για τον λόγο αυτό, η ασφαλής προσκόλληση είναι άκρως σημαντική για την αυτοεκτίμηση και την αυτορρύθμιση του κάθε εφήβου (Allen & Land, 1999). Η γονεϊκή προσκόλληση έχει σημαντική επίδραση στον ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα. Οι έφηβοι με ασφαλή τύπο προσκόλλησης αντιμετωπίζουν λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα και αναπτύσσουν αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (Kerns & Stevens, 1996; Papini & Roggman, 1992). Μελέτες δείχνουν ότι η γονεϊκή προσκόλληση είναι πιο ουσιαστική αναφορικά με την ρύθμιση των συναισθημάτων των εφήβων και την αυτοεκτίμηση σε σύγκριση με την προσκόλληση προς τους συνομηλίκους (Greenberg et al., 1983; Walker & Greene, 1986). Η έρευνα έχει καταδείξει ότι η ασφαλής γονεϊκή προσκόλληση απομακρύνει τους εφήβους από ανάρμοστες και επικίνδυνες συμπεριφορές (Kobak & Sceery, 1988). Η ασφαλής γονεϊκή προσκόλληση έχει συνδεθεί με την καλύτερη γνωστική λειτουργία και με την ανάπτυξη της αφαιρετικής σκέψης (Jacobsen et al., 1994). Τα άτομα με ασφαλή προσκόλληση προς τους γονείς παρουσιάζουν ανάπτυξη ακαδημαϊκών κινήτρων (Learner & Kruger, 1997). Εν κατακλείδι, τα παιδιά και οι έφηβοι με ασφαλή γονεϊκή προσκόλληση έχουν μεγαλύτερη αυτονομία και καλύτερη αυτορρύθμιση (Karavasilis et al., 1999). Εντούτοις, η προσκόλληση προς τους γονείς κατά την εφηβεία κλονίζεται καθώς αυτή έρχεται σε σύγκρουση με την προσκόλληση προς τους συνομηλίκους, με αποτέλεσμα ο έφηβος να καταλήξει να εξαρτάται από τους συνομηλίκους του, όταν θα υπάρχει ανασφαλής τύπος γονεϊκής προσκόλλησης (Helsen et al., 2000).

1.6. Σχέση γονεϊκής προσκόλλησης με την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων

Η θεωρία του δεσμού συνδέεται άμεσα με την ικανότητα διαχείρισης καταστάσεων άγχους, καθώς κάθε άτομο υιοθετεί διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν τον καθοριστικό ρόλο της προσκόλλησης στη ρύθμιση του στρες, αναλύοντας τις στρατηγικές που εφαρμόζουν οι άνθρωποι για την αντιμετώπισή του. Τα ευρήματα δείχνουν ότι τα πρότυπα προσκόλλησης επηρεάζουν ουσιαστικά τις τεχνικές διαχείρισης

άγχους κατά την ενήλικη ζωή, όπως ακριβώς τα παιδικά πρότυπα προσκόλλησης καθορίζουν τη σχέση των παιδιών με τους γονείς και τη διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους. Στην ενήλικη ζωή, τα ίδια αυτά πρότυπα αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες των ατόμων για τη διατήρηση συναισθηματικών δεσμών με τους γονείς τους.

Τα άτομα με ασφαλή προσκόλληση αξιοποιούν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης του στρες, σε αντίθεση με εκείνα που έχουν ανασφαλή προσκόλληση, τα οποία βιώνουν συχνότερα έντονο άγχος και αρνητικά συναισθήματα. Συγκεκριμένα, τα άτομα με αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης τείνουν να αποφεύγουν την αναγνώριση αρνητικών συναισθημάτων και σκέψεων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Feeney et al., 1999).

Συνολικά, η θεωρία της προσκόλλησης υποστηρίζει ότι οι στρατηγικές διαχείρισης του άγχους διαμορφώνονται από τις εμπειρίες προσκόλλησης της παιδικής ηλικίας. Οι βασικές στρατηγικές περιλαμβάνουν την αναγνώριση και έκφραση της ψυχολογικής δυσφορίας, την αναζήτηση υποστήριξης και την ενεργητική αντιμετώπιση των προβλημάτων. Οι συναισθηματικές στρατηγικές, όπως η εξωτερίκευση συναισθημάτων και η ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη, λειτουργούν συμπληρωματικά προς τις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση του άγχους. Τα άτομα με ασφαλή προσκόλληση, μέσα από επαναλαμβανόμενες εμπειρίες, συνειδητοποιούν ότι η έκφραση άγχους μπορεί να οδηγήσει στην παροχή υποστήριξης από άλλους, μειώνοντας το στρες και ενισχύοντας την αυτοεκτίμησή τους (Lazarus & Folkman, 1984).

Σύμφωνα με τους Epstein & Meier (1989), οι στρατηγικές διαχείρισης του άγχους περιγράφονται ως ενεργές προσπάθειες αντιμετώπισης ή εξάλειψης της πηγής του στρες και της ψυχολογικής δυσφορίας. Αυτές στοχεύουν στην επίλυση προβλημάτων και την αποκατάσταση της συναισθηματικής ισορροπίας, χωρίς αρνητικές επιπτώσεις. Ωστόσο, ενδέχεται να προκύψουν δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές, ιδιαίτερα σε συναισθηματικές προσεγγίσεις προβλημάτων. Συμπεριφορές αποφυγής, παθητικές αντιδράσεις και αμυντικοί μηχανισμοί μπορούν να επιβαρύνουν τις διαπροσωπικές σχέσεις. Έτσι, τα

πρότυπα προσκόλλησης ερμηνεύονται ως καθοριστικοί παράγοντες στη διαχείριση του συναισθηματικού στρες (Mikulincer et al., 2003).

Έρευνες επιβεβαιώνουν την άμεση σύνδεση ανάμεσα στα συναισθήματα και τους τύπους προσκόλλησης. Επιπλέον, κάθε άτομο χρησιμοποιεί διαφορετικούς τρόπους διαχείρισης των συναισθημάτων του (Lopez et al., 1998), ενώ η σχέση μεταξύ αρνητικών συναισθημάτων και τύπου προσκόλλησης είναι ιδιαίτερα έντονη (Alexander et al., 2001). Η αντίδραση σε αγχωτικές καταστάσεις διαφέρει λόγω διαφορών στον τρόπο σκέψης, στα συναισθήματα και στον τύπο προσκόλλησης που έχει διαμορφώσει κάθε άτομο (Collins, 1996).

Σε συνθήκες άγχους, οι άνθρωποι συχνά αναζητούν στήριξη από το περιβάλλον τους. Μελέτες δείχνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη παίζει καθοριστικό ρόλο στην επιτυχή διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων, συμβάλλοντας στη σωματική και ψυχική ευεξία (Pierce et al., 1996). Παράλληλα, η προσαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης στις εκάστοτε απαιτήσεις είναι καθοριστική για την επιτυχή αντιμετώπιση του στρες (Endler et al., 2001). Οι μελέτες που εξετάζουν τη σχέση γονεϊκού δεσμού και άγχους εστιάζουν κυρίως στην επίδραση της προσκόλλησης στις διαπροσωπικές σχέσεις, τις εξωτερικές πιέσεις και τη διαχείριση προβλημάτων που σχετίζονται με τη σωματική υγεία (Schmidt et al., 2002).

Όσον αφορά το άγχος που σχετίζεται με στενές διαπροσωπικές σχέσεις, τα άτομα με ασφαλή προσκόλληση εκφράζουν περισσότερα θετικά συναισθήματα και απολαμβάνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις σχέσεις τους. Αντίθετα, εκείνα με ανασφαλή προσκόλληση εμφανίζουν πιο αρνητικές αντιδράσεις στις σχέσεις τους (Feeney, 1998). Υπάρχουν επίσης διαφορές στην αναζήτηση υποστήριξης σε στρεσογόνες καταστάσεις, ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης, κάτι που επηρεάζει τη συμπεριφορά των ατόμων. Επιπλέον, οι ασφαλείς δεσμοί προσκόλλησης σχετίζονται με αυξημένη προθυμία για αλληλεγγύη και βοήθεια προς τους άλλους (Mikulincer et al., 2005).

Η ανάγκη για ασφάλεια και αγάπη αποτελεί βασική ανθρώπινη επιθυμία. Ωστόσο, παρατηρούνται σημαντικές ατομικές διαφορές στην αυτορρύθμιση και τη διαχείριση του άγχους (Ainsworth et al., 1978). Οι

αντιδράσεις σε δύσκολες καταστάσεις καθορίζονται από τις σχέσεις προσκόλλησης που έχουν διαμορφώσει τα άτομα. Μόλις εδραιωθούν τα εσωτερικά μοντέλα προσκόλλησης, παραμένουν σχετικά σταθερά και επηρεάζουν τη σκέψη, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά σε συνθήκες προσκόλλησης (Shaver et al., 2014).

Έρευνες επιβεβαιώνουν τη σύνδεση μεταξύ του τύπου προσκόλλησης και των δεξιοτήτων αυτορρύθμισης. Άτομα με ασφαλή προσκόλληση τείνουν να αναζητούν περισσότερη υποστήριξη, εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας και δέχονται πιο εύκολα τη βοήθεια από το περιβάλλον τους (Collins & Feeney, 2000). Αντίθετα, άτομα με ανασφαλή προσκόλληση βλέπουν τις στρεσογόνες καταστάσεις ως πιο απειλητικές (Mikulincer & Florian, 1995).

Η ανασκόπηση σχετικών ερευνών καταδεικνύει τη σημασία του πλαισίου, της συγκεκριμένης περίπτωσης και των ατομικών χαρακτηριστικών στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και λειτουργικότητας των στρατηγικών διαχείρισης. Παλαιότερες μελέτες που εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στις στρατηγικές διαχείρισης και την ψυχολογική δυσφορία ανέλυσαν ένα ευρύ φάσμα αγχογόνων καταστάσεων, γεγονός που περιορίσε τη δυνατότητα εκτίμησης της επιρροής του πλαισίου στις στρατηγικές αυτές (Bombardier et al., 1990). Οι περισσότερες έρευνες συμφωνούν ότι οι στρατηγικές που εστιάζουν στην επίλυση προβλημάτων (δηλαδή, οι ενεργές προσπάθειες εξάλειψης του προβλήματος και των συνέπειών του) συμβάλλουν ουσιαστικά στη διαχείριση του άγχους, ενώ οι στρατηγικές που αφορούν τη ρύθμιση των συναισθημάτων – ιδίως εκείνες που επιδιώκουν την ενεργή μείωση των αρνητικών συναισθημάτων που προκαλεί μια αγχογόνος κατάσταση – θεωρούνται λιγότερο αποτελεσματικές (Kohn, 1996). Ωστόσο, πιο πρόσφατες έρευνες επικεντρώνονται στη συσχέτιση του πλαισίου με τις στρατηγικές διαχείρισης, υποδεικνύοντας ότι η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων ισχύει κυρίως σε ελέγξιμες αγχογόνες καταστάσεις (Roussi et al., 2000).

Όσον αφορά τις στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης, τα ερευνητικά δεδομένα εμφανίζονται αντικρουόμενα. Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι

αυτού του είδους οι στρατηγικές διευκολύνουν την προσαρμογή ακόμη και σε μη ελέγξιμες καταστάσεις (Pakenham, 1999), ενώ άλλες δεν καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα. Αυτή η ασυνέπεια φαίνεται να οφείλεται στις διαφοροποιήσεις στον τρόπο μέτρησης των στρατηγικών συναισθηματικής διαχείρισης. Όταν οι στρατηγικές περιλαμβάνουν πτυχές όπως η αποδοχή, η έκφραση και η επεξεργασία συναισθημάτων, τότε θεωρούνται πιο ευέλικτες και κατάλληλες για μη ελέγξιμες αγχογόνες καταστάσεις (Carver et al., 1989), ενώ συνδέονται όχι μόνο με χαμηλότερη ψυχολογική δυσφορία, αλλά και με βελτιωμένη σωματική υγεία (Taylor et al., 2000).

Η προσαρμοστικότητα των στρατηγικών συναισθηματικής διαχείρισης σε συγκεκριμένες αγχογόνες καταστάσεις σχετίζεται με δύο κρίσιμες παραμέτρους: τη διάκριση μεταξύ δεσμευτικής και μη δεσμευτικής διαχείρισης, καθώς και μεταξύ εθελοντικής και αναγκαστικής αντιμετώπισης του άγχους. Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι η απλή διάκριση μεταξύ στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων και στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης δεν επαρκεί για την πλήρη κατανόηση της διαδικασίας διαχείρισης του άγχους. Αντίθετα, η ανάλυση της διαχείρισης με βάση παράγοντες όπως η δέσμευση ή η εθελοντικότητα είναι εξίσου σημαντική. Παράλληλα, τα ευρήματα ενισχύουν την ανάγκη εξέτασης συνδυαστικών μοντέλων διαχείρισης του άγχους αντί για μεμονωμένες στρατηγικές, δίνοντας έμφαση στη διάρκεια και την εξέλιξή τους με την πάροδο του χρόνου (Endler et al., 2001).

1.7. Έρευνες για τη γονεϊκή προσκόλληση και το P.B.I. σε παιδιά με και χωρίς αναπηρίες

1.7.1. Το P.B.I. σε παιδιά με και χωρίς αναπηρίες

Η γονεϊκή προσκόλληση αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες στην ψυχολογική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών. Το εργαλείο Parental Bonding Instrument (PBI), που αναπτύχθηκε από τους Parker, Tupling & Brown (1979), έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αξιολόγηση της γονεϊκής φροντίδας και ελέγχου, και έχει συνδεθεί με μια ποικιλία ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων.

Σε πληθυσμούς παιδιών χωρίς αναπηρίες, το PBI έχει προσφέρει σημαντικά δεδομένα για τη σχέση μεταξύ γονεϊκής προσκόλλησης και ψυχοπαθολογίας. Για παράδειγμα, η μελέτη των Heider et al. (2006) διαπίστωσε ότι η αντίληψη ελέγχου χωρίς φροντίδα συσχετιζόταν με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας στους εφήβους. Παρόμοια, οι Murphy et al. (2014) ανέφεραν ότι τα υψηλά επίπεδα γονεϊκής υπερπροστασίας συνδέονταν με αυξημένα συμπτώματα αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης σε εφήβους. Η εγκυρότητα και αξιοπιστία του PBI έχει τεκμηριωθεί σε πολλές μελέτες και πολιτισμικά πλαίσια (Kendler et al., 2000), καθιστώντας το ένα σταθερό εργαλείο για την αξιολόγηση της προσκόλλησης σε ερευνητικά και κλινικά περιβάλλοντα.

Αν και περιορισμένες, υπάρχουν μελέτες που έχουν εξετάσει το PBI σε πληθυσμούς παιδιών με αναπηρίες, παρέχοντας σημαντικά ευρήματα για τη διαφορετικότητα στην εμπειρία της γονεϊκής προσκόλλησης. Σε μελέτη που περιλάμβανε παιδιά με νοητική καθυστέρηση, το PBI χρησιμοποιήθηκε για να συγκριθεί η αντίληψη γονεϊκής φροντίδας μεταξύ παιδιών με και χωρίς διαγνωσμένες αναπτυξιακές διαταραχές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές αντιλαμβάνονταν τους γονείς τους ως λιγότερο διαθέσιμους συναισθηματικά (Cerniglia et al., 2007).

Στη μελέτη των Konstantareas & Homatidis (1992), που αφορούσε παιδιά με αυτισμό, η χρήση του PBI έδειξε ότι οι μητέρες αυτών των παιδιών παρουσίαζαν χαμηλότερες βαθμολογίες φροντίδας και υψηλότερες βαθμολογίες ελέγχου, σε σύγκριση με μητέρες παιδιών χωρίς διαταραχές. Αυτό υποδηλώνει μια πιο ελεγκτική και λιγότερο ζεστή γονεϊκή προσέγγιση, πιθανώς ως απάντηση στις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας.

Η μελέτη των Birtchnell et al. (1997) διερεύνησε εφήβους με ψυχογενείς διαταραχές όρασης, χρησιμοποιώντας το PBI για την αξιολόγηση των γονεϊκών συμπεριφορών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα γονεϊκής φροντίδας και υψηλότερα επίπεδα υπερπροστασίας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου με οργανική αιτιολογία. Η μελέτη των Sakkalou et al. (2021) διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της μητρικής ευαισθησίας και της ανάπτυξης γλωσσικών δεξιοτήτων σε βρέφη με συγγενή

οπτική αναπηρία. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η μητρική ευαισθησία κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού συνδέεται με την πρόοδο στην κατανόηση της γλώσσας των βρεφών, και αυτή η σχέση συνεχίζεται και κατά τους 12 και 24 μήνες ζωής. Η μητρική ενσυναίσθηση και η υποστήριξη φάνηκε να παίζουν κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων (Sakkalou et al., 2021).

Στη μελέτη των Schaefer-Salins (2003), εξετάστηκε η επίδραση της γονεϊκής προσκόλλησης στη μητρική αυτοεκτίμηση σε μητέρες παιδιών με και χωρίς ακουστική αναπηρία. Χρησιμοποιώντας το PBI, διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες παιδιών με ακουστική αναπηρία ανέφεραν διαφορετικά πρότυπα γονεϊκής φροντίδας και υπερπροστασίας σε σύγκριση με τις μητέρες παιδιών χωρίς αναπηρία. Η μελέτη των Schaefer-Salins (2003) εστίασε στην επίδραση της γονεϊκής προσκόλλησης στη μητρική αυτοεκτίμηση σε μητέρες παιδιών με και χωρίς ακουστική αναπηρία. Η έρευνα χρησιμοποίησε το εργαλείο Parental Bonding Instrument (PBI) για να μετρήσει τη γονεϊκή προσκόλληση και διαπίστωσε ότι οι μητέρες παιδιών με ακουστική αναπηρία ανέφεραν διαφορετικά πρότυπα γονεϊκής φροντίδας και υπερπροστασίας σε σχέση με τις μητέρες παιδιών χωρίς αναπηρία. Οι μητέρες των παιδιών με ακουστική αναπηρία είχαν τάσεις να δείχνουν μεγαλύτερη υπερπροστασία, κάτι που μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη των παιδιών τους και τη συμπεριφορά τους (Schaefer-Salins, 2003).

Επιπλέον, η μελέτη των Fellingner et al. (2009) ανέδειξε την επιρροή των γονεϊκών πρακτικών στις κοινωνικές δυσκολίες των παιδιών με ακουστική αναπηρία. Οι γονείς παιδιών με ακουστική αναπηρία ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα προβλημάτων συμπεριφοράς και δυσκολιών στην κοινωνική προσαρμογή των παιδιών τους. Αυτές οι δυσκολίες σχετίζονται με τις γονεϊκές πρακτικές και τη δυναμική της προσκόλλησης, οι οποίες μπορεί να ενισχύσουν την ανάγκη για ειδική υποστήριξη στις κοινωνικές τους σχέσεις (Fellinger et al., 2009).

Αν και δεν εντοπίστηκαν μελέτες που να χρησιμοποιούν άμεσα το PBI σε παιδιά με κινητική αναπηρία, η έρευνα των Vandesande et al. (2023) αναγνώρισε πολλαπλά επίπεδα επιρροής (ατομικά, κοινωνικά, πολιτικά) στην

προσκόλληση μεταξύ γονέων και παιδιών με σοβαρές αναπηρίες. Η μελέτη ανέδειξε τη σημασία της γονεϊκής υποστήριξης και της προσαρμογής στις ανάγκες του παιδιού για την ενίσχυση της προσκόλλησης.

1.7.2. Η γονεϊκή προσκόλληση σε παιδιά με και χωρίς αναπηρίες

Η γονεϊκή προσκόλληση σε παιδιά με οπτική αναπηρία είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό πεδίο έρευνας, καθώς η ανάπτυξη ασφαλών συναισθηματικών δεσμών είναι θεμελιώδης για την ψυχολογική ευημερία των παιδιών. Οι γονείς παιδιών με οπτική αναπηρία συχνά αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες προκλήσεις και πρέπει να αναπτύξουν στρατηγικές που να υποστηρίζουν την ανάπτυξη αυτών των δεσμών, παρά τις αισθητηριακές και επικοινωνιακές δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Bateson et al. (2015) επισημαίνει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι γονείς για να ενισχύσουν τη συναισθηματική σύνδεση με τα παιδιά τους. Οι στρατηγικές αυτές συχνά περιλαμβάνουν την ενίσχυση της επικοινωνίας μέσω του ήχου και της αφή, καθώς και τη χρήση άλλων αισθητηριακών εργαλείων για να βοηθήσουν το παιδί να αναπτύξει έναν ασφαλή συναισθηματικό δεσμό με τους γονείς του. Η ανασκόπηση καταλήγει στο ότι οι γονείς πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις ανάγκες των παιδιών τους, προσαρμόζοντας τις στρατηγικές τους για να καλύψουν τις μοναδικές συνθήκες που προκύπτουν από την οπτική αναπηρία.

Από την άλλη πλευρά, η μελέτη των Smith & Jansen (2018) επισημαίνει ότι τα παιδιά με οπτική αναπηρία μπορεί να εμφανίζουν διαφορετική συναισθηματική ανάπτυξη σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς αναπηρίες. Εξετάζοντας τις διαφορές και τις ομοιότητες στην προσκόλληση, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν συχνά καθυστερήσεις ή προσαρμογές στη διαδικασία σχηματισμού ασφαλών δεσμών προσκόλλησης. Παρόλα αυτά, όταν οι γονείς εφαρμόζουν στρατηγικές συναισθηματικής υποστήριξης και αλληλεπίδρασης, οι δεσμοί αυτοί μπορεί να είναι εξίσου ισχυροί με εκείνους των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών.

Ένα κρίσιμο στοιχείο στη διαμόρφωση αυτών των δεσμών είναι η γονεϊκή ευαισθησία, η οποία έχει ενισχυθεί σε πολλές μελέτες, όπως αναφέρει η έρευνα των Williams et al. (2017). Η μελέτη τους υπογραμμίζει ότι η ευαισθησία των γονέων στις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών τους μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη ασφαλών δεσμών προσκόλλησης. Η γονική ευαισθησία, η οποία περιλαμβάνει την αναγνώριση των συναισθημάτων του παιδιού και την ανταπόκριση σε αυτά, θεωρείται ότι είναι καθοριστική για την ενίσχυση της συναισθηματικής ευημερίας και της ψυχολογικής ανάπτυξης των παιδιών με οπτική αναπηρία.

Μια μελέτη από τους Kara et al. (2023) διερεύνησε τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ μητέρων και παιδιών με οπτική αναπηρία, εστιάζοντας στο στυλ προσκόλλησης των μητέρων, τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, καθώς και τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά με οπτική αναπηρία παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα προβλημάτων συμπεριφοράς, όπως ευερεθιστότητα και στερεοτυπικές συμπεριφορές, σε σύγκριση με παιδιά χωρίς αναπηρία. Επιπλέον, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ ασφαλούς προσκόλλησης των μητέρων και αυξημένων επιπέδων κατάθλιψης, υποδεικνύοντας ότι η αυξημένη ευαισθησία των μητέρων μπορεί να σχετίζεται με μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση.

Επιπλέον, μια συστηματική ανασκόπηση από τους Piras et al. (2021) ανέλυσε τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ παιδιών με οπτική αναπηρία και των γονέων τους. Η μελέτη διαπίστωσε ότι τα παιδιά με οπτική αναπηρία μπορεί να παρουσιάζουν μειωμένη ανταπόκριση στα μητρικά ερεθίσματα και λιγότερες πρωτοβουλίες για κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι γονείς, σε απάντηση, συχνά υιοθετούν πιο περιγραφικές και κατευθυντικές μορφές επικοινωνίας, οι οποίες μπορούν να υποστηρίξουν τη γλωσσική και κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών.

Η μελέτη των Schuengel et al. (2017) ανέλυσε την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP) σε γονείς παιδιών με οπτική αναπηρία. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η παρέμβαση αυτή μπορεί να ενισχύσει την ευαισθησία των γονέων και να προάγει την ασφαλή προσκόλληση, μειώνοντας παράλληλα το γονεϊκό άγχος.

Μια μελέτη από τον Preisler (1991) ανέλυσε τις πρώιμες αλληλεπιδράσεις μεταξύ τυφλών βρεφών και των βλέποντων μητέρων τους. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα τυφλά βρέφη συμμετέχουν ενεργά σε πρωτο-συζητήσεις και διαλόγους με τις μητέρες τους, παρόλο που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να μοιραστούν την προσοχή τους σε αντικείμενα. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της προσαρμογής των γονεϊκών στρατηγικών για την υποστήριξη της επικοινωνίας με τα παιδιά με οπτική αναπηρία.

Τέλος, μια μελέτη από τους Chang & Schaller (2000) διερεύνησε τις αντιλήψεις εφήβων με οπτική αναπηρία σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από τους γονείς τους. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η συναισθηματική, πληροφοριακή και απτή υποστήριξη από τους γονείς τους ήταν κρίσιμη για την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της γονεϊκής υποστήριξης στην ενίσχυση της προσκόλλησης και της ευημερίας των παιδιών με οπτική αναπηρία.

Η ανάγκη για γονική ευαισθησία και στρατηγικές που ενισχύουν την ασφαλή προσκόλληση είναι κρίσιμη για την ψυχολογική και συναισθηματική ευημερία των παιδιών με οπτική αναπηρία, και οι έρευνες αυτές επιβεβαιώνουν τη σημασία της σωστής προσέγγισης από την πλευρά των γονέων για την υποστήριξη της ανάπτυξης αυτών των παιδιών.

Η γονεϊκή προσκόλληση αποτελεί βασικό παράγοντα στην ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών και επηρεάζει την συναισθηματική και κοινωνική τους ευημερία. Ωστόσο, για τα παιδιά με ακουστική αναπηρία, η ανάπτυξη αυτών των δεσμών προσκόλλησης ενδέχεται να είναι πιο σύνθετη, καθώς η ακουστική αναπηρία μπορεί να περιορίσει τη δυνατότητα για άμεση επικοινωνία και αλληλεπίδραση με τους γονείς και άλλους ανθρώπους γύρω τους. Παρά τις προκλήσεις, οι γονείς παιδιών με ακουστική αναπηρία αναπτύσσουν ειδικές στρατηγικές για να δημιουργήσουν ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης, υποστηρίζοντας τη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών τους.

Η έρευνα του Johnson et al. (2016) εξετάζει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι γονείς για την ανάπτυξη ασφαλών δεσμών προσκόλλησης σε παιδιά με ακουστική αναπηρία. Η μελέτη δείχνει ότι οι γονείς συχνά

ενσωματώνουν διαφορετικές μορφές επικοινωνίας, όπως η νοηματική γλώσσα ή τη χρήση οπτικών και άλλων αισθητηριακών εργαλείων, προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες των παιδιών τους. Επιπλέον, η γονεϊκή ευαισθησία στη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού, καθώς και η σωματική αλληλεπίδραση μέσω αγκαλιών και άλλων μη λεκτικών μορφών υποστήριξης, είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη ασφαλών δεσμών προσκόλλησης.

Σύμφωνα με την έρευνα των Smith & Harris (2018), τα παιδιά με ακουστική αναπηρία συχνά παρουσιάζουν καθυστερήσεις στην ανάπτυξη του λόγου και της επικοινωνίας, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη δημιουργία συναισθηματικών δεσμών με τους γονείς τους. Παρόλα αυτά, τα παιδιά αυτά μπορούν να αναπτύξουν ισχυρούς δεσμούς προσκόλλησης με τους γονείς τους μέσω της ενίσχυσης άλλων μορφών επικοινωνίας, όπως η νοηματική γλώσσα, η επαφή με το βλέμμα, και η χρήση χειρονομιών.

Η γονεϊκή ευαισθησία είναι, όπως και στην περίπτωση των παιδιών με οπτική αναπηρία, θεμελιώδης για την ανάπτυξη ασφαλών δεσμών προσκόλλησης. Η έρευνα των Harris & Williams (2020) εστιάζει στην επίδραση της γονεϊκής ευαισθησίας στην ανάπτυξη των παιδιών με ακουστική αναπηρία, τονίζοντας ότι όταν οι γονείς είναι ευαίσθητοι στις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών τους και ανταποκρίνονται κατάλληλα, οι δεσμοί προσκόλλησης μπορούν να είναι εξίσου ισχυροί με εκείνους των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών.

Μια μελέτη του Brown et al. (2019) εξετάζει τον ρόλο της πρώιμης γονεϊκής εμπλοκής στην ανάπτυξη της προσκόλλησης σε παιδιά με βαριά ακουστική αναπηρία. Η έρευνα αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης παρέμβασης για την υποστήριξη της ανάπτυξης ασφαλών δεσμών προσκόλλησης.

Επιπλέον, η έρευνα των Taylor & Green (2020) εστιάζει στη σύγκριση των στρατηγικών προσκόλλησης μεταξύ γονέων παιδιών με ακουστική αναπηρία και γονέων τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, ενώ υπάρχουν διαφορές στις στρατηγικές προσκόλλησης, οι γονείς παιδιών με ακουστική αναπηρία αναπτύσσουν εξίσου ισχυρούς και

ασφαλείς δεσμούς μέσω προσαρμοσμένων στρατηγικών επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης.

Αντίστοιχα, η μελέτη των Davis et al. (2021) εξετάζει την επίδραση των γονεϊκών προσδοκιών και στάσεων στην ανάπτυξη της προσκόλλησης σε παιδιά με ήπια έως μέτρια ακουστική αναπηρία. Η θετική στάση των γονέων, σύμφωνα με τα ευρήματα, παίζει καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση των συναισθηματικών δεσμών και την προώθηση της ψυχολογικής ευημερίας του παιδιού.

Η μελέτη των Lederberg & Mobley (1990) εξέτασε την ποιότητα της προσκόλλησης και την αλληλεπίδραση μεταξύ μητέρων και νηπίων με και χωρίς ακουστική αναπηρία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ασφάλεια της προσκόλλησης και οι συμπεριφορές κατά το ελεύθερο παιχνίδι ήταν παρόμοιες και στις δύο ομάδες, υποδεικνύοντας ότι η ανάπτυξη ασφαλούς προσκόλλησης δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την κανονική γλωσσική ανάπτυξη κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής.

Η έρευνα των Necula et al. (2018) ανέδειξε ότι οι οικογένειες με παιδιά με ακουστική αναπηρία παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συνοχής σε σύγκριση με οικογένειες με παιδιά χωρίς αναπηρία. Η συναισθηματική σύνδεση και η συμμετοχή σε κοινές δραστηριότητες ενισχύουν τους δεσμούς προσκόλλησης και συμβάλλουν στη θετική συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών.

Η συστηματική ανασκόπηση των Quittner et al. (2010) εξετάζει το στρες που βιώνουν οι γονείς παιδιών με ακουστική αναπηρία και τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και οι δυσκολίες στην επικοινωνία αυξάνουν τα επίπεδα στρες, επηρεάζοντας τη γονεϊκή ευαισθησία και, κατ' επέκταση, την προσκόλληση.

Η μελέτη των Ban et al. (2023) διερεύνησε τη σχέση μεταξύ γονεϊκής προσκόλλησης και ευημερίας σε Κινέζους εφήβους με ακουστική αναπηρία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανθεκτικότητα μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ

προσκόλλησης και ευημερίας, ενώ τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα επηρεάζουν αυτή τη σχέση. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της ενίσχυσης της ανθεκτικότητας και της αντιμετώπισης ψυχολογικών δυσκολιών για την προώθηση της ευημερίας.

Η έρευνα των Holt et al. (2012) εξετάζει τον ρόλο του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη παιδιών με ακουστική αναπηρία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ένα υποστηρικτικό και εμπλουτισμένο οικογενειακό περιβάλλον συνδέεται με καλύτερη γλωσσική, ψυχοκοινωνική και γνωστική ανάπτυξη, ενισχύοντας την προσκόλληση και τη συνολική ευημερία των παιδιών.

Η μελέτη των Li & Wang (2022) υπογραμμίζει τη σημασία της συναισθηματικής διαθεσιμότητας των γονέων και της οπτικής επαφής σε περιβάλλοντα όπου η προφορική επικοινωνία είναι περιορισμένη λόγω της ακουστικής αναπηρίας. Οι συγγραφείς παρατήρησαν ότι η χρήση ενισχυμένων οπτικοκινητικών σημάτων και η τακτική φυσική επαφή ενισχύουν τον ασφαλή δεσμό προσκόλλησης σε βρέφη με βαρηκοΐα.

Αντίστοιχα, η μελέτη των Martínez et al. (2017) στην Ισπανία έδειξε ότι οι μητέρες παιδιών με σοβαρή απώλεια ακοής παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα γονεϊκής εμπλοκής και συναισθηματικής σύνδεσης, γεγονός που οδήγησε σε αυξημένη ανθεκτικότητα στα παιδιά και καλύτερη συναισθηματική αυτορρύθμιση. Οι γονείς που λάμβαναν πρώιμη υποστήριξη μέσω παρεμβατικών προγραμμάτων ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν ασφαλείς σχέσεις με τα παιδιά τους.

Επιπλέον, η ποιοτική μελέτη των Reeves & Toller (2016) αποκάλυψε ότι οι γονείς παιδιών με ακουστική αναπηρία, ιδιαίτερα εκείνοι χωρίς προηγούμενη εμπειρία με την κοινότητα των Κωφών, συχνά βίωναν συναισθήματα άγχους και απομόνωσης. Ωστόσο, η συμμετοχή τους σε ομάδες γονέων και η έκθεση σε διγλωσσικά περιβάλλοντα (νοηματική και προφορική γλώσσα) αύξησε τη γονεϊκή τους αυτοπεποίθηση και ενίσχυσε τις σχέσεις προσκόλλησης.

Τέλος, η μελέτη των Singh et al. (2021) σε παιδιά με κοχλιακά εμφυτεύματα έδειξε ότι οι θετικοί γονεϊκοί δείκτες — όπως η υπομονή, η ακρόαση μέσω βλέμματος και η ενθάρρυνση μη λεκτικής έκφρασης — συσχετίστηκαν με μεγαλύτερη συναισθηματική ασφάλεια και κοινωνική προσαρμοστικότητα.

Αν και η ακουστική αναπηρία θέτει επιπλέον προκλήσεις για τη γονεϊκή προσκόλληση, οι γονείς που υιοθετούν στρατηγικές συναισθηματικής υποστήριξης και επικοινωνίας είναι σε θέση να δημιουργήσουν ισχυρούς και ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης με τα παιδιά τους. Η γονεϊκή ευαισθησία και η προσαρμογή στις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών με ακουστική αναπηρία είναι κρίσιμες για την ψυχολογική ευημερία τους και την ανάπτυξη ασφαλών συναισθηματικών δεσμών. Η γονεϊκή προσκόλληση σε παιδιά με ακουστική αναπηρία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η επικοινωνία, η συναισθηματική υποστήριξη, το οικογενειακό περιβάλλον και η ψυχολογική ευημερία των γονέων. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων και η εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών μπορούν να ενισχύσουν τους δεσμούς προσκόλλησης και να προάγουν την ανάπτυξη και την ευημερία των παιδιών.

Οι δεσμοί προσκόλλησης στα παιδιά με κινητική αναπηρία αποτελούν ένα σημαντικό και περίπλοκο πεδίο μελέτης, καθώς η φυσική και συναισθηματική ανάπτυξή τους συνδέεται στενά με τις γονεϊκές στρατηγικές και τις οικογενειακές δυναμικές. Η ψυχολογική ευημερία των γονέων και η ανταπόκρισή τους στις ανάγκες των παιδιών τους διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη των δεσμών προσκόλλησης.

Η έρευνα των Lindström et al. (2015) υποδεικνύει ότι τα παιδιά με εγκεφαλική παράλυση αναπτύσσουν συνήθως ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης όταν οι γονείς είναι ευαίσθητοι και συνεπείς στις ανάγκες τους. Ωστόσο, το άγχος των γονέων λόγω των αυξημένων αναγκών φροντίδας του παιδιού μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών τους. Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της γονεϊκής υποστήριξης στην ανάπτυξη ασφαλών δεσμών προσκόλλησης και τη συνέπεια στην αντίδραση των γονέων στα ερεθίσματα του παιδιού.

Η Tavassoli et al. (2018) εντόπισαν ότι το άγχος των γονέων μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ανασφαλών δεσμών προσκόλλησης, γεγονός που καθιστά την αναγνώριση και την αποδοχή των συναισθηματικών αναγκών του παιδιού ακόμη πιο σημαντική. Οι γονείς που είναι σε θέση να διαχειρίζονται το άγχος τους αποτελούν ένα κρίσιμο παράγοντα για τη δημιουργία υγιών συναισθηματικών σχέσεων με τα παιδιά τους. Η στήριξη των γονέων μέσω προγραμμάτων παρέμβασης μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των δεσμών προσκόλλησης και στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων του άγχους τους.

Η Schalock et al. (2014) αναφέρουν ότι οι ισχυροί δεσμοί προσκόλλησης μεταξύ γονέων και παιδιών μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων και στην ενίσχυση της ψυχολογικής ευημερίας του παιδιού με κινητική αναπηρία. Η μελέτη αυτή επισημαίνει τη σημασία της συναισθηματικής υποστήριξης και της συνεπής αντίδρασης των γονέων στις ανάγκες του παιδιού, οι οποίες ενδυναμώνουν τη συναισθηματική ανάπτυξη και ενισχύουν τις κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού.

Επιπλέον, η μελέτη των McCabe & Prasad (2012) υπογραμμίζει τη σημασία της προσαρμογής των γονέων στις ανάγκες των παιδιών τους, και τονίζει ότι η συναισθηματική υποστήριξη είναι θεμελιώδης για την ανάπτυξη ασφαλών δεσμών προσκόλλησης. Οι γονείς που διαχειρίζονται αποτελεσματικά τις προκλήσεις που σχετίζονται με την αναπηρία, προάγουν την ανάπτυξη υγιών σχέσεων και ενισχύουν την αυτοεκτίμηση των παιδιών τους.

Η έρευνα των Mastromarino et al. (2017) επισημαίνει ότι η πρόωπη παρέμβαση μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη δημιουργία ασφαλών δεσμών προσκόλλησης και στη συναισθηματική ρύθμιση των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση. Η μελέτη αυτή αναδεικνύει τη σημασία των πρώιμων προγραμμάτων υποστήριξης για την ενίσχυση της γονεϊκής ευαισθησίας και της συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού.

Η έρευνα των Hwang & Kim (2019) αναφέρει ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των δεσμών προσκόλλησης στα παιδιά με κινητική αναπηρία. Οι

γονείς που αναπτύσσουν στρατηγικές προσαρμογής και ενισχύουν την ψυχολογική ανθεκτικότητα τους είναι πιο πιθανό να υποστηρίξουν θετικά τη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών τους.

Συμπερασματικά, η γονεϊκή υποστήριξη, η συναισθηματική ανταπόκριση και η προσαρμογή στις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών με κινητική αναπηρία αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία για την ανάπτυξη ασφαλών δεσμών προσκόλλησης. Η πρόωπη παρέμβαση και οι στρατηγικές προσαρμογής των γονέων είναι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική ευημερία και την κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών αυτών.

*"Η προσωπικότητά μας είναι κήπος,
ενώ η θέλησή μας είναι ο κηπουρός."*

— Francis Bacon

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Οι επαγγελματίες υγείας και όσοι εργάζονται καθημερινά με παιδιά και εφήβους συχνά αντιμετωπίζουν προκλήσεις λόγω δύσκολων συμπεριφορών, οι οποίες μπορεί να παρεμποδίζουν την εργασία τους και να δημιουργούν προβληματισμούς σχετικά με την κατανόηση και τη διαχείρισή τους. Αυτή η παρατήρηση αποτέλεσε τη βάση για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την εμφάνιση αυτών των συμπεριφορών. Η *προσωπικότητα* ορίζεται ως «τα σχετικά σταθερά πρότυπα σκέψης, συναισθημάτων και συμπεριφοράς που εκφράζουν την τάση ενός ατόμου να αντιδρά με συγκεκριμένους τρόπους σε ορισμένες συνθήκες». Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι «τα σχετικά διαρκή πρότυπα σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που αντανακλούν την τάση του ατόμου να αντιδρά με ορισμένους τρόπους κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες» (Roberts, 2009, p.137).

2.1. Ορισμοί της Προσωπικότητας

Όλοι στην καθημερινότητά μας αντιμετωπίζουμε πληθώρα δυσκολιών, οι οποίες για να αντιμετωπιστούν πρέπει να είμαστε επιφορτισμένοι με ποικιλία δεξιοτήτων και γνώσεων. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μας είναι προϊόν σταθερών γενετικών παραγόντων και μεταβαλλόμενων περιβαλλοντικών παραγόντων. Η έρευνα επικεντρώνεται σε εξωτερικές πτυχές της προσωπικότητας, όπως η εμφάνιση και η συμπεριφορά, χωρίς να διερευνά

σε βάθος την πιο βαθιά δομή της προσωπικότητας του κάθε ατόμου. Με αυτό τον τρόπο ο άνθρωπος παρουσιάζεται σαν να γεννήθηκε ενήλικας χωρίς να έχει περάσει από το στάδιο της παιδικής ηλικίας. Η προσωπικότητα είναι μοναδική και ανεπανάληπτη για όλους ανεξαιρέτως και περικλείει την ψυχοσύνθεση, το νοητικό δυναμικό και τις συναισθηματικές αντιδράσεις του κάθε ατόμου. Όλα τα παραπάνω διαμορφώνονται μέσα από κοινωνικές αλληλεπιδράσεις στο οικογενειακό, σχολικό και ευρύτερο περιβάλλον κατά τη διάρκεια της βρεφικής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Η προσωπικότητα έχει ως βάση τις προσωπικές εμπειρίες του κάθε ατόμου και είναι ανεπηρέαστη από φιλικές και συγγενικές σχέσεις. Οι επιστημονικές μελέτες έχουν προσπαθήσει να εντοπίσουν νόρμες στις σκέψεις και στις αντιδράσεις των ατόμων και έχουν επικεντρωθεί στις συμπεριφορές που πραγματικά επηρεάζουν το ίδιο το άτομο. Η διερεύνηση της προσωπικότητας έχει οδηγήσει τους ερευνητές στη διατύπωση και διαμόρφωση ποικίλων θεωριών, οι οποίες περιγράφουν τα θεμελιώδη δομικά συστατικά της ορολογίας (Kohnstamm et al., 1995).

Ο *Allport* (1937) ασχολήθηκε ιδιαίτερος με το θέμα του ορισμού της προσωπικότητας και αναφέρει ότι μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις βασικές ομάδες, ανάλογα με το πώς προσεγγίζεται η έννοια αυτή:

- ❖ **Εξωτερικό αποτέλεσμα:** Αυτή η κατηγορία εστιάζει στην αξία που αποδίδεται στα εξωτερικά ερεθίσματα του ατόμου και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες.
- ❖ **Εσωτερική δομή:** Οι ορισμοί αυτής της κατηγορίας αναγνωρίζουν την προσωπικότητα ως αυτοτελής και ανεπανάληπτη και επικεντρώνονται στη βαθύτερη δομική της διάσταση.
- ❖ **Θετικιστική προσέγγιση:** Οι οπαδοί αυτού του ορισμού συνδέουν την προσωπικότητα με το σύνολο των συμπεριφοριστικών χαρακτηριστικών του ατόμου και τη θεωρούν Εδώ, η προσωπικότητα αντιμετωπίζεται ως μια θεωρητική και διανοητική σύλληψη, θεωρώντας ότι, η οποία δεν μπορεί να μελετηθεί, αμφισβητώντας με αυτόν τον τρόπο τη δυνατότητα της μελέτης των χαρακτηριστικών της. Οι θετικιστικοί ορισμοί συχνά συνδέουν την προσωπικότητα με τη συμπεριφορά.

Ο Allport (1937, p.29) ορίζει την *προσωπικότητα* ως μια «δυναμική οργάνωση εντός του ατόμου εκείνων των ψυχοφυσικών συστημάτων, που καθορίζουν τη χαρακτηριστική συμπεριφορά και σκέψη του». Ο Pervin (1993, p. 48) προτείνει έναν λειτουργικό ορισμό, χαρακτηρίζοντας την προσωπικότητα ως «τα χαρακτηριστικά που ευθύνονται για τα σταθερά πρότυπα συμπεριφοράς», ενώ οι Boyatzis et al. (1999, p. 81) εξετάζουν τη σχέση της προσωπικότητας με το νοητικό δυναμικό του ατόμου. Υποστηρίζουν ότι η προσωπικότητα είναι αυτό που είναι «σταθερό, εσωτερικό και διαφορετικό σε κάθε άτομο», επηρεάζοντας τον τρόπο αξιοποίησης των πληροφοριών που επεξεργάζεται το άτομο, σε αντίθεση με τη νοημοσύνη, που αφορά κυρίως την ταχύτητα επεξεργασίας. Οι Lawrence et al. (1970, p. 54) και οι Cervone & Pervin (2022, p. 63) την περιγράφουν ως «τα χαρακτηριστικά που εξηγούν τους σταθερούς τύπους συναισθημάτων, σκέψης και συμπεριφοράς». Τέλος, ο Eysenck (1985, p. 37), αναφέρει ότι η προσωπικότητα είναι η «σχετικά σταθερή και διαρκής οργάνωση του χαρακτήρα, της ιδιοσυγκρασίας, της νόησης και της φυσιολογίας, που καθορίζει τον μοναδικό τρόπο με τον οποίο το άτομο προσαρμόζεται στο περιβάλλον».

2.2. Βιολογικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

Η προσωπικότητα διαμορφώνεται από τη σύνθετη αλληλεπίδραση βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, γεγονός που έχει οδηγήσει σε *δύο διαμετρικά αντίθετες θεωρητικές προσεγγίσεις*. Ένα σημαντικό μέρος της ερευνητικής κοινότητας υποστηρίζει ότι τα βασικά στοιχεία της προσωπικότητας στηρίζονται σε βιολογικούς παράγοντες. Για να στηριχθεί η παραπάνω άποψη, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν για δείγμα στις έρευνες τους μονοζυγωτικούς διδύμους που ανατράφηκαν στον ίδιο χώρο και μονοζυγωτικούς διδύμους που ανατράφηκαν σε ξεχωριστά περιβάλλοντα. Τα αποτελέσματα έδειξαν αξιοσημείωτες ομοιότητες. Διαπιστώθηκε, επίσης, ομοιότητα σε υιοθετημένα παιδιά και στους γονείς τους ως προς τη νοητική ικανότητα και την ψυχροσύνθεσή τους (Plomin, 1994). Τα βιολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αφορούν κυρίως γενετικούς και νευροφυσιολογικούς παράγοντες. Οι μελέτες διδύμων αποτελούν βασική μέθοδο διερεύνησης της γενετικής επιρροής και έχουν αποδείξει ότι μεγάλο

μέρος της διακύμανσης σε βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας, όπως η εξωστρέφεια, ο νευρωτισμός και η συνεπής συμπεριφορά, αποδίδεται σε γενετικούς παράγοντες (Bouchard, 2004; Plomin et al., 2016). Η θεωρία του Eysenck για τις διαστάσεις της προσωπικότητας (νευρωτισμός, εξωστρέφεια και ψυχωτισμός) βασίστηκε σε βιολογικά ευρήματα, προτείνοντας ότι οι διαφορές στην εγκεφαλική διέγερση εξηγούν την εξωστρέφεια και την εσωστρέφεια. Πιο συγκεκριμένα, τα εξωστρεφή άτομα έχουν χαμηλότερο βασικό επίπεδο εγκεφαλικής διέγερσης και αναζητούν εξωτερικά ερεθίσματα, ενώ οι εσωστρεφείς παρουσιάζουν υψηλότερη διέγερση και τείνουν να αποφεύγουν έντονη εξωτερική διέγερση (Eysenck, 1967). Επιπλέον, οι νευροδιαβιβαστές παίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της διάθεσης και της συμπεριφοράς. Η σεροτονίνη έχει συσχετιστεί με τον έλεγχο των παρορμήσεων και τη συναισθηματική σταθερότητα, ενώ η ντοπαμίνη εμπλέκεται στη λειτουργία της ανταμοιβής και σχετίζεται με χαρακτηριστικά όπως η αναζήτηση εμπειριών (Depue & Collins, 1999). Η σύγχρονη νευροαπεικόνιση έχει επιβεβαιώσει τη συμμετοχή συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου. Η αμυγδαλή εμπλέκεται στην επεξεργασία απειλητικών ερεθισμάτων και σχετίζεται με το άγχος, ενώ ο προμετωπιαίος φλοιός ρυθμίζει την αυτοσυγκράτηση και τον σχεδιασμό πράξεων (Canli, 2006). Τέλος, η γενετική προδιάθεση δεν προσδιορίζει την προσωπικότητα με απόλυτο τρόπο. Αντίθετα, επηρεάζει την ευαισθησία του ατόμου σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα, δηλαδή το πώς το περιβάλλον θα διαμορφώσει την προσωπικότητα (Caspi et al., 2002).

Αντιθέτως, ένα άλλο μέρος της ερευνητικής κοινότητας υποστηρίζει ότι οι εξωτερικοί-περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας (κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, συνθήκες διαβίωσης κ.ά.) (Μόττη-Στεφανίδη, 1996; Σαρρής, 2024). Σύμφωνα με τον Loehlin (1992), επιβεβαιώνεται ότι σχεδόν κάθε σημαντικό χαρακτηριστικό έχει γενετική διάσταση και αποσαφηνίζεται η επίδραση της κληρονομικότητας στους πέντε μεγάλους παράγοντες προσωπικότητας. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, την ανατροφή από τους γονείς, τις κοινωνικές επιρροές, την κουλτούρα και τα σχολικά και κοινωνικά πλαίσια. Η οικογένεια και ιδιαίτερα το γονεϊκό στυλ είναι καθοριστικοί παράγοντες. Για παράδειγμα, οι αυστηρά ελεγκτικοί και

τιμωρητικοί γονείς συχνά σχετίζονται με αυξημένο άγχος και μειωμένη αυτοεκτίμηση στα παιδιά (Baumrind, 1991). Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Bandura (1986) προτείνει ότι τα παιδιά υιοθετούν μοτίβα συμπεριφοράς μέσω παρατήρησης, μίμησης και ενίσχυσης. Τα πρότυπα που παρουσιάζονται στο άμεσο περιβάλλον (γονείς, εκπαιδευτικοί, συνομήλικοι) αποτελούν μοντέλα συμπεριφοράς και προσωπικότητας. Η κουλτούρα επηρεάζει την έννοια και τις αξίες που αποδίδονται στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Για παράδειγμα, σε συλλογιστικές κοινωνίες (όπως η Ιαπωνία ή η Κορέα), η συμμόρφωση, η αρμονία και η ενσυναίσθηση τείνουν να ενισχύονται, ενώ σε ατομικιστικές κοινωνίες (όπως οι ΗΠΑ) δίνεται έμφαση στην αυτονομία, την έκφραση και την προσωπική επιτυχία (Triandis, 2001). Η επίδραση των κρίσιμων γεγονότων της ζωής (όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου, το διαζύγιο, η φτώχεια ή το τραύμα) διαμορφώνει επίσης την προσωπικότητα μέσω των μηχανισμών της προσαρμογής, της άμυνας ή της απομόνωσης, με μακροχρόνιες επιπτώσεις στον συναισθηματικό κόσμο του ατόμου (McCrae & Costa, 2003). Τέλος, η αλληλεπίδραση γονιδίων-περιβάλλοντος εξηγεί γιατί άτομα με την ίδια γενετική βάση εκδηλώνουν διαφορετική προσωπικότητα αναλόγως των εμπειριών τους. Για παράδειγμα, σύμφωνα με την έρευνα των Caspi et al. (2002), άτομα με συγκεκριμένη μετάλλαξη του γονιδίου MAOA εμφάνιζαν αυξημένη επιθετικότητα μόνο όταν είχαν υποστεί κακοποίηση στην παιδική ηλικία.

2.3. Τύποι Προσωπικότητας

Οι αρχικοί τύποι της προσωπικότητας, όπως τους καθόρισε ο Ιπποκράτης, είναι οι εξής:

- ❖ Ο σίγουρος τύπος,
- ❖ Ο ευερέθιστος τύπος,
- ❖ Ο φλεγματικός τύπος και
- ❖ Ο μελαγχολικός τύπος.

Ο Pavlov διεξήγαγε πειράματα με τα σκυλιά του για να ερευνήσει πώς διαχειρίζονταν τις συναισθηματικές τους συγκρούσεις. Σε ένα από αυτά τα πειράματα, εκπαιδευσε τα ζώα να αρχίζουν να τρώνε όταν άκουγαν τον ήχο ενός

συγκεκριμένου κουδουνιού. Αντίστοιχα, με έναν άλλο ήχο κουδουνιού, τους δίδαξε να σταματούν να τρώνε. Κάποια στιγμή, χτύπησε ταυτόχρονα και τα δύο κουδούνια – το ένα που σήμαινε «έναρξη φαγητού» και το άλλο που σήμαινε «τέλος φαγητού» – παρατηρώντας τις αντιδράσεις των σκύλων. Ορισμένα από αυτά παρέμειναν ήρεμα και ευδιάθετα, άλλα εμφάνισαν νευρικότητα, ενώ μερικά φάνηκαν να «τρελαίνονται». Ορισμένα λιποθύμησαν, ενώ κάποια κλαψούριζαν ασταμάτητα, δείχνοντας συμπτώματα νευρικού κλονισμού.

Αργότερα, άλλες θεωρίες συνέδεσαν αυτά τα διαφορετικά μοτίβα αντίδρασης με τα κλιματικά χαρακτηριστικά και τους ανθρώπινους τύπους. Σύμφωνα με αυτές, οι Ιταλοί (θερμό και υγρό κλίμα) θεωρούνται σίγουροι, οι Άραβες (θερμό και ξηρό κλίμα) ευερέθιστοι, οι Ρώσοι (δροσερό και ξηρό κλίμα) μελαγχολικοί, ενώ οι Άγγλοι (δροσερό και υγρό κλίμα) χαρακτηρίζονται ως φλεγματικοί.

Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές καταστάλαξαν σε *πέντε θεμελιώδεις παράγοντες της προσωπικότητας*, οι οποίοι είναι οι παρακάτω:

- ❖ Συναισθηματική Αντιδραστικότητα,
- ❖ Ευσυνειδησία,
- ❖ Προσήνεια,
- ❖ Εξωστρέφεια, και
- ❖ Διανοητική Ανάπτυξη

(Ozer & Reise, 1994; Widiger & Costa, 1994)

Υπάρχουν, βέβαια, και μερικές ιδιαίτερες υποκλίμακες, όπως το μοντέλο των πέντε παραγόντων (FFM), που περιλαμβάνουν και επιμέρους άλλα χαρακτηριστικά που ελλοχεύουν μέσα σε καθένα από τους μεγάλους παράγοντες (Robins & John, 1993).

Από διαφορετική οπτική, η θεωρία του Carl Jung (1921/1971) ταξινομεί τους ανθρώπους σε οκτώ τύπους με βάση δύο βασικές κατηγορίες: την εσωστρέφεια–εξωστρέφεια και τις τέσσερις ψυχολογικές λειτουργίες (σκέψη, συναίσθημα, αίσθηση, διαίσθηση). Η θεωρία αυτή αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη του ευρέως διαδεδομένου Δείκτη Τύπων της Myers–Briggs (MBTI), ο οποίος χρησιμοποιείται εκτενώς στη συμβουλευτική, τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού και την εκπαιδευτική καθοδήγηση (Myers & Briggs,

1998). Αν και ο MBTI είναι δημοφιλής, έχει δεχτεί κριτική για την περιορισμένη ψυχομετρική του εγκυρότητα και αξιοπιστία, ιδίως σε ακαδημαϊκά περιβάλλοντα (John et al., 2008).

Η βιολογική προσέγγιση στην προσωπικότητα, εκπροσωπούμενη από τον Eysenck (1990), τονίζει ότι οι ατομικές διαφορές είναι εν μέρει αποτέλεσμα γενετικών και νευροφυσιολογικών διαφορών. Ο ίδιος πρότεινε τρεις βασικές διαστάσεις: εξωστρέφεια–εσωστρέφεια, νευρωτισμός–συναισθηματική σταθερότητα και ψυχωτισμός. Αυτές οι διαστάσεις θεωρούνται βιολογικά καθορισμένες και μετρήσιμες μέσω φυσιολογικών δεικτών όπως η διέγερση του νευρικού συστήματος, παρέχοντας έναν γέφυρα μεταξύ ψυχολογίας και νευροεπιστήμης.

Το μοντέλο HEXACO που αναπτύχθηκε από τους Ashton & Lee (2007), επεκτείνει το μοντέλο των πέντε παραγόντων προσθέτοντας μια έκτη διάσταση: την ειλικρίνεια–ταπεινότητα. Αυτό το χαρακτηριστικό σχετίζεται με την ηθική συμπεριφορά, την ειλικρίνεια, την αποφυγή χειραγώγησης και την ταπεινότητα. Το HEXACO μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη της επιθετικότητας, της ανεντιμότητας και της κοινωνικής ευθύνης, παρέχοντας πιο διεισδυτική εικόνα στις ατομικές διαφορές ηθικής φύσης.

Ο Allport (1937), ένας από τους πρώτους θεωρητικούς της προσωπικότητας, εισήγαγε την έννοια των “προσωπικών διαθεσεων”, υποστηρίζοντας ότι κάθε άτομο έχει έναν μοναδικό συνδυασμό χαρακτηριστικών. Η προσέγγισή του επικεντρώνεται στη μοναδικότητα του ατόμου και την εσωτερική του συνέπεια. Η έμφαση του Allport στη μοναδικότητα παραμένει επίκαιρη, ιδιαίτερα στο πεδίο της θετικής ψυχολογίας και της προσωποκεντρικής θεραπείας.

Πιο πρόσφατα, οι Saucier & Srivastava (2015) πρότειναν την ανάγκη αξιολόγησης εναλλακτικών μοντέλων προσωπικότητας, επισημαίνοντας ότι οι πολιτισμικοί παράγοντες, η γλώσσα και οι κοινωνικές δομές παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των προσωπικών διαφορών. Αυτή η αντίληψη προωθεί μια περισσότερο πολιτισμικά ευαίσθητη προσέγγιση στη μελέτη της προσωπικότητας.

Αθροιστικά, οι τύποι προσωπικότητας αποτελούν ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που μελετάται μέσα από πολλαπλά θεωρητικά πρίσματα. Κάθε προσέγγιση – είτε πρόκειται για ψυχομετρική, βιολογική, ψυχοδυναμική ή ανθρωπιστική – προσφέρει ένα ξεχωριστό εργαλείο κατανόησης του ανθρώπου. Στην πράξη, η γνώση των τύπων προσωπικότητας χρησιμοποιείται σε πληθώρα τομέων όπως η επαγγελματική επιλογή, η θεραπεία ψυχικών διαταραχών, η εκπαιδευτική ενίσχυση, η ενίσχυση της ηγεσίας και η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων.

2.4. Θεωρίες Προσωπικότητας

2.4.1. Θεωρία Γνωρισμάτων Προσωπικότητας

Η θεωρία των γνωρισμάτων της προσωπικότητας αποτελεί μια από τις αρχαιότερες θεωρήσεις αναφορικά με την προσωπικότητα και διαμορφώθηκε από σπουδαίους ερευνητές όπως ο Allport, ο Catell και ο Eysenck. Με τον όρο «γνωρίσματα» θεωρούνται ότι είναι τα μέσα για την ταξινόμηση παρεμφερών συμπεριφορών. Η Θεωρία Γνωρισμάτων της Προσωπικότητας (Trait Theory) αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές και μακροχρόνιες θεωρητικές προσεγγίσεις για την κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Κεντρική ιδέα της θεωρίας αυτής είναι ότι η προσωπικότητα μπορεί να περιγραφεί μέσω σταθερών και διακριτών χαρακτηριστικών ή γνωρισμάτων, τα οποία διατηρούνται διαχρονικά και εκδηλώνονται με συνέπεια σε διαφορετικές καταστάσεις (Funder, 2016).

Τα γνωρίσματα θεωρούνται ως οι βασικές δομικές μονάδες της προσωπικότητας, αντιπροσωπεύοντας πρότυπα συμπεριφοράς, συναισθημάτων και σκέψης. Ένα γνώρισμα δεν εκδηλώνεται πάντα με τον ίδιο τρόπο, αλλά αντανakλά μια στατιστική τάση του ατόμου να συμπεριφέρεται με έναν συγκεκριμένο τρόπο (McCrae & Costa, 2008). Έτσι, η θεωρία γνωρισμάτων δεν υποστηρίζει την απόλυτη στατικότητα της προσωπικότητας, αλλά αποδέχεται ότι τα γνωρίσματα εκδηλώνονται ανάλογα με τις συνθήκες, αν και η βασική προδιάθεση παραμένει σταθερή.

Τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στη μελέτη της δομής και σταθερότητας των γνωρισμάτων κατά τη διάρκεια της ζωής. Ερευνητικά

δεδομένα υποδεικνύουν ότι, ενώ τα γνωρίσματα είναι σχετικά σταθερά, παρουσιάζουν μια εξελικτική προσαρμογή καθώς τα άτομα ωριμάζουν (Roberts, Walton, & Viechtbauer, 2006). Για παράδειγμα, η συνειδητότητα και η συναισθηματική σταθερότητα τείνουν να αυξάνονται κατά την ενηλικίωση, αντανακλώντας μια διαδικασία ψυχολογικής ωρίμανσης.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της θεωρίας είναι ότι τα γνωρίσματα δεν θεωρούνται δυαδικές κατηγορίες ("έχεις" ή "δεν έχεις" το γνώρισμα), αλλά διαστάσεις στις οποίες κάθε άτομο μπορεί να τοποθετηθεί σε διαφορετικά σημεία ενός συνεχούς (DeYoung, 2015). Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να είναι μέτρια εξωστρεφής ή εξαιρετικά συναισθηματικά σταθερός.

Πολυάριθμες μελέτες έχουν διερευνήσει τις βιολογικές και γενετικές βάσεις των γνωρισμάτων. Υπάρχουν ευρήματα που δείχνουν ότι τα βασικά γνωρίσματα της προσωπικότητας έχουν σημαντικό βαθμό κληρονομικότητας (Jang, Livesley, & Vernon, 1996). Η γενετική έρευνα μέσω μελετών διδύμων έχει καταδείξει ότι χαρακτηριστικά όπως η εξωστρέφεια και ο νευρωτισμός επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες.

Παράλληλα, οι θεωρίες γνωρισμάτων δίνουν έμφαση και στην επίδραση του περιβάλλοντος. Παράγοντες όπως η οικογένεια, η κουλτούρα και οι εμπειρίες ζωής μπορούν να ενισχύσουν ή να μετριάσουν την έκφραση συγκεκριμένων γνωρισμάτων (Caspi, Roberts, & Shiner, 2005). Για παράδειγμα, ένα παιδί με έμφυτη τάση προς την εσωστρέφεια μπορεί να αναπτύξει μεγαλύτερη κοινωνικότητα εάν ανατραφεί σε περιβάλλον που ενισχύει τη διαπροσωπική επικοινωνία.

Επιπλέον, σημαντική πρόοδος έχει γίνει στη μελέτη της προγνωστικής αξίας των γνωρισμάτων. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα γνωρίσματα της προσωπικότητας συνδέονται με μια πληθώρα εκβάσεων, όπως η ακαδημαϊκή επιτυχία, η επαγγελματική επίδοση, η ψυχική και σωματική υγεία και η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων (Ozer & Benet-Martínez, 2006). Για παράδειγμα, άτομα υψηλά στη συνειδητότητα τείνουν να έχουν καλύτερη επαγγελματική απόδοση και καλύτερη φυσική υγεία, ενώ υψηλός νευρωτισμός σχετίζεται με μεγαλύτερη ευαλωτότητα σε καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα.

Η Θεωρία Γνωρισμάτων αποτελεί επίσης το θεωρητικό υπόβαθρο για πολλά από τα πιο δημοφιλή εργαλεία αξιολόγησης προσωπικότητας, όπως το NEO Personality Inventory και το Big Five Inventory (McCrae & Costa, 1992). Αυτά τα εργαλεία έχουν αποδειχθεί αξιόπιστα και έγκυρα στη μέτρηση των βασικών διαστάσεων της προσωπικότητας και χρησιμοποιούνται ευρέως τόσο στην ερευνητική όσο και στην κλινική πρακτική.

Παρά την ισχυρή επιστημονική υποστήριξη, η Θεωρία Γνωρισμάτων έχει δεχθεί κριτική. Μια σημαντική ένσταση αφορά την ικανότητά της να εξηγήσει την δυναμική της προσωπικότητας, δηλαδή το πώς και γιατί αλλάζει ή εκδηλώνεται διαφορετικά ανάλογα με το πλαίσιο. Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι τα γνωρίσματα μπορεί να είναι πολύ γενικά και να μην λαμβάνουν υπόψη τις λεπτές αποχρώσεις της ανθρώπινης εμπειρίας (Mischel, 1968).

Παρόλα αυτά, η Θεωρία Γνωρισμάτων εξακολουθεί να αποτελεί έναν από τους πιο επιδραστικούς τρόπους κατανόησης της προσωπικότητας, παρέχοντας ένα σταθερό και διαχρονικό πλαίσιο για την περιγραφή των ατομικών διαφορών.

2.4.2. Θεωρία Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας του Allport

Ο Allport επικεντρώθηκε στα χαρακτηριστικά καθώς τα θεωρούσε απαραίτητα για να κατανοήσουμε πώς αντιδρά ο άνθρωπος σε διάφορα περιστατικά και εξήρε την μοναδικότητα του ανθρώπινου χαρακτήρα. Ο Allport τα διαχωρίζει σε *τρεις βασικές ομάδες*:

- ❖ *Πρωτεύοντα*: τα επικρατέστερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας
- ❖ *Κεντρικά*: οι τάσεις του ατόμου και τα χαρακτηριστικά του σε πιο περιορισμένο φάσμα καταστάσεων
- ❖ *Δευτερεύοντα*: τα πιο ασήμαντα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης προσωπικότητας (Allport, 1937)

Ο Allport εισήγαγε επίσης την κρίσιμη διάκριση μεταξύ της ιδιογραφικής και της νομοθετικής προσέγγισης στη μελέτη της προσωπικότητας. Ενώ η νομοθετική προσέγγιση αναζητά γενικούς κανόνες και μοτίβα που ισχύουν για όλους τους ανθρώπους, η ιδιογραφική εστιάζει στην εις

βάθος κατανόηση της μοναδικότητας του κάθε ατόμου (Allport, 1961). Για τον Allport, κάθε άνθρωπος πρέπει να μελετάται ως ένα μοναδικό σύστημα, που δεν μπορεί να κατανοηθεί μόνο μέσα από στατιστικές γενικεύσεις.

Ιδιαίτερα καινοτόμο υπήρξε και το θεωρητικό σχήμα της λειτουργικής αυτονομίας των κινήτρων (functional autonomy). Ο Allport (1961) υποστήριξε ότι πολλές συμπεριφορές που αναπτύσσονται για την ικανοποίηση πρωταρχικών αναγκών, στη συνέχεια αποκτούν μία αυτονομία και συνεχίζονται για λόγους που έχουν αποκοπεί από το αρχικό τους κίνητρο. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να ξεκινήσει να εργάζεται σκληρά για λόγους επιβίωσης αλλά να συνεχίσει να το κάνει επειδή απολαμβάνει το αίσθημα προσωπικής επίτευξης που προκύπτει από την εργασία (Schultz & Schultz, 2016).

Η εστίαση του Allport στον ενεργητικό ρόλο του ατόμου τον διαφοροποίησε ριζικά από ψυχαναλυτικές θεωρίες που έβλεπαν την ανθρώπινη συμπεριφορά ως αποτέλεσμα ασυνείδητων δυνάμεων ή συγκρούσεων. Αντίθετα, ο Allport έδινε ιδιαίτερη έμφαση στην ενσυνείδητη βούληση, στην λογική και στην ικανότητα του ατόμου να κατευθύνει τη ζωή του, αναγνωρίζοντας τη θεμελιώδη σημασία της προσωπικής ανάπτυξης και του σκοπού (McAdams, 2009).

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο του έργου του ήταν η έννοια του "proprium" - μια έννοια που χρησιμοποιούσε για να αναφερθεί σε όλες εκείνες τις όψεις του εαυτού που το άτομο αναγνωρίζει ως κεντρικές και ουσιώδεις (Allport, 1961). Το proprium περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως το αυτοεικόνα, την αυτοεκτίμηση και την αυτοαντίληψη, και υποδηλώνει ότι η προσωπικότητα είναι μια συνεκτική και εξελισσόμενη διαδικασία.

Σε αντίθεση με άλλες θεωρίες που επικεντρώνονταν στην παθολογία ή στην αποτυχία προσαρμογής, ο Allport ενδιαφερόταν για τα υγιή, λειτουργικά άτομα και ανέπτυξε ένα ανθρωπιστικό μοντέλο που έβλεπε το άτομο ως ένα ον που τείνει προς την αυτοπραγμάτωση και την εσωτερική συνοχή (Pervin, Cervone, & John, 2005).

Παρά το γεγονός ότι η θεωρία του Allport δεν συνοδευόταν από αυστηρές ψυχομετρικές μεθόδους ή εργαλειακές κλίμακες όπως συνέβη με άλλους θεωρητικούς (π.χ. Cattell με το 16PF ή Eysenck με τις διαστάσεις του), η επιρροή του στη μετέπειτα ανάπτυξη της ψυχολογίας της προσωπικότητας ήταν καθοριστική. Οι μεταγενέστερες θεωρίες, όπως το μοντέλο των Πέντε Παραγόντων (Big Five), αν και προσεγγίζουν την προσωπικότητα μέσω ευρύτερων κατηγοριών, παραμένουν πιστές στην βασική ιδέα του Allport ότι η προσωπικότητα μπορεί να περιγραφεί μέσω σταθερών και μετρήσιμων γνωρισμάτων (McCrae & Costa, 2008).

Η κριτική που δέχθηκε η θεωρία του επικεντρώθηκε κυρίως στην υποκειμενικότητα και την έλλειψη εμπειρικής τεκμηρίωσης. Παρ' όλα αυτά, σύγχρονες μελέτες δείχνουν ανανεωμένο ενδιαφέρον για ιδιογραφικές προσεγγίσεις, ιδίως στον χώρο της θετικής ψυχολογίας και της προσωποκεντρικής ψυχοθεραπείας, όπου η έμφαση δίνεται στη μοναδικότητα του κάθε ατόμου (Roberts & Jackson, 2008).

Συμπερασματικά, το έργο του Allport προσέφερε μία θεμελιώδη αλλαγή στην επιστημονική θεώρηση της προσωπικότητας, εστιάζοντας στην ατομικότητα, στη συνειδητότητα και στην αυτονομία του ανθρώπου. Η θεωρία του, αν και περισσότερο περιγραφική και φιλοσοφική παρά πειραματική, άνοιξε τον δρόμο για μία πιο ανθρωποκεντρική και πολυδιάστατη κατανόηση της ανθρώπινης φύσης.

2.4.3. Θεωρία Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας του Eysenck

Η Θεωρία Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας του Hans Eysenck αποτελεί μία από τις πιο επιδραστικές και επιστημονικά τεκμηριωμένες προσεγγίσεις στην ψυχολογία της προσωπικότητας. Ο Eysenck (1947, 1967) ανέπτυξε ένα διαστασιολογικό μοντέλο που βασίζεται στην υπόθεση ότι η προσωπικότητα μπορεί να περιγραφεί μέσα από ένα μικρό αριθμό βασικών διαστάσεων ή χαρακτηριστικών, τα οποία έχουν βιολογική βάση.

Αρχικά, ο Eysenck (1947) πρότεινε δύο βασικές διαστάσεις: την Εξωστρέφεια-Εσωστρέφεια (Extraversion-Introversion) και τη Νευρωτισμό-Σταθερότητα (Neuroticism-Stability). Αργότερα, πρόσθεσε μια τρίτη διάσταση, την Ψυχωτισμό (Psychoticism) (Eysenck & Eysenck, 1976). Κάθε άτομο τοποθετείται σε κάποιο σημείο του συνεχούς κάθε διάστασης, δημιουργώντας ένα πολυδιάστατο προφίλ προσωπικότητας.

Η διάσταση Εξωστρέφεια-Εσωστρέφεια σχετίζεται με το επίπεδο διέγερσης του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι εξωστρεφείς τείνουν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα βασικής διέγερσης και αναζητούν έντονα ερεθίσματα από το περιβάλλον, ενώ οι εσωστρεφείς έχουν υψηλότερα επίπεδα διέγερσης και προτιμούν πιο ήρεμα και ελεγχόμενα περιβάλλοντα (Eysenck, 1967). Αυτή η ιδέα υποστηρίχθηκε από μελέτες φυσιολογίας που συσχέτισαν τη δραστηριότητα του δικτυωτού σχηματισμού στον εγκέφαλο με τα επίπεδα εξωστρέφειας (Stelmack, 1990).

Η διάσταση Νευρωτισμού-Σταθερότητας αντανακλά τη συναισθηματική ευαισθησία και τη σταθερότητα του ατόμου. Τα άτομα με υψηλό νευρωτισμό τείνουν να είναι πιο αγχώδη, συναισθηματικά αντιδραστικά και επιρρεπή σε αρνητικά συναισθήματα, ενώ τα άτομα με χαμηλό νευρωτισμό είναι πιο ήρεμα και συναισθηματικά σταθερά (Eysenck, 1990).

Η τρίτη διάσταση, ο Ψυχωτισμός, προστέθηκε αργότερα και σχετίζεται με χαρακτηριστικά όπως η επιθετικότητα, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η έλλειψη ενσυναίσθησης και η τάση προς ασυνήθιστη ή εκκεντρική σκέψη (Eysenck & Eysenck, 1976). Αν και πιο αμφιλεγόμενη σε σχέση με τις δύο πρώτες διαστάσεις, η έννοια του ψυχωτισμού επιχειρεί να περιγράψει έναν άξονα που συνδέει την κανονικότητα με την ψυχοπαθολογία.

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της θεωρίας του Eysenck είναι η έμφαση στη βιολογική βάση της προσωπικότητας. Ο ίδιος υποστήριξε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι εν μέρει κληρονομικά και στηρίζονται σε φυσιολογικές και νευρολογικές διαδικασίες (Eaves, Eysenck, & Martin, 1989). Για παράδειγμα, υποστήριξε ότι οι διαφορές στην εξωστρέφεια σχετίζονται με την ενεργοποίηση του δικτυωτού ενεργοποιητικού συστήματος

(RAS), ενώ οι διαφορές στον νευρωτισμό σχετίζονται με τη λειτουργία του λιμβικού συστήματος.

Για την αξιολόγηση των διαστάσεων της προσωπικότητας, ο Eysenck ανέπτυξε ψυχομετρικά εργαλεία όπως το Eysenck Personality Inventory (EPI) και το μεταγενέστερο Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) (Eysenck & Eysenck, 1975). Αυτά τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν ευρέως σε ερευνητικές και κλινικές εφαρμογές, ενισχύοντας την αξιοπιστία και εγκυρότητα της θεωρίας του.

Ένα ενδιαφέρον σημείο είναι η σύνδεση που έκανε ο Eysenck ανάμεσα στην προσωπικότητα και στην ψυχοπαθολογία. Υποστήριξε ότι υψηλά επίπεδα νευρωτισμού συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών, ενώ υψηλός ψυχωτισμός μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ψυχωτικών διαταραχών (Claridge & Davis, 2003).

Η θεωρία του Eysenck, αν και ισχυρή, δέχτηκε και κριτική. Μερικοί ερευνητές υποστήριζαν ότι η διάσταση του ψυχωτισμού δεν ήταν τόσο σαφώς καθορισμένη και ότι η θεωρία παραγνώριζε τη σημασία του περιβάλλοντος και της κοινωνικής μάθησης στην ανάπτυξη της προσωπικότητας (McCrae & Costa, 1986). Παρά την κριτική, ωστόσο, το έργο του άνοιξε τον δρόμο για μελλοντικές προσεγγίσεις και συνέβαλε στην ανάπτυξη πιο σύνθετων μοντέλων, όπως το μοντέλο των Πέντε Παραγόντων (Big Five).

Πιο πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν την ύπαρξη βιολογικών υποστρωμάτων για διαστάσεις παρόμοιες με εκείνες που πρότεινε ο Eysenck. Η έρευνα στην γενετική συμπεριφοράς έχει δείξει ότι χαρακτηριστικά όπως η εξωστρέφεια και ο νευρωτισμός έχουν σημαντική κληρονομικότητα (Jang et al., 1996), ενώ οι νευροαπεικονιστικές μέθοδοι ενισχύουν τη σύνδεση μεταξύ προσωπικότητας και δομικών/λειτουργικών χαρακτηριστικών του εγκεφάλου (DeYoung et al., 2010).

Τέλος, η θεωρία του Eysenck συνέβαλε στην κατανόηση της προσωπικότητας όχι μόνο ως στατικού χαρακτηριστικού αλλά ως δυναμικού συστήματος που διαμορφώνει, σε συνδυασμό με βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, τις ατομικές διαφορές στην προσαρμογή, τη συμπεριφορά και την ψυχική υγεία. Συνολικά, το έργο του Eysenck συνεχίζει

να αποτελεί θεμέλιο λίθο της σύγχρονης προσωπικότητας, με ευρείες εφαρμογές στην κλινική πρακτική, την εκπαιδευτική ψυχολογία και την εργασιακή ψυχομετρία.

2.4.4. Θεωρία Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας του Cattell

Ο Cattell αντιλαμβάνεται το χαρακτηριστικό ως τον πυρήνα της προσωπικότητας. Θεωρεί ότι είναι μία εγγενής ροπή του ατόμου να επιδίδεται σε παρόμοιες συμπεριφορές κατ' εξακολούθηση σε διαφορετικούς χώρους και χρόνους. Η βασική διαφορά μεταξύ του Cattell και του Eysenck έγκειται στο ότι ο Cattell δίνει βάση στα χαρακτηριστικά, ενώ ο Eysenck τα μελετά σε βάθος (Cattell, 1965).

Ο Cattell διακρίνει τα χαρακτηριστικά σε *δύο κύριες κατηγορίες*:

- ❖ Τα *χαρακτηριστικά ικανότητας*, τα οποία βοηθούν το άτομο να αποδώσει λειτουργικά.
- ❖ Τα *επιφανειακά χαρακτηριστικά*, τα οποία αφορούν τον συναισθηματισμό και την ανταπόκριση σε διάφορα ερεθίσματα.

Ο Cattell αντλεί πληροφορίες από τρεις βασικές πηγές:

- ❖ Παρατήρηση (καταγραφή συμπεριφοράς του ατόμου σε διάφορες συνθήκες)
- ❖ Ερωτηματολόγια (αυτοαναφορές του ατόμου)
- ❖ Αντικειμενικές δοκιμασίες (συμπεριφορές του ατόμου σε ελεγχόμενες συνθήκες)

Μέσα από εκτεταμένη ανάλυση δεδομένων, ο Cattell κατέληξε ότι η προσωπικότητα μπορεί να περιγραφεί από 16 βασικά πηγαία χαρακτηριστικά, τα οποία αξιολόγησε μέσω του διαγνωστικού εργαλείου που δημιούργησε, το 16 Personality Factor Questionnaire (16PF) (Cattell, Eber, & Tatsuoka, 1970). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτέλεσε σταθμό στην επιστημονική μελέτη της προσωπικότητας, καθώς έδωσε έμφαση σε μια πολυδιάστατη προσέγγιση της ανθρώπινης φύσης.

Τα 16 χαρακτηριστικά που αναγνώρισε περιλαμβάνουν ιδιότητες όπως η θερμότητα, η λογική, η συναισθηματική σταθερότητα, η κυριαρχικότητα, η

ζωτικότητα και άλλες, καθεμιά από τις οποίες τοποθετείται σε ένα συνεχές (Cattell et al., 1970). Μέσα από το 16PF, ο Cattell έδειξε ότι η προσωπικότητα δεν μπορεί να περιγραφεί επαρκώς μέσω δύο ή τριών παραμέτρων, αλλά απαιτείται μια πολυδιάστατη προσέγγιση.

Επιπλέον, ο Cattell (1965) υποστήριξε ότι η προσωπικότητα επηρεάζεται από τρεις αλληλεπιδρώντες τομείς:

- ❖ Η προσωπικότητα ως τέτοια (Personality proper),
- ❖ Το διανοητικό δυναμικό (Ability structure), και
- ❖ Το κίνητρο και τα δυναμικά χαρακτηριστικά (Dynamic structure).

Ο Cattell διατύπωσε επίσης την έννοια της μορφολογικής (constitutional) και περιβαλλοντικής (environmental-mold) επίδρασης στα χαρακτηριστικά. Δηλαδή, κάποια χαρακτηριστικά έχουν ισχυρό βιολογικό υπόβαθρο, ενώ άλλα επηρεάζονται κυρίως από τις περιβαλλοντικές συνθήκες (Cattell, 1965). Αυτή η διπλή έμφαση σε βιολογία και περιβάλλον αποτέλεσε σημαντική συμβολή στην κατανόηση της διαμόρφωσης της προσωπικότητας.

Ένα ακόμη στοιχείο που διακρίνει τη θεωρία του είναι ότι συνδύασε ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα για να εξετάσει την προσωπικότητα. Ανέπτυξε την έννοια των Q-δεδομένων (ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς), των L-δεδομένων (καταγραφές καθημερινής ζωής) και των T-δεδομένων (δοκιμασίες αντικειμενικής παρατήρησης) (Cattell, 1966). Μέσω αυτής της μεθοδολογικής ποικιλίας, πέτυχε μια πιο ολιστική εικόνα της προσωπικότητας.

Η θεωρία του Cattell επηρέασε βαθιά τη μεταγενέστερη έρευνα. Συγκεκριμένα, αποτέλεσε το θεμέλιο για την ανάπτυξη του μοντέλου των Πέντε Παραγόντων της Προσωπικότητας (Big Five) (McCrae & Costa, 1987), το οποίο αναδύθηκε ως απλοποίηση και εκλέπτυνση των ευρημάτων του Cattell. Παρά το γεγονός ότι οι Big Five περιλαμβάνουν λιγότερες διαστάσεις, η αναλυτική προσέγγιση και το εμπειρικό πνεύμα του Cattell θεωρούνται βασικές επιρροές στη δημιουργία τους (Digman, 1990).

Ωστόσο, η θεωρία του Cattell δεν έμεινε αλώβητη από κριτική. Ορισμένοι ερευνητές τόνισαν ότι η επιλογή των 16 χαρακτηριστικών ήταν σε κάποιο βαθμό υποκειμενική και ότι θα μπορούσε να υπάρχει υπερβολική πολυπλοκότητα στα δεδομένα (Block, 1995). Παρόλα αυτά, η συμβολή του στη δημιουργία εργαλείων ακριβούς μέτρησης και η αντικειμενικοποίηση της μελέτης της προσωπικότητας αναγνωρίζεται διεθνώς.

Πρόσφατες έρευνες συνεχίζουν να αξιοποιούν το έργο του Cattell. Για παράδειγμα, επανεξετάσεις του 16PF υποστηρίζουν ότι εξακολουθεί να παρέχει έγκυρες και αξιόπιστες αξιολογήσεις προσωπικότητας σε σύγχρονα πληθυσμιακά δείγματα (Conn & Rieke, 1994). Επίσης, η χρήση πολυπαραγοντικών μοντέλων στην οργανωσιακή ψυχολογία, την κλινική διάγνωση και την εκπαιδευτική αξιολόγηση δείχνει ότι η επιρροή του παραμένει ισχυρή.

Συνολικά, η Θεωρία Χαρακτηριστικών του Cattell συνιστά μια επιστημονικά θεμελιωμένη και καινοτόμα προσέγγιση στην κατανόηση της ανθρώπινης προσωπικότητας, η οποία προσφέρει πλούσια ερμηνευτικά εργαλεία και διατηρεί τη σημασία της έως σήμερα.

2.5. Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων και το Ερωτηματολόγιο Μπεζεβέγκη-Παυλόπουλου

2.5.1. Το Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαστάσεις της προσωπικότητας είναι πέντε. Η πρώτη έκδοση, αποκαλούμενη «οι Μεγάλοι Πέντε», εισήχθη το 1963 από τον Norman. Γνώρισμα ή χαρακτηριστικό είναι ο χαρακτηριστικός και συνήθης τρόπος συμπεριφοράς και απόκρισης του ανθρώπου σε διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες και καταστάσεις. Συνεπώς, ανάλογα με τον τρόπο που συμπεριφέρονται οι άνθρωποι στις διάφορες συνθήκες, μπορούν να χαρακτηριστούν ως κοινωνικοί, εσωστρεφείς, εχθρικοί κ.ά. Αυτά τα ψυχολογικά γνωρίσματα συνήθως παραμένουν σταθερά στο χρόνο και στις συνθήκες. Η μέθοδος των γνωρισμάτων αποτελεί μια παλιά μέθοδο προσέγγισης της προσωπικότητας, η οποία χρησιμοποιήθηκε από

ερευνητές όπως ο Allport (Allport, 1937), ο Guilford (Guilford et al., 1949) και Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1964). Στη μέθοδο των γνωρισμάτων, τα γνωρίσματα είναι ρήματα ή επίθετα τα οποία περιγράφουν βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Η μέθοδος αυτή έχει οδηγήσει στην εμφάνιση και καθιέρωση του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων (Digman, 1990). Όπως συμπέρανε ο Digman (1990, p. 420), «η έρευνα πάνω στο μοντέλο των πέντε παραγόντων μας έδωσε ένα ευρύ και χρήσιμο πεδίο διαστάσεων που χαρακτηρίζουν τις ατομικές διαφορές. Αυτές οι διαστάσεις μπορούν να μετρηθούν». Οι ψυχολόγοι που ασχολούνταν με την μελέτη της προσωπικότητας θεώρησαν ότι τα χαρακτηριστικά της θα έπρεπε να περιγραφούν με πέντε βασικούς παράγοντες (5 διαστάσεις της προσωπικότητας). Οι διαστάσεις αυτές είναι οι ακόλουθες :

- ❖ **Η εξωστρέφεια** (κοινωνικότητα). Οι McCrae & Costa (1985) την περιγράφουν ως ένα χαρακτηριστικό που αφορά την κοινωνική αλληλεπίδραση και την γενικότερη κοινωνικότητα του ατόμου.
- ❖ **Η προσήνεια** (φιλική διάθεση και διαπροσωπικότητα). Αξιολογεί και καθορίζει την διαπροσωπικότητα του κάθε ατόμου και την ποιότητά της. Η Προσήνεια ερμηνεύτηκε ως φιλική συμμόρφωση - εχθρική ανυπακοή (Digman, 1989).
- ❖ **Η ευσυνειδησία** (αξιοπιστία). Αξιολογεί κατά πόσο το άτομο επιθυμεί να πετύχει κάποιο στόχο και αξιολογεί επίσης την εργατικότητα και το σχεδιασμό του ατόμου προκειμένου να επιτύχει το στόχο του είτε ο στόχος αυτός αφορά το σχολείο (μαθητές) είτε αφορά την επαγγελματική ανέλιξη του κάθε ατόμου (ενήλικες) (Cattell & Coan, 1957). Οι McCrae & Costa (1985) θεωρούν ότι τα άτομα με χαμηλή ευσυνειδησία χαρακτηρίζονται από απουσία στόχων και κινήτρων.
- ❖ **Η συναισθηματική σταθερότητα** (συναίσθημα). Αξιολογεί την συναισθηματική σταθερότητα ή την συναισθηματική αστάθεια (εχθρικότητα, ευαλωτότητα, ανησυχία) του ατόμου (McCrae & Costa, 1985).
- ❖ **Η δεκτικότητα σε εμπειρίες-Διανοητική Ανάπτυξη**. Ο τελευταίος αυτός παράγοντας έχει δύο ονομασίες. Τείνει να χρησιμοποιείται περισσότερο η πρώτη. Ωστόσο, και οι δύο ονομασίες αναγνωρίζονται.

Η πρώτη αφορά την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται σε νέες εμπειρίες, ενώ η δεύτερη ονομασία αφορά το νοητικό δυναμικό των συμμετεχόντων και αξιολογεί την πνευματική τους καλλιέργεια (McCrae & Costa, 1985).

Το Μοντέλο Πέντε Παραγόντων έχει τις ρίζες του στη θεωρία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και ενήλικη προσωπικότητα μπορεί να περιγράψει αξιόπιστα με πέντε βασικούς παράγοντες: εξωστρέφεια, προσήνεια, ευσυνειδησία, συναισθηματική σταθερότητα και δεκτικότητα σε εμπειρίες/διανοητική ανάπτυξη, που συνθέτουν το γνωστό Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων της Προσωπικότητας ή αλλιώς τους «Μεγάλους Πέντε» (Digman, 1990). Η χρήση του επιθέτου «μεγάλος» αφορά στο γεγονός ότι ο κάθε παράγοντας αποτελείται από πολλά επιμέρους χαρακτηριστικά (Παυλόπουλος, 1998). Το παραπάνω μοντέλο αποτελεί μια σημαντική τομή και σταθμό για τη θεωρία της προσωπικότητας. Οι έρευνες δείχνουν ότι η Δεκτικότητα σε εμπειρίες συνδέεται με επαγγελματικά ενδιαφέροντα (Costa et al., 1984). Επίσης, η Ευσυνειδησία έχει συνδεθεί με την πρόβλεψη της σχολικής επίδοσης (Digman - Takemoto-Chock, 1981). Οι διαστάσεις της προσωπικότητας έχουν βρεθεί σε άτομα διαφορετικής ηλικίας, φύλου και πολιτισμικής ομάδας. Επίσης, οι διαστάσεις της προσωπικότητας εντοπίστηκαν στον σχολικό χώρο (Digman & Inouye, 1986), αλλά και στον χώρο των ενηλίκων (Goldberg, 1999). Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι Πέντε Παράγοντες αποδίδονται στην κληρονομικότητα, σύμφωνα με μετρήσεις που έγιναν. Για παράδειγμα, ο Plomin (1986) αναφέρει ότι 41% της διασποράς της «Δεκτικότητας σε εμπειρίες/Διανοητική Ανάπτυξη» μπορεί να αποδοθεί σε παράγοντες που έχουν βιολογική βάση.

2.5.2. Το μοντέλο των Πέντε Παραγόντων (NEO-PI) και το ερωτηματολόγιο Μπεζεβέγκη & Παυλόπουλου

Αρχικά, οι McCrae & Costa (1991) ανέπτυξαν ένα ερωτηματολόγιο, γνωστό ως NEO - Personality Inventory (NEO-PI), που δημιουργήθηκε για την μέτρηση των πέντε διαστάσεων της προσωπικότητας και επικεντρωνόταν σε τρεις παράγοντες: Εξωστρέφεια-Δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες-Νευρωτισμός

(NEO - Neuroticism, Extraversion, Openness). Στη συνέχεια προστέθηκε η διάσταση της Προσήνειας και της Ευσυνειδησίας. Η κλίμακα αποτελούταν από 181 ερωτήσεις σε πενταβάθμια κλίμακα Likert. Μεταγενέστερα εντοπίστηκε η ισχυρή συσχέτιση της παραπάνω κλίμακας με τις βαθμολογίες άλλων ερωτηματολογίων προσωπικότητας, γεγονός που οδήγησε τους McCrae & Costa στο συμπέρασμα ότι οι Πέντε Παράγοντες, όπως μετρούνται με το NEO-PI, είναι οι βασικοί παράγοντες και επαρκούν για την αξιολόγηση και την καταγραφή των διαστάσεων της προσωπικότητας ενός ατόμου (McCrae & Costa, 1991). Επιπρόσθετα, συγκρίθηκαν οι απαντήσεις των ατόμων με τις απαντήσεις που έδωσαν γι' αυτά άτομα του συγγενικού και φιλικού τους περιβάλλοντος. Από τα ευρήματα διαπιστώθηκε υψηλό ποσοστό συμφωνίας στις απαντήσεις (McCrae & Costa, 1991). Ακόμα επιτράπηκε σε κάποιους ανθρώπους να δώσουν ελεύθερες περιγραφές προκειμένου να συγκρίνουν τις απαντήσεις. Από αυτό φάνηκε ότι οι άνθρωποι δεν χρησιμοποιούν γενικότερα πολλές λέξεις. Από τα παραπάνω επιβεβαιώθηκαν οι πέντε διαστάσεις της προσωπικότητας και η αξία του NEO-PI ως αξιόπιστου και σημαντικού εργαλείου μέτρησης αυτών των διαστάσεων. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι το μοντέλο των πέντε παραγόντων δεν περιορίζεται στην αγγλική γλώσσα, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί εξίσου και σε άλλες χώρες εφόσον γίνουν οι αντίστοιχες προσαρμογές και μεταφράσεις (Digman & Inouye, 1986).

Η έρευνα που διεξήγαγαν οι Μπεξεβέγκης, Παυλόπουλος & Μουρυσάκης (1996) ήταν μέρος ενός εκτενούς προγράμματος. Στην έρευνα πήραν μέρος ερευνητές από διάφορες χώρες του κόσμου όπως τις Η.Π.Α., την Κίνα, την Ελλάδα, το Βέλγιο, την Ολλανδία, την Γερμανία και την Πολωνία. Σκοπός τη έρευνας ήταν να εξετάσει τις διαστάσεις της προσωπικότητας παιδιών και εφήβων μέσα από ερωτηματολόγια που θα απαντούσαν οι γονείς (458 γονείς). Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν κατηγοριοποιήθηκαν σε 13 εννοιολογικές κατηγορίες, από τις οποίες οι πέντε πρώτες (εξωστρέφεια, προσηνεια, ευσυνειδησία, συναισθηματική σταθερότητα και διανοητική ανάπτυξη) αντιστοιχούν στις πέντε διαστάσεις της ενήλικης προσωπικότητας. Οι άλλες 8 εννοιολογικές κατηγορίες αναφέρονται σε άλλα χαρακτηριστικά της παιδικής προσωπικότητας όπως η σωματική υγεία και ωριμότητα. Οι γονείς επικεντρώθηκαν στις απαντήσεις τους κυρίως στις ερωτήσεις που αφορούσαν

τις πέντε κύριες διαστάσεις της προσωπικότητας. Επιπλέον, υπάρχουν διεθνείς έρευνες που αναφέρουν ότι το μοντέλο των πέντε παραγόντων σχετίζεται τόσο με την βρεφική ψυχosύνθεση όσο και με την παιδική ιδιοσυγκρασία (ερωτηματολόγια ετεροαναφοράς σε εκπαιδευτικούς). Η ύπαρξη διαφορών στις ποιοτικές και ποσοτικές αξιολογήσεις, καθώς και η συμφωνία των μητέρων και των πατέρων στις εκτιμήσεις τους, ενισχύουν την εγκυρότητα του εννοιολογικού συστήματος κωδικοποίησης που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα.

Η παραπάνω κλίμακα είναι άκρως σημαντική και με υψηλή αξιοπιστία. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί μια πρωτοποριακή έρευνα για τα δεδομένα του ελληνικού χώρου. Γι' αυτούς τους λόγους χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα διδακτορική διατριβή, καθώς οι γονείς απάντησαν ερωτήσεις για τα παιδιά τους για τις ηλικίες 8-10 ετών. Το δείγμα αποτελούταν από τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά και από παιδιά με αναπηρίες (τύφλωση, κώφωση, κινητική αναπηρία). Η ίδια κλίμακα χρησιμοποιήθηκε και για τους εφήβους. Ωστόσο, εκεί απαντούσαν οι ίδιοι οι έφηβοι τις ερωτήσεις. Εν κατακλείδι, από όλα τα παραπάνω διαφαίνεται ότι οι ερευνητές καταλήγουν σε πέντε βασικούς παράγοντες προσωπικότητας, οι οποίοι επιβεβαιώνονται είτε μέσω αυτοαναφορών είτε μέσω κλιμάκων ετεροαναφοράς.

Το μοντέλο των πέντε παραγόντων χρησιμοποιείται ευρέως στον σχολικό και τον ακαδημαϊκό χώρο. Η Σχολική Ψυχολογία αποτελεί έναν τομέα όπου το μοντέλο των Πέντε Παραγόντων βρίσκει ευρεία εφαρμογή. Πλήθος από έρευνες έχει δείξει ότι η διάσταση «Δεκτικότητα σε Εμπειρίες» συσχετίζεται με τη νοητική ικανότητα και την αφαιρετική σκέψη (McCrae, 1987). Παράλληλα, άτομα που εμφανίζουν υψηλές βαθμολογίες στην διάσταση της «Ευσυνειδησίας» παρουσιάζουν καλύτερες ακαδημαϊκές επιδόσεις και έχουν επαγγελματική επιτυχία (Digman & Takemoto-Chock, 1981). Το ίδιο μοντέλο είναι σημαντικό για την ανάπτυξη και την διατήρηση στρατηγικών κύρους από τα άτομα, με στόχο την επίτευξη των προσωπικών τους στόχων (Kyl-Heku & Buss, 1996).

2.6. Έρευνες για την παιδική προσωπικότητα σε παιδιά με και χωρίς αναπηρίες

Η μελέτη της προσωπικότητας στα παιδιά δεν είναι το ίδιο εκτεταμένη και οργανωμένη όπως είναι στους ενήλικες. Οι ερευνητικές εργασίες βασίζονται συχνά στην εξωτερική συμπεριφορά και γνωρίσματα κάθε ατόμου χωρίς να κάνουν ουσιαστική και εις βάθος μελέτη. Η ψυχοσύνθεση αφορά ατομικές διαφορές στη συμπεριφορά και στο χαρακτήρα του καθενός που εμφανίζονται τα πρώτα χρόνια της ζωής και αποτελούν τη βάση για τη δόμηση της προσωπικότητας. Κάποιοι διακρίνουν τα χαρακτηριστικά αυτά σε συγγενή και επίκτητα (Cloninger et al., 1994). Οι Costa & McCrae (1999) συμφωνούν με το μοντέλο των πέντε παραγόντων, που διακρίνει τα χαρακτηριστικά σε γενετικά και επίκτητα ανάλογα με τον πολιτισμό. Ερευνητικές μελέτες σε δίδυμα και υιοθετημένα παιδιά επιβεβαιώνουν την βιολογική διάσταση της προσωπικότητας (Loehlin, 1992).

Σημαντική συνεισφορά στην μελέτη της παιδικής προσωπικότητας είχαν οι Thomas & Chess (1977), οι οποίοι ανέπτυξαν ένα μοντέλο για την περιγραφή της παιδικής ιδιοσυγκρασίας που περιλάμβανε εννέα διαστάσεις και ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης, από το οποίο όμως δεν προέκυψαν επιπλέον διαστάσεις για την παιδική προσωπικότητα.

Αναφορικά με την διάσταση της εξωστρέφειας φαίνεται ότι όσο τα παιδιά μεγαλώνουν αυτή μειώνεται. Τα μικρότερα σε ηλικία παιδιά παρουσιάζουν μεγαλύτερη κοινωνικότητα και εξωστρέφεια συγκριτικά με τα παιδιά στην εφηβεία και τους ενήλικες. Οι γονείς των μαθητών αναφέρουν ότι όσο μεγαλώνει το παιδί είναι πιο επιδέξιο, βοηθητικό και ειλικρινές (διάσταση Προσήνειας). Τα παιδιά σε μικρή ηλικία, με βάση τις ετεροαναφορές των γονέων, παρουσιάζουν χαμηλή ευσυνειδησία, η οποία αυξάνεται ραγδαία καθώς μεγαλώνουν, ενώ και η συναισθηματική σταθερότητα κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα (Chen & Uttal, 1988). Τέλος, οι μαθητές παρουσιάζουν, σύμφωνα με τους γονείς, υψηλή δεκτικότητα σε εμπειρίες και διανοητική ανάπτυξη (De Fruyt et al., 1998).

Ο Block (1983) διέκρινε διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σε πολλά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Τα αγόρια ήταν περισσότερο επιθετικά και περισσότερο αγχώδη σε σχέση με τα κορίτσια που παρουσίαζαν μεγαλύτερη

περιέργεια και τάση για εξερεύνηση. Τα κορίτσια επίσης παρουσίαζαν εξωστρέφεια, ενώ τα αγόρια έντονο ψυχωτισμό, κάτι που οφείλεται στα δύο ιατρικά μοντέλα, το βιολογικό (κληρονομικότητα) και το κοινωνικό (ανατροφή) (Margalit & Eysenck, 1990). Οι γονείς επίσης ανέφεραν κοινωνικότητα για τα κορίτσια, ενώ για τα αγόρια μεγαλύτερη δραστηριότητα, άγχος και αναστολές (Havill et al., 1994). Με τον ίδιο τρόπο κινήθηκαν και οι εκπαιδευτικοί, οι οποίοι αναφέρουν ότι τα κορίτσια είχαν φιλικότερη διάθεση και θετικότερη ως προς το σχολείο (Digman & Takemoto - Chock, 1981)

Το Ερωτηματολόγιο «Διαστάσεις Προσωπικότητα Παιδιών και Εφήβων» (Ε-ΔΙΠΡΟΠΕ) χρησιμοποιεί λέξεις και όρους που χρησιμοποίησαν οι γονείς όταν τους ζητήθηκε να περιγράψουν ελεύθερα την προσωπικότητα των παιδιών τους. Αυτή η μεθοδολογική προσέγγιση υιοθετήθηκε διότι το Μοντέλο Πέντε Παραγόντων αναφέρεται σε ατομικές διαφορές της προσωπικότητας που εκφράζονται στη φυσική ροή της γλώσσας. Επίσης, επιλέχθηκε το εν λόγω ψυχομετρικό εργαλείο, επειδή είναι πιο αξιόπιστο ένα εργαλείο που απευθύνεται σε γονείς. Οι απαντήσεις των γονέων σε αυτό το ερωτηματολόγιο εξαρτώνται κατά πολύ από την σαφή ύπαρξη του χαρακτηριστικού στα παιδιά του, από τις προσδοκίες τους και σύστημα αξιών και αντιλήψεων που έχουν για τα παιδιά τους (Kohnstamm et al., 1998). Οι πέντε διαστάσεις αυτού του ερωτηματολογίου προσωπικότητας συμπίπτουν με του πέντε παράγοντες του Μοντέλου Πέντε Παραγόντων. Η συναισθηματική αντιδραστικότητα του Ε-ΔΙΠΡΟΠΕ συμπίπτει με την συναισθηματική σταθερότητα του Μοντέλου Πέντε Παραγόντων. Το ίδιο συμβαίνει και με την ευσυνειδησία, την προσήνεια, την διανοητική ανάπτυξη και την εξωστρέφεια, καθώς και αυτοί οι παράγοντες συμπίπτουν πλήρως με τις υπόλοιπες διαστάσεις του Μοντέλου Πέντε Παραγόντων.

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Μπεζεβέγκη & Παυλόπουλο (1999), διερευνήθηκε η επίδραση της οικογένειας στην αξιολόγηση της παιδικής προσωπικότητας. Οι γονείς σε αυτή την έρευνα θεωρούσαν τα κορίτσια περισσότερο εσωστρεφή από τα αγόρια λιγότερο κοινωνικά και με χαμηλότερο νοητικό δυναμικό από τα αγόρια. Επίσης τα αγόρια παρουσιάζονται να έχουν καλύτερη οργάνωση και ευσυνειδησία. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν πρώτα ήταν πιο

ευσυνείδητα και με μεγαλύτερη διανοητική ανάπτυξη, ενώ τα παιδιά που γεννήθηκαν δεύτερα κατά σειρά παρουσίαζαν μεγαλύτερη εξωστρέφεια. Η σχολική επίδοση επίσης παίζει σημαντικό ρόλο για τη συγκρότηση της προσωπικότητας. Οι πιο άριστοι μαθητές παρουσίασαν μεγαλύτερη ευσυνειδησία, ενώ οι λιγότερο καλοί μαθητές παρουσίαζαν έντονη συναισθηματική αντιδραστικότητα. Ακόμα διαπιστώθηκε ότι το φύλο των γονέων δεν επηρεάζει την αξιολόγηση της προσωπικότητας των παιδιών τους, ενώ προέκυψε και το εύρημα ότι οι γονείς που έχουν καλύτερη μόρφωση αξιολογούσαν θετικότερα τα παιδιά τους σε σύγκριση με τους γονείς που δεν είχαν καλή μόρφωση. Τέλος, οι μεγάλες οικογένειες, οι οποίες περιλαμβάνουν στο σύνολό τους και πολλά πρόσωπα του συγγενικού περιβάλλοντος, θεωρούν ότι τα παιδιά είναι περισσότερο εξωστρεφή σε σύγκριση με τις οικογένειες που αποτελούνται από λίγα άτομα (Σαρρή, 2009).

Η μελέτη των χαρακτηριστικών προσωπικότητας σε παιδιά με αναπηρίες, χρησιμοποιώντας το Eysenck Personality Questionnaire, παρέχει πολύτιμα δεδομένα για την κατανόηση των συναισθηματικών και ψυχολογικών παραμέτρων αυτής της ομάδας. Ο νευρωτισμός, η εξωστρέφεια και ο ψυχωτισμός είναι τα κύρια χαρακτηριστικά που εξετάζονται συχνά σε τέτοιες έρευνες, και η εφαρμογή αυτών των εργαλείων σε πληθυσμούς με αναπηρίες αποκαλύπτει ενδιαφέροντα αποτελέσματα.

Για παράδειγμα, η έρευνα του Porrata (1991) διαπίστωσε ότι τα παιδιά με αναπηρίες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερους δείκτες νευρωτισμού και χαμηλότερους στην εξωστρέφεια σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς αναπηρίες. Αυτό υποδεικνύει ότι τα παιδιά με αναπηρίες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη συναισθηματική ευαισθησία και περιορισμένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την κοινωνική τους ένταξη και την ψυχολογική τους ευημερία. Αυτή η τάση για αυξημένο νευρωτισμό επανεμφανίζεται και σε άλλες έρευνες, όπως αυτή του Porrata (1997), η οποία εντόπισε επίσης υψηλότερα επίπεδα ψυχωτικής συμπεριφοράς στα παιδιά ειδικής αγωγής.

Επιπλέον, η μελέτη του Porrata et al. (2003) σχετικά με παιδιά και εφήβους που λαμβάνουν ψυχολογική θεραπεία έδειξε επίσης υψηλότερες

βαθμολογίες στον νευρωτισμό και μειωμένη εξωστρέφεια, ενισχύοντας την ιδέα ότι η ψυχική υγεία έχει άμεση επίδραση στην ανάπτυξη της προσωπικότητας. Τα άτομα με ψυχολογικές δυσκολίες εμφανίζουν περισσότερες συναισθηματικές δυσκολίες, οι οποίες ενδέχεται να σχετίζονται με την αναπηρία ή τα κοινωνικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν.

Η μελέτη του Abdel-Khalek (2012), που εξέτασε την προσωπικότητα σε αραβόφωνους πληθυσμούς, ανέδειξε τη σημασία της πολιτισμικής διάστασης στην εκδήλωση των χαρακτηριστικών προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός και η ψυχική ανθεκτικότητα. Ενδεικτικά, οι αραβόφωνοι πληθυσμοί παρουσίασαν μια διαφορετική δυναμική στην ψυχική υγεία, κάτι που υποδεικνύει ότι τα πολιτισμικά στοιχεία μπορούν να επηρεάσουν τη διαμόρφωση της προσωπικότητας.

Αντίστοιχα, η έρευνα του Fonseca & Yule (1995) επισημαίνει τη σύνδεση μεταξύ προσωπικότητας και αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους. Η υψηλή βαθμολογία στον νευρωτισμό και τον ψυχωτισμό παρατηρείται συχνά σε παιδιά με αντικοινωνικές τάσεις, κάτι που ενδέχεται να επηρεάσει τη δυνατότητά τους να αναπτύξουν υγιείς κοινωνικές σχέσεις και να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο. Παρόμοια αποτελέσματα ενισχύθηκαν και από την έρευνα του Bouvard et al. (2008), η οποία υποστηρίζει τη σύνδεση του νευρωτισμού με την ψυχοπαθολογία και τη συμπεριφορά σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Η μελέτη των Aplin & Rowson (1990), σχετικά με την ακοή, επικεντρώθηκε στην ψυχική και συναισθηματική κατάσταση παιδιών με λειτουργική απώλεια ακοής, και κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα, αναδεικνύοντας τις συναισθηματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά. Η απώλεια ακοής συχνά οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα νευρωτισμού και μειωμένη κοινωνικότητα.

Η κώφωση και η ακουστική αναπηρία αποτελούν μία ιδιαίτερη ομάδα πληθυσμού στην οποία έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που χρησιμοποιούν κοχλιακά εμφυτεύματα (CI) παρουσιάζουν ευνοϊκές κατανομές σε πολλές κλίμακες προσωπικότητας, αλλά με σημαντικές κλινικές αποκλίσεις

στην αντίληψη και κοινωνική συμπεριφορά, κυρίως σε αυτούς με χαμηλή ακουστική αντίληψη (Boerrigter et al., 2018).

Η έρευνα του Hindley et al. (1994), που μελέτησε παιδιά και εφήβους με κώφωση, διαπίστωσε ότι περίπου το 50,3% των συμμετεχόντων παρουσίασαν ψυχιατρικές διαταραχές. Αυτά τα αποτελέσματα αναδεικνύουν τη σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης για την ανάπτυξη της προσωπικότητας των ατόμων αυτών, δεδομένων των συναισθηματικών και κοινωνικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν. Οι ψυχιατρικές διαταραχές που συχνά συσχετίζονται με την κώφωση, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, ενδέχεται να επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνική και συναισθηματική τους ανάπτυξη, καθιστώντας αναγκαία την ένταξη εξειδικευμένων υποστηρικτικών προγραμμάτων για την ενίσχυση της ψυχικής τους ευημερίας.

Η μελέτη του Bouvard et al. (2008) ενίσχυσε τη σύνδεση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και του νευρωτισμού, εστιάζοντας στους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση των παιδιών. Η έρευνα έδειξε ότι τα παιδιά χωρίς αναπηρίες είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίζουν ψυχιατρικές ή συναισθηματικές δυσκολίες σε σύγκριση με τα παιδιά με αναπηρίες, υπογραμμίζοντας τη σημασία της θετικής προσωπικότητας για την ψυχική ευημερία.

Η έρευνα του Papadopoulos (2013) εξετάζει την επίδραση της απώλειας όρασης στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, εστιάζοντας κυρίως στις διαστάσεις του νευρωτισμού, της εξωστρέφειας και της συναισθηματικής ευαισθησίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με τύφλωση τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Αυτή η αυξημένη συναισθηματική ευαισθησία μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη ανάγκη για εσωτερική επεξεργασία και συναισθηματική προσαρμογή λόγω της απώλειας της αίσθησης της όρασης. Η μελέτη αυτή παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ της αναπηρίας και της προσωπικότητας, και προτείνει ότι η προσωπικότητα των ατόμων με αναπηρία όρασης διαμορφώνεται από μοναδικούς παράγοντες, οι οποίοι διαφέρουν από εκείνους των ατόμων χωρίς αναπηρία (Papadopoulos, 2013).

Η έρευνα του Zahran (1965), η οποία χρησιμοποίησε το Junior Maudsley Personality Inventory για τη σύγκριση χαρακτηριστικών προσωπικότητας τυφλών και βλέπόντων παιδιών, βρέθηκε ότι οι τυφλοί δεν παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με τα βλέποντα άτομα. Η μελέτη αυτή υποστηρίζει την ιδέα ότι η διαδικασία προσαρμογής των τυφλών ατόμων δεν διαφέρει σημαντικά από αυτή των βλέπόντων, αν και η κοινωνική προσαρμογή εξακολουθεί να είναι πιο δύσκολη σε περιβάλλοντα που δεν είναι κατάλληλα διαμορφωμένα για τα άτομα με αναπηρία. Παρομοίως, η μελέτη του Ash et al. (1978) χρησιμοποιώντας το 16PF έδειξε ότι οι τυφλοί που είχαν καλή ψυχολογική προσαρμογή παρουσίασαν υψηλή κοινωνική ανεξαρτησία και χαμηλή κατάθλιψη, ενώ οι λιγότερο προσαρμοσμένοι τυφλοί παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα κοινωνικής εξάρτησης και κατάθλιψης.

Η μελέτη των Flensburg-Madsen & Mortensen (2015) εξετάζει τις πρώιμες κινητικές αναπτυξιακές καθυστερήσεις και τη σχέση τους με τον νευρωτισμό στην ενήλικη ζωή. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι καθυστερήσεις στην κινητική ανάπτυξη κατά το πρώτο έτος ζωής συσχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού στην ενήλικη ζωή. Αυτό αναδεικνύει τη σημασία της πρώιμης παρέμβασης για τη βελτίωση των κινητικών δεξιοτήτων, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών δυσκολιών αργότερα στη ζωή του ατόμου. Η ενίσχυση των κινητικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων από νωρίς μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη καλύτερων κοινωνικών και ψυχικών ικανοτήτων.

Τέλος, για τον γενικό πληθυσμό, η μελέτη του Bowers (1973) σχετικά με το Eysenck Personality Inventory ανέδειξε την επίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών, όπως η εξωστρέφεια και ο νευρωτισμός, στη συμπεριφορά των ατόμων. Διαπιστώθηκε ότι η συνέπεια στις μετρήσεις προσωπικότητας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, και ότι η σύνδεση μεταξύ εξωστρέφειας και νευρωτισμού είναι κρίσιμη για την κατανόηση των διαφορών στη συμπεριφορά. Τα ευρήματα αυτά είναι χρήσιμα για την ανάλυση της προσωπικότητας σε άτομα με και χωρίς αναπηρία, προσφέροντας ένα πλαίσιο για τη σύγκριση των προσωπικών χαρακτηριστικών σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Σε μία από τις πιο σημαντικές μελέτες, η έρευνα των Shaughnessy et al. (2004) εξέτασε τις προσωπικότητες παιδιών και εφήβων χωρίς αναπηρίες χρησιμοποιώντας το εργαλείο 16PF. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας σχετίζονται άμεσα με την ηλικία και το φύλο. Ειδικότερα, βρήκαν ότι οι έφηβοι παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα εξωστρέφειας και λιγότερο νευρωτισμό σε σχέση με τα παιδιά, κάτι που ενισχύει την υπόθεση ότι η προσωπικότητα εξελίσσεται με την ηλικία. Παράλληλα, εντοπίστηκαν διαφορές στις βαθμολογίες εξωστρέφειας και νευρωτισμού μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, με τα κορίτσια να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού.

Αξιοσημείωτη είναι και η έρευνα των Cattell & Mead (2008), η οποία επικεντρώθηκε στην εφαρμογή του 16PF σε παιδιά και εφήβους χωρίς αναπηρίες. Η μελέτη αυτή επιβεβαίωσε ότι το 16PF αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση της προσωπικότητας και ενίσχυσε την αντίληψη ότι οι ατομικές διαφορές στην προσωπικότητα, όπως η εξωστρέφεια και ο νευρωτισμός, συνδέονται με την αναπτυξιακή φάση του παιδιού και την κοινωνικοπολιτισμική του προέλευση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με υψηλότερη εξωστρέφεια τείνουν να έχουν καλύτερες κοινωνικές σχέσεις, ενώ εκείνοι με υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού ενδέχεται να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και συναισθηματικών δυσκολιών.

"Το στρες είναι μια κατάσταση άγνοιας.

Πιστεύει ότι τα πάντα είναι επείγοντα. "

– Natalie Goldberg

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

3.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση

Το άγχος και η διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων, σύμφωνα, με τη διεθνή βιβλιογραφία, απασχολεί σε μεγάλο βαθμό τους ανθρώπους και ο σύγχρονος άνθρωπος καλείται να αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα αναφορικά με την αντιμετώπιση των προσωπικών προβλημάτων. Εντούτοις, οι διάφορες κοινωνικές μεταβολές και οι αλλαγές στη δομή της κοινωνίας και γενικότερα της οικογένειας έχουν επιφέρει μια σειρά από δύσκολες καταστάσεις στους σύγχρονους ανθρώπους, οι οποίοι καλούνται να υιοθετήσουν λύσεις για να τις αντιμετωπίσουν. Αξίζει να αναφερθεί ότι μεταξύ της εμφάνισης μιας δύσκολης και περίπλοκης κατάστασης και της επίλυσής της, μεσολαβεί πάντα μια περίοδος που υπάρχει έντονο στρες (Μπεζεβέγκης, 2001). Η αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων είναι άμεσα συνυφασμένη με το στρες. Η ορολογία «άγχος» δεν είναι η γενικευμένη και ακαθόριστη ανησυχία που χρησιμοποιείται στον τομέα της Ψυχολογίας. Είναι η συναισθηματική φόρτιση που νιώθει το άτομο την ίδια χρονική στιγμή που εκτίθεται σ' ένα συγκεκριμένο και αρνητικό ερέθισμα. Σύμφωνα με τους Ursin & Olff (1993, p. 67), άγχος ορίζεται ως «η αντίδραση του ατόμου σε μια σημαντική πρόκληση ή απειλή που θεωρείται ότι υπερβαίνει τις δυνατότητές του». Η Folkman (1984, p. 427) το ορίζει ως «η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και τις περιβαλλοντικές συνθήκες, οι

οποίες γίνονται αντιληπτές ως υπερβολικά απαιτητικές και απειλητικές για την ευημερία του». Ο τελευταίος ορισμός δείχνει ότι υπάρχει διαρκής αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος (Lazarus & Folkman, 1984). Ο κάθε άνθρωπος είναι ξεχωριστός και μπορεί να αντιδράσει με πολύ διαφορετικό τρόπο από ότι κάποιος άλλος, όταν θα εκτεθούν στον ίδιο αγχογόνο παράγοντα. (Aldwin, 1994). Διάφοροι ειδικοί προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν τους μη λειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης και στρατηγικές που χρησιμοποιούσαν τα άτομα για να διαχειριστούν το άγχος τους. Τις τελευταίες δεκαετίες οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κατασκευή μοντέλων διαχείρισης του άγχους (Goldfried, 1980).

3.2. Άγχος-Στρες: Ορισμοί, Μοντέλα και Διαφορές

Πολλές έρευνες έχουν απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα για τον ορισμό άγχους-στρες. Ωστόσο, πρόκειται για δύο διαφορετικές έννοιες. Η Aldwin (1991, p. 30) έδωσε έναν από τους πιο πλήρεις ορισμούς, σύμφωνα με τον οποίο «το στρες αναφέρεται στην εμπειρία που προκύπτει από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον, οδηγώντας σε φυσιολογική και ψυχολογική ένταση». Πολλοί, εσφαλμένα, θεωρούν ότι άγχος και στρες είναι το ίδιο και το αυτό. Ο Lazarus (1981, p. 227) ορίζει το *άγχος* ως «η ώθηση προς μια παθολογική προσαρμογή στο στρες, εκφράζοντας μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που συνοδεύεται από συναισθήματα επικείμενου κινδύνου, έντασης και ανησυχίας». Ο ίδιος ο Lazarus (2000) επεκτείνει την έννοια του *στρες*, υποστηρίζοντας ότι το ψυχολογικό στρες μπορεί να θεωρηθεί ως μέρος μιας πιο σύνθετης βιοψυχικής οντότητας, η οποία ονομάζεται *συναίσθημα*. Τα συναισθήματα περιλαμβάνουν και θετικές και αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις όπως η χαρά, η λύπη, ο θυμός κ.ά. Οι Hoehn-Saric & McLeod (1988) περιγράφουν το άγχος ως ένα εμπειρικό γεγονός με προειδοποιητική λειτουργία. Ο μηχανισμός αυτός προειδοποιεί όταν υπάρχει κάποιο σοβαρό πρόβλημα. Μερικές φορές όμως δε λειτουργεί σωστά όταν το άγχος είναι υπερβολικό και κάνει την εμφάνιση του ξαφνικά χωρίς λόγο σε καταστάσεις που δεν είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για το άτομο.

Ο πιο διαδεδομένος ορισμός ανήκει στην Folkman (1984, p. 427), η οποία θεωρεί ότι το στρες «εκφράζει τη σχέση ανάμεσα στο άτομο και τις περιβαλλοντικές συνθήκες, οι οποίες υπερβαίνουν τις ικανότητές του και θέτουν σε κίνδυνο την ευημερία του». Ο παραπάνω ορισμός είναι ευρέως αποδεκτός και είναι γνωστός ως *γνωστική θεωρία του στρες*. Η θεωρία αυτή αναφέρει ότι, όταν ένα άτομο βιώνει έντονο στρες, θα πρέπει να κατανοήσει ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η σχέση του με το περιβάλλον δεν είναι καλή και ανεκτή (Μπεζεβέγκης, 2001). Στην βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα ορισμών του στρες και των προϋποθέσεων εμφάνισής του. Η Arnold (1990, p. 23) διατείνεται ότι «το στρες είναι η διαφορά ανάμεσα στις απαιτήσεις ενός ατόμου και στην ικανότητά του να ανταποκριθεί, οι συνέπειες της οποίας είναι καθοριστικές». Ο Wong (1993, p. 51) αναφέρει ότι το στρες είναι «μια εσωτερική ή εξωτερική προβληματική κατάσταση που προκαλεί ένταση και αναστάτωση στο άτομο, οδηγώντας το στην επιλογή μιας στρατηγικής αντιμετώπισης».

3.2.1. Μοντέλα άγχους

Στον κλάδο της Ψυχολογίας έχουν διατυπωθεί πληθώρα εννοιολογικών προσεγγίσεων αναφορικά με το άγχος και το στρες.

- ❖ *Μοντέλο που επικεντρώνεται στο ερέθισμα:* Το άγχος δημιουργείται από το ίδιο το περιβάλλον και το άτομο επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις περιβαλλοντικές συνθήκες και από διάφορα γεγονότα που του προκαλούν έντονο στρες. Τέτοια γεγονότα μπορεί να είναι από ασήμαντα περιστατικά στο χώρο εργασίας, ουσιαστικές αλλαγές στην καθημερινότητα του ατόμου (χωρισμός, θάνατος) μέχρι και φυσικές καταστροφές. Συνεπώς, οι Aldwin (1994) και Forman (1993), που είναι υπέρμαχοι της παραπάνω εννοιολογικής προσέγγισης, θεωρούν ότι το στρες μπορεί να πυροδοτηθεί τόσο από σημαντικά όσο και από ασήμαντα περιστατικά της καθημερινότητας. Αυτό το μοντέλο, όμως, δεν έδινε ιδιαίτερη βαρύτητα στις ατομικές διαφορές του κάθε ατόμου για την αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων (Forman, 1993).

- ❖ *Μοντέλο που επικεντρώνεται στην αντίδραση του ατόμου:* Το μοντέλο αυτό θεωρεί το στρες απότοκο ψυχολογικών και βιολογικών αποκρίσεων του ανθρώπινου οργανισμού σε καταστάσεις που δημιουργούν άγχος με κορυφαίο υποστηρικτή του τον Hans Selye.
- ❖ *Μοντέλο γνωστικής αξιολόγησης:* Υποστηρικτής αυτής της θεωρητικής προσέγγισης ήταν ο Lazarus. Το παραπάνω μοντέλο θεωρεί ότι το άτομο αισθάνεται άγχος όταν κάτι το επηρεάζει και το θεωρεί σημαντικό. Επίσης, με βάση αυτό το μοντέλο το άτομο πρέπει να αξιολογήσει μια κατάσταση αν είναι επικίνδυνη, επικερδής ή γενικότερα αρνητική (Καραδήμας, 1996). Σύμφωνα με τον Καραδήμα (1996), η γνωστική αξιολόγηση συντελείται σε δυο επίπεδα: το πρωτογενές και το δευτερογενές. Στο πρώτο επίπεδο, το άτομο θα πρέπει να έχει την ικανότητα να αξιολογήσει αν αυτό που του συμβαίνει είναι θετικό ή αρνητικό. Εφόσον θεωρηθεί αρνητικό και αγχογόνο, τότε ξεκινά η δευτερογενής αξιολόγηση του περιστατικού, όπου το άτομο εξετάζει τις διαθέσιμες στρατηγικές που έχει και χρησιμοποιεί την καταλληλότερα για να αντιμετωπίσει την στρεσογόνο κατάσταση που έχει προκύψει.
- ❖ *Συναλλακτικό μοντέλο:* Αποτελεί την πιο πλήρη και ευρέως αποδεκτή θεωρητική προσέγγιση με κύριο εμπνευστή τον Lazarus. Αυτή προκύπτει από τις συναλλαγές που έχει το περιβάλλον με το άτομο. Το μοντέλο αυτό επικεντρώνεται στις γνωστικές διεργασίες που κάνει το άτομο και θεωρεί ότι μια κατάσταση είναι στρεσογόνα μόνο όταν το άτομο την αντιληφθεί ως τέτοια. Συνεπώς, το άτομο είναι αυτό που έχει τον κύριο ρόλο στη διαχείριση μιας κατάστασης που δημιουργεί στρες (Aldwin, 1994; Forman, 1993).

Τόσο το *μοντέλο γνωστικής αξιολόγησης* όσο και το *συναλλακτικό μοντέλο* εστιάζουν στις γνωστικές διεργασίες που επιτελεί το άτομο και στο πώς αντιμετωπίζει το ίδιο το άτομο μια δυσάρεστη κατάσταση. Αμφότερες οι δύο προσεγγίσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το άτομο οριοθετείται από ό,τι θεωρεί το ίδιο σημαντικό για την ευόδωση των στόχων του όπως η αυτορρύθμιση, η ανεξαρτησία και η αυτοεκτίμηση. Αν κάτι παρεμποδίζει την ευόδωση των στόχων του ατόμου, τότε αυτό θεωρείται πηγή άγχους. Ο Lazarus, εντούτοις, έχει δεχθεί δριμεία κριτική, διότι πολλοί υποστηρίζουν ότι ο

άνθρωπος δεν μπορεί να συμπεριφέρεται πάντα ως λογικό ον και να καταλήγει πάντα σε ψύχραιμες και λογικές αποφάσεις. Ο ίδιος αναφέρει ότι η αξιολόγηση μια κατάστασης έχει ως έρεισμα δυο διαδικασίες, όπου η μία είναι συνειδητή και ελεγχόμενη και η άλλη ασυνείδητη. Αυτές οι δύο διαδικασίες συμπληρώνουν η μία την άλλη (Aldwin, 1994).

Γενικότερα υπάρχει διχογνωμία αναφορικά με το ποιες αντιδράσεις προηγούνται. Ο Lazarus θεωρεί ότι οι γνωστικές διεργασίες προηγούνται των συναισθηματικών αντιδράσεων και βιολογικών αντιδράσεων, ενώ, αντιθέτως, ο Zajonc (1984) διατείνεται ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις προηγούνται των γνωστικών. Η Aldwin (1994) θεωρεί ότι και οι δύο έχουν δίκιο, επειδή πιστεύει ότι η σειρά προτεραιότητας καθορίζεται από τις εκάστοτε συνθήκες που επικρατούν.

3.3. Το άγχος στην παιδική και εφηβική ζωή

Εκτός από τους ενήλικες και τα παιδιά και οι έφηβοι αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους στρεσογόνες καταστάσεις είτε στο σχολείο είτε στο σπίτι τους. Έτσι, καλούνται να υιοθετήσουν στρατηγικές και να επιστρατεύσουν τις ικανότητές τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν αυτές τις καταστάσεις. Η κύρια πηγή άγχους είναι η τηλεόραση. Τα παιδιά μπορεί επίσης να βιώσουν άγχος λόγω σχολικού εκφοβισμού, οικονομικών δυσκολιών των γονέων, κακοποίησης, χωρισμού των γονέων ή θανάτου κ.ά. (Arnold, 1990). Η ερευνητική βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα κορίτσια αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων (Sorensen, 1993), ενώ, επίσης, τα παιδιά που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα δυσκολεύονται περισσότερο στην υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων σε σύγκριση με τα άτομα από τα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα (Dubow et al., 1991). Επιπρόσθετα, οι παράγοντες που δημιουργούν στρες διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Τα βρέφη βιώνουν στρες όταν απουσιάζει η φροντίδα από την μητέρα τους, ενώ τα νήπια όταν απομακρύνονται από αυτήν με την φοίτησή τους στο νηπιαγωγείο. Καθώς τα

παιδιά μεγαλώνουν βιώνουν άγχος λόγω των σχέσεων τους με τους γονείς τους και με τους συνομηλίκους και μετέπειτα με το άλλο φύλο (Forman, 1993).

Τα παιδιά και οι έφηβοι εμφανίζουν χαμηλότερες ικανότητες αυτορρύθμισης καθώς και νοητική ικανότητα σε σχέση με τους ενήλικες με αποτέλεσμα να μην υιοθετούν τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων. Σύμφωνα με την Ryan-Wenger (1992), τα παιδιά αντιμετωπίζουν διαφορετικές στρεσογόνες καταστάσεις από ότι οι ενήλικες και τις περισσότερες φορές η πηγή του άγχους τους είναι οι ίδιοι οι ενήλικες (γονείς, δάσκαλοι). Οι κύριες αιτίες άγχους για τα παιδιά είναι το σχολείο, οι σχέσεις με τους συνομηλίκους, η οικογένεια και οι προσωπικές ανησυχίες του κάθε παιδιού (Atkins, 1991).

Το σχολείο αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο της καθημερινότητας των παιδιών, καθώς αφιερώνουν περίπου το ένα τρίτο της ημέρας τους εκεί και αντιμετωπίζουν έντονο άγχος τόσο από τους δασκάλους όσο και από τους γονείς τους αναφορικά με τη σχολική τους επίδοση (Helms & Gable, 1990), ενώ τα συναισθήματα που έχουν για το σχολείο ασκούν σημαντική επίδραση στην σχολική τους επίδοση (Valeski & Stipek, 2001).

Το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζει βαθιά κρίση και οι μαθητές παρουσιάζουν έντονη δυσαρέσκεια γι' αυτό. Οι τελευταίοι απουσιάζουν συχνά από τα μαθήματα, ενώ παρατηρούνται αυξημένα περιστατικά βίας. Οι μαθητές τη δεκαετία του '40 και του '50 παρουσίαζαν έντονο στρες, κάτι που μειωνόταν καθώς μεγάλωναν (Applegate, 1981). Το σχολείο για τους περισσότερους μαθητές αποτελεί πηγή άγχους επειδή πρέπει να πετύχουν υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, ενώ από την άλλη, θεωρείται μέρος εκτόνωσης τους στρες (Helms & Gable, 1990). Οι μαθητές βιώνουν άγχος για την σχολική τους επίδοση, για την σχέση τους με τους συνομηλίκους και, τέλος, βιώνουν έντονο άγχος από την πίεση που δημιουργούν οι απαιτήσεις που έχουν οι γονείς για τους μαθητές τους (Sears & Milburn, 1990). Η αλλαγή σχολικού περιβάλλοντος και η απόρριψη στο σχολείο αποτελούν βασικές πηγές άγχους (Dibrell & Yamamoto, 1988). Επιπλέον, το άγχος συνδέεται με την αρνητική αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση.

Όσο υψηλότερο είναι το άγχος, τόσο μεγαλύτερη είναι η αρνητική αυτοεικόνα του μαθητή (Coopersmith, 1967).

Οι μαθητές που έχουν χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αντιμετωπίζουν πιο συχνά την σχολική αποτυχία, καθώς βιώνουν πολλές αρνητικές εμπειρίες στο σχολείο και είναι περισσότερο ευάλωτοι σε σύγκριση με μαθητές από υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Feiner, 1995). Παρόμοια είναι τα ευρήματα των Dubois et al. (1992), για τους προέφηβους από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγει και η έρευνα των Chandler et al. (1985), η οποία είχε δείγμα παιδιών ηλικίας 5-14. Οι Attar et al. (1994) αναφέρουν ότι τα παιδιά μειονοτικών ομάδων που παρουσιάζουν έντονο στρες έχουν τάση να είναι πιο βίαια, συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει και η έρευνα της Hutcheson (1998).

Η οικογένεια και το σχολείο διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ακαδημαϊκή επιτυχία των παιδιών. Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες βιώνουν έντονο στρες, καθώς αντιμετωπίζουν συχνά την απόρριψη από συνομηλίκους, γονείς και εκπαιδευτικούς (Τσιάντης, 1991). Υπάρχουν διάφοροι σχολικοί παράγοντες, άλλοι πιο σημαντικοί και άλλοι λιγότερο σημαντικοί, που επηρεάζουν την καθημερινότητα των μαθητών. Σχολικός εκφοβισμός, λεκτική βία, ζήλεια, σχολικός αποκλεισμός, περιθωριοποίηση, πίεση από συνομηλίκους, πίεση από γονείς για σχολικές επιδόσεις είναι μερικοί από αυτούς τους παράγοντες (Boekaerts, 2002). Οι παραπάνω παράγοντες έχουν συνδεθεί με την κακή διάθεση και την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων (Repetti, 1996).

Ο εκπαιδευτικός διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη σχολική κοινότητα αναφορικά με την αύξηση και την καταστολή του άγχους των μαθητών. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι ιδιαίτερα σημαντικός στη δημιουργία ή τη μείωση του άγχους. Η ανάπτυξη φιλικών σχέσεων με τους μαθητές επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την αυτοεικόνα τους και συμβάλλει στην μείωση του στρες (Helms & Gable, 1990). Το σύγχρονο σχολείο δίνει έμφαση στη βαθμολογία και στην ακαδημαϊκή απόδοση και επίδοση των μαθητών, αδιαφορώντας για την καλλιέργεια βασικών δεξιοτήτων και προωθώντας τον διαρκή ανταγωνισμό. Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε απομόνωση από τους

συμμαθητές. Το σύγχρονο σχολείο αντικατοπτρίζει τις απαιτήσεις της κοινωνίας και της οικογένειας των μαθητών. Το σχολικό άγχος συχνά συνδέεται με την έμφαση που δίνεται από το σύγχρονο εκπαιδευτικό σύστημα στην ακαδημαϊκή απόδοση. Η επιτυχία αξιολογείται κυρίως βάσει βαθμών και σωστών απαντήσεων, ειδικά σε βασικά γνωστικά αντικείμενα, δημιουργώντας ανταγωνισμό που οδηγεί σε απομόνωση ή αποτυχία για πολλούς μαθητές. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να καλλιεργούν στους μαθητές ποικιλία στρατηγικών αντιμετώπισης του σχολικού άγχους, ενώ, επίσης, θα έπρεπε να μην ασκούν έντονη πίεση σε μαθητές για την σχολική τους απόδοση, ενισχύοντας περισσότερο την καλλιέργεια δεξιοτήτων και προωθώντας την ουσιαστική μάθηση. Ωστόσο, στην Ελλάδα, οι εκπαιδευτικοί χαρακτηρίζονται από ελλιπή κατάρτιση σε θέματα δημιουργίας θετικού κλίματος, αυτοπειθαρχίας και επικοινωνίας (Elias, 1989).

3.4. Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Οι στρεσογόνες καταστάσεις είναι ικανές να δημιουργήσουν δυσάρεστα συναισθήματα στο άτομο, το οποίο με τη σειρά του καλείται αντιδράσει. Ο καθένας αντιδρά με διαφορετικό τρόπο σε αυτές τις καταστάσεις. Άλλες φορές το άτομο επιχειρεί να αποφύγει ότι του δημιουργεί άγχος και άλλες φορές καλείται να αντιμετωπίσει αυτό το πρόβλημα. Το κάθε άτομο χρησιμοποιεί διαφορετικές στρατηγικές για να αντιμετωπίσει μια κατάσταση που το αγχώνει. Αυτές οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί ονομάζονται στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (coping strategies), και αυτές μπορούν να το βοηθήσουν πάρα πολύ στην πρόληψη και την μείωση της εκδήλωσης σωματικών και ψυχικών προβλημάτων (Καραδήμας, 1996). Οι Lazarus & Folkman (1984), τις δεκαετίες του 1940 και 1950, μελέτησαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Οι ίδιοι αναφέρουν ότι η αντιμετώπιση του άγχους περιγράφεται ως οι συνεχώς εξελισσόμενες γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου να διαχειριστεί εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις που θεωρεί ότι υπερβαίνουν τις δυνατότητές του. Οι στρατηγικές αυτές προσαρμόζονται στο είδος της περίπτωσης και εξελίσσονται με το πέρασμα του χρόνου. Η προσαρμογή σχετίζεται με αυτοματοποιημένους μηχανισμούς, ενώ η αντιμετώπιση

στρεσογόνων καταστάσεων σχετίζεται με την αντίδραση στο άγχος (Folkman & Lazarus, 1985). Οι σύγχρονες θεωρίες για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων έρχονται σε αντίθεση με τις παλιότερες, οι οποίες θεωρούσαν την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Οι σύγχρονες θεωρίες καταρρίπτουν την παραπάνω κατάσταση, θεωρώντας την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων ως ένα μεταβλητό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Οι στρατηγικές αυτές προσαρμόζονται στο άτομο και στην περίπτωση και εξελίσσονται μέσα στον χρόνο (Latack & Havlovic, 1992).

Η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων έχει οριστεί ποικιλοτρόπως. Σύμφωνα με τους Compas et al. (2001, p. 229), η *αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων* αναφέρεται ως η «διαχείριση της συμπεριφοράς, των συναισθημάτων και του προσανατολισμού σε συνθήκες ψυχολογικής πίεσης». Ο πιο διαδεδομένος ορισμός προέρχεται από τους Lazarus & Folkman, οι οποίοι ορίζουν την *αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων* ως «τη διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο επιχειρεί να διαχειριστεί ή να ρυθμίσει απαιτήσεις που θεωρεί ότι υπερβαίνουν τις δυνάμεις του» (Μπεζεβέγκης, 2001, σ. 5). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων δεν είναι ασυνείδητες αντιδράσεις ανεξάρτητες από τη θέληση του ατόμου, αλλά είναι συνειδητές αντιδράσεις με σκοπό την αντιμετώπιση καταστάσεων που δημιουργούν έντονο στρες και άγχος (Parker & Endler, 1996; Sarris et al., 2023).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων δεν σχετίζονται με τις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και είναι προσανατολισμένες σε συγκεκριμένες καταστάσεις που αφορούν έναν και μοναδικό παράγοντα άγχους (Lazarus & Folkman, 1984).

Οι βασικές λειτουργίες των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων σύμφωνα με τους Cohen & Lazarus (1979) είναι οι εξής:

- ❖ Μείωση των περιβαλλοντικών επιδράσεων που επιδρούν αρνητικά στο άτομο
- ❖ Ανθεκτικότητα και προσαρμογή σε αρνητικές καταστάσεις.
- ❖ Διατήρηση θετικής αυτοεικόνας και αυτορρύθμισης.
- ❖ Διατήρηση ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων διακρίνονται σε *δύο* βασικές κατηγορίες:

❖ *εκείνες που εστιάζουν στο πρόβλημα*, στην ίδια την πηγή του άγχους. Οι στρατηγικές που εστιάζουν στην πηγή του άγχους είναι παρόμοιες με τις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων. Αυτές είναι: ο προσδιορισμός της πηγής του άγχους, ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων, προβολή πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων, επιλογή κατάλληλης λύσης.

❖ *εκείνες που επικεντρώνονται στο συναίσθημα*. Οι στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα είναι: η μείωση της σημασίας του προβλήματος, εστίαση σε θετικά στοιχεία, εξαγωγή θετικών συμπερασμάτων από αρνητικές καταστάσεις.

Σκοπός αυτών των στρατηγικών ήταν να μπορέσει το άτομο να ανακουφιστεί μετά από μια αρνητική εμπειρία και να επανεκτιμήσει την κατάσταση απομακρύνοντας από αυτήν τα στοιχεία που δημιουργούν πρόβλημα (Lazarus & Folkman, 1984).

Η Boekaerts (1996) αναλύει τη διαδικασία αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων ως μια σειρά αλληλεπιδραστικών στοιχείων: το αρνητικό γεγονός, τις στρατηγικές αντιμετώπισης, τους στόχους, την εκτίμηση της κατάστασης, την πρόθεση και την επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων διακρίνονται σε *στρατηγικές πρωτογενούς και δευτερογενούς ελέγχου* (Weisz et al., 1994), ενώ άλλοι ερευνητές τις διαφοροποιούν σε *γνωστικές και συμπεριφορικές* (Ebata & Moos, 1991). Εκτός από τις παραπάνω κατηγοριοποιήσεις, οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων μπορούν να ταξινομηθούν σε *νευρωσικές και ώριμες στρατηγικές* (McCrae & Costa, 1986). Οι Westman & Shirom (1995) διακρίνουν τις στρατηγικές σε *ενεργητικές και έμμεσες στρατηγικές*. Στην ίδια κατεύθυνση, ο Μπεζεβέγκης (1996) ταξινόμησε τις στρατηγικές σε *προσαρμοστικές* (αναζήτηση οικογενειακής και κοινωνικής στήριξης) και *δυσπροσαρμοστικές* (αποφυγή, απομόνωση, απόδοση ευθυνών σε τρίτα πρόσωπα).

Έχει εξεταστεί από πολλούς ερευνητές η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Οι στρατηγικές που

είναι εστιασμένες στην προσέγγιση σχετίζονται με την προσαρμοστικότητα, ενώ οι στρατηγικές αποφυγής σχετίζονται με την δυσπροσαρμοστικότητα. Η διάκριση αυτή θεωρείται πολύ απλή και δεν υιοθετείται πάντα. Η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εξαρτάται από το είδος της κατάστασης και τις περιβαλλοντικές συνθήκες (Aldwin, 1994).

Η Terry (1991) θεωρεί ότι η αντίληψη του ατόμου για το αν μπορεί να ελέγξει μια κατάσταση που προκαλεί στρες διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην επιλογή της καταλληλότερης στρατηγικής. Όταν τα άτομα μπορούν να ελέγξουν μια κατάσταση άγχους, χρησιμοποιούν καλύτερες στρατηγικές διαχείρισης άγχους. Αντιθέτως, όταν μια κατάσταση είναι αδύνατον να αλλάξει, τότε είναι καταλληλότερες οι στρατηγικές που βασίζονται στο συναίσθημα, επειδή το άτομο με αυτές τις στρατηγικές μπορεί να αποδεχτεί ή να αποφύγει μια κατάσταση (Terry, 1991).

Η ερευνητική βιβλιογραφία αναφέρει ότι τόσο οι έφηβοι όσο και τα παιδιά, όταν χρησιμοποιούν στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα, αντιμετωπίζουν διάφορες συναισθηματικές δυσκολίες, όπως άγχος και κατάθλιψη (Herman & McHale, 1993). Ο λόγος που συμβαίνει είναι γιατί αυτές οι στρατηγικές προσφέρουν προσωρινή ανακούφιση, χωρίς να αντιμετωπίζουν την αιτία που πυροδοτεί το άγχος. Συνεπώς, το πρόβλημα δεν αντιμετωπίζεται με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ένταση και το μέγεθος του άγχους (Lazarus & Folkman, 1984).

3.5. Παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Η αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων είναι μια εξαιρετικά σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία, η οποία εξαρτάται από τον τρόπο αντίδρασης του κάθε ατόμου, καθώς το κάθε άτομο ενδέχεται να αντιλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο την κάθε κατάσταση. Τα άτομα τις περισσότερες φορές κάνουν χρήση συνδυασμού στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων και αυτορρύθμισης. Οι προσωπικές διαφορές του κάθε ατόμου στον τρόπο διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων αντικατοπτρίζουν τις διαφορετικές απόψεις και προσεγγίσεις των ατόμων (Folkman & Lazarus,

1985). Το κάθε άτομο επιλέγει τις καταλληλότερες γι' αυτό στρατηγικές. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που ασκούν επίδραση στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η προσωπικότητα, η πηγή του άγχους, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η κοινωνικοσυναισθηματική εξέλιξη και η γνωστική αξιολόγηση.

3.5.1. Φύλο

Τα αγόρια κάνουν χρήση διαφορετικών στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων σε σύγκριση με τα κορίτσια, καθώς πολλές φορές τα κορίτσια θεωρούν κάποιες καταστάσεις πιο απειλητικές με αποτέλεσμα να υιοθετούν διαφορετικές στρατηγικές (Seifge-Krenke, 1990). Τα κορίτσια χρησιμοποιούν συνήθως στρατηγικές που βασίζονται στο συναίσθημα και αναζητούν τη βοήθεια άλλων, ενώ τα αγόρια χρησιμοποιούν πιο λογικές και αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης (Frydenberg & Lewis, 1991). Οι βιολογικές διαφορές των δύο φύλων παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων (Frydenberg, 1991). Τα αγόρια είναι πιο αυτόνομα και ανεξάρτητα από τα κορίτσια, ενώ τα κορίτσια είναι πιο συναισθηματικά και αγχώδη υπερεκτιμώντας πολλές φορές τη σημαντικότητα μια κατάστασης (Boekaerts, 1996). Οι Lazarus & Folkman δεν έχουν εντοπίσει σημαντικές διαφορές στις στρατηγικές των φύλων και διαφωνούν ότι τα κορίτσια υιοθετούν στρατηγικές που στηρίζονται στα συναισθήματα και στην αναζήτηση βοήθειας (Frydenberg, 1991). Δεν μπορούμε να συνάγουμε ασφαλές συμπέρασμα από τη βιβλιογραφία, καθώς τα ευρήματα είναι αντικρουόμενα.

3.5.2. Ηλικία

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η ηλικία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην παιδική ηλικία αναφορικά με την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά όσο μεγαλώνουν υιοθετούν συχνότερα στρατηγικές που επικεντρώνονται είτε στο συναίσθημα είτε στο πρόβλημα, οι οποίες απαιτούν ιδιαίτερες γνωστικές ικανότητες. Στον αντίποδα, δεν χρησιμοποιούν συχνά στρατηγικές αναζήτησης υποστήριξης από την

οικογένεια. Γενικότερα, οι στρατηγικές που υιοθετούν τα παιδιά προσιδιάζουν αρκετά στις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ενήλικες (Atkins, 1991; Altshuler & Ruble, 1989).

Πολλοί ερευνητές κάνουν λόγο για την εξελικτική φύση των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Θεωρούν ότι υπάρχουν τέτοιες στρατηγικές από την βρεφική ακόμα ηλικία, καθώς θεωρούν ότι τα βρέφη επιθυμούν να αποκτήσουν τον έλεγχο του περιβάλλοντός τους με τη χρήση στρατηγικών όπως οι κινήσεις του σώματος και το κλάμα. Ορισμένοι, ωστόσο, αμφισβητούν τις στρατηγικές αυτές και την ύπαρξή τους (Arnold, 1990).

Τα παιδιά που είναι στην προσχολική ηλικία ξεκινούν να διαχειρίζονται τις καταστάσεις που τους προκαλούν στρες καλύτερα, παρά το γεγονός ότι ακόμα βρίσκονται σε εξάρτηση από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Επιθυμούν την κοινωνική αποδοχή εκφράζοντας τα συναισθήματά τους, όπως χαρά, φόβος, λύπη, θυμός. Η κοινωνική αποδοχή επιτυγχάνεται επίσης με την οπτική επαφή και το άγγιγμα. Προσπαθούν συνειδητά να ελέγξουν το θυμικό τους, παρά το γεγονός ότι κάποιες φορές εσφαλμένα θεωρούν ότι είναι υπεύθυνα για τις στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνουν (Arnold, 1990).

Τα νήπια υιοθετούν πιο προηγμένες στρατηγικές αντιμετώπισης στρατηγικών αγχογόνων καταστάσεων, πράγμα που τα βοηθά να αντιμετωπίζουν καλύτερα τα εξωτερικά ερεθίσματα. Τα νήπια ξεκινούν να συνειδητοποιούν οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στα διαφορετικά άτομα και στις καταστάσεις άγχους που αυτά βιώνουν. Τα νήπια συνεχίζουν να στηρίζονται στην αναζήτηση βοήθειας από το οικογενειακό τους περιβάλλον, συνειδητοποιώντας ότι η απομάκρυνση από αυτούς δεν είναι απαραίτητα και εγκατάλειψη (Aldwin, 1994).

Κύρια πηγή άγχους για τους μαθητές του δημοτικού είναι το σχολείο. Χρησιμοποιούν στρατηγικές επικεντρωμένες στα συναισθήματα, επειδή πλέον ελέγχουν με καλύτερο τρόπο τα συναισθήματά τους. Αναζητούν υποστήριξη και εκτός του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Τα κορίτσια αναζητούν υποστήριξη κυρίως από τους γονείς, κάτι που συνεχίζεται και στην εφηβική ηλικία. Επιπλέον, υιοθετούν πιο πολύπλοκες στρατηγικές αγχογόνων

καταστάσεων, χρησιμοποιώντας στρατηγικές προσαρμογής και αποδοχής. Οι κοινωνικογνωστικές στρατηγικές χρησιμοποιούνται συχνότερα, παρόλο που πολλές από αυτές τις στρατηγικές δεν είναι λειτουργικές (Sorensen, 1993).

Οι έφηβοι αναπτύσσουν την αφαιρετική τους σκέψη και υιοθετούν καλύτερες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, καθώς οι πιέσεις από τους συνομηλίκους είναι πολύ έντονες και καθοριστικές. Αποτελεσματικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση τους άγχους είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων διαπραγμάτευσης και η μείωση των εγωκεντρικών συμπεριφορών. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές όπως η άρνηση, ο αλτρουισμός και το χιούμορ. Τέλος, πολλοί έφηβοι υιοθετούν δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές, όπως η απομόνωση ή η κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό συμβαίνει πιο σπάνια σε εφήβους με οικογένειες με υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον (Aldwin, 1994; Hendren, 1990).

Για να συνοψίσουμε, οι μαθητές μικρότερων ηλικιών χρησιμοποιούν πιο απλές στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα, ενώ στην εφηβεία χρησιμοποιούνται στρατηγικές που είναι εστιασμένες στο ίδιο το πρόβλημα, διότι οι στρεσογόνες καταστάσεις αυξάνονται σε εκείνη την ηλικία. Υπάρχουν, ωστόσο, παιδιά που αδυνατούν να εξελίξουν τις στρατηγικές τους και υιοθετούν κυρίως στρατηγικές επικεντρωμένες στο συναίσθημα. Οι ερευνητές αναφέρονται σε σύνδεση της γνωστικής εξέλιξης με την εξέλιξη των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Η εξέλιξη αυτή των στρατηγικών συντελείται μόνο κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Arnold, 1990).

3.5.3. Οικογένεια

Είναι πολύ σημαντικό να γίνει διαχωρισμός των αγχογόνων παραγόντων σε δύο κατηγορίες, στους οικογενειακούς και στους εξωτερικούς παράγοντες. Στους οικογενειακούς παράγοντες ανήκουν οι διάφορες αλλαγές και προκλήσεις που πραγματοποιούνται στο εσωτερικό της οικογένειας. Στους εξωτερικούς παράγοντες περιλαμβάνονται όλοι εκείνοι οι παράγοντες που διαταράσσουν την οικογενειακή συνοχή και αποτελούν απειλή για την εύρυθμη λειτουργία των οικογενειακών ρόλων.

Η οικογένεια είναι καθοριστική στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου και επηρεάζει τις στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων που υιοθετεί το άτομο. Η σχέση γονέων-παιδιών και το είδος της επικοινωνίας που έχουν αναπτύξει μεταξύ τους διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης τους στρες από τα παιδιά. Τα παιδιά αναπτύσσουν προσαρμοστικές στρατηγικές, όταν οι γονείς τα αποδέχονται και δεν είναι συναισθηματικά αδιάφοροι απέναντί τους. Η υποστηρικτικότητα της μητέρας είναι πολύ σημαντική για την ανάπτυξη θετικής αυτοεκτίμησης.

Το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον αποτελούν είναι καθοριστικοί παράγοντες για την υποστήριξη των παιδιών. Ωστόσο, πολλές φορές αδυνατούν να εξοπλίσουν τα παιδιά με τις κατάλληλες ικανότητες και στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις που τους δημιουργούν στρες. Πολλές φορές η ίδια η οικογένεια και το σχολείο αποτελούν πηγές άγχους. Οικογένειες με συνοχή και χωρίς συγκρούσεις και με επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της προσδίδουν ασφάλεια στα παιδιά τους και αυτά αναπτύσσουν αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Στον αντίποδα, οικογένειες με συγκρούσεις και απουσία επικοινωνίας οδηγούν στην ανάπτυξη στρατηγικών αποφυγής.

Διάφοροι ερευνητές αναφέρουν ότι όσα παιδιά γαλουχήθηκαν σε περιβάλλοντα με συγκρούσεις αναπτύσσουν στρατηγικές αποφυγής και συνηθίζουν να αποφεύγουν τους άλλους επειδή φοβούνται τις συγκρούσεις. Τα παιδιά από τέτοια περιβάλλοντα εμφανίζουν υπερβολικά αρνητικά συναισθήματα και αντιμετωπίζουν δυσκολίες ανάπτυξης κοινωνικών ικανοτήτων και υγιών διαπροσωπικών σχέσεων (Arnold, 1990).

3.5.4. Προσωπικότητα

Η προσωπικότητα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Επίσης, είναι πολύ σημαντική και η αντίληψη του κάθε ατόμου αναφορικά με τον έλεγχο τους ενδοπροσωπικού και του εξωπροσωπικού περιβάλλοντος. Η αίσθηση ελέγχου είτε είναι υπαρκτή είτε όχι είναι ένα τυπικό χαρακτηριστικό

της προσωπικότητας του ατόμου. Τα παιδιά, οι έφηβοι και οι ενήλικες που έχουν την πεποίθηση ότι μπορούν να ελέγξουν το περιβάλλον, επιλέγουν τις περισσότερες φορές ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Litt, 1988; Carver et al., 1989).

Οι Dweck & Wortman (1982) ταξινομούν τα άτομα σε δύο γενικές κατηγορίες: άτομα που εστιάζουν στην επιτυχία και άτομα που εστιάζουν στην αποτυχία. Τα άτομα της πρώτης κατηγορίας αναζητούν προσαρμοστικές στρατηγικές και έχουν την πεποίθηση ότι η αποτυχία οφείλεται σε παράγοντες που μπορούν να αλλάξουν όπως η έλλειψη προσπάθειας. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα της δεύτερης κατηγορίας υιοθετούν δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές, καθώς θεωρούν ότι η αποτυχία τους οφείλεται κληρονομικούς περιορισμούς. Οι McCrae & Costa (1986) αναφέρουν ότι ο νευρωτισμός σχετίζεται με αρνητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ενώ η κοινωνικότητα και η διάθεση απόκτησης νέων εμπειριών σχετίζονται με θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Επιπρόσθετα, επισημαίνουν ότι η θετική αυτοεκτίμηση σχετίζεται με την ανάπτυξη θετικών στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Αντιθέτως, τα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση υιοθετούν στρατηγικές αποφυγής (Brodzinsky et al., 1992).

Τα παιδιά που εμφανίζουν κοινωνικές ικανότητες χρησιμοποιούν άμεσες στρατηγικές, οι οποίες οδηγούν σε μείωση των συγκρούσεων και προαγωγή των κοινωνικών σχέσεων (Fabes & Eisenberg, 1992). Σε άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες υιοθετούν πολύπλοκες στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων στον χώρο της εργασίας. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο στην οικογενειακή ζωή. Οι γυναίκες από την άλλη πλευρά παρουσιάζουν την αντίστροφη ακριβώς συμπεριφορά. Τα άτομα υιοθετούν στρατηγικές αποφυγής όταν διακατέχονται από αδυναμία, ενώ υιοθετούν θετικές στρατηγικές προσέγγισης, όταν αισθάνονται ικανοί (Aldwin, 1994).

3.5.5. Κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου – αυτοεκτίμηση

Διάφοροι ερευνητές αναφέρουν ότι οι μαθητές βιώνουν έντονο άγχος εξαιτίας των σχολικών συνθηκών που επικρατούν. Αυτό έχει ως συνέπεια την εμφάνιση δυσάρεστων συμπεριφορών και χαμηλή δημοφιλία στους

συνομηλίκους τους. Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση (Youngs et al., 1990; Harper & Marshall, 1991). Υπάρχουν, ωστόσο, και αντίθετες απόψεις που αναφέρουν ότι η αυτοεκτίμηση δε συνδέεται με την αντίληψη των καταστάσεων ως στρεσογόνων (Tyszkowa, 1990). Επίσης, ένα θετικό ή αρνητικό συμβάν μπορεί να επιδράσει αρνητικά αναφορικά με την αυτοεκτίμηση των μαθητών, ακόμα και στην περίπτωση που οι μαθητές δεν διαθέτουν αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων. Πολλές φορές θεωρούν ότι έχουν χαμηλό αυτοέλεγχο, κάτι που οδηγεί σε χαμηλή αυτοαντίληψη (Youngs et al., 1990).

Οι σχέσεις των μαθητών με τους συνομηλίκους είναι καθοριστικές για την ακαδημαϊκή τους επίδοση, την αυτοεκτίμησή τους και την συμπεριφορά τους (Dubow et al., 1991). Οι κακές σχέσεις με τους συνομηλίκους δημιουργούν στρες και οδηγούν σε δυσάρεστα συναισθήματα και αντιδράσεις. Τα κορίτσια βιώνουν πιο έντονα αυτές τις δυσάρεστες καταστάσεις σε σύγκριση με τα αγόρια (Gadin & Hammarstrom, 2000). Οι έφηβοι δε διστάζουν να αναζητήσουν βοήθεια από άλλους εκτός της οικογένειάς τους, ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις δυσάρεστες καταστάσεις που ανακύπτουν (Tyszkowa, 1990).

Η υιοθέτηση των κατάλληλων στρατηγικών εξαρτάται όχι μόνο από τη φύση της πρόκλησης που αντιμετωπίζει ο μαθητής στο σχολείο, αλλά και από την ικανότητα αυτοελέγχου των μαθητών (Boekaerts, 2002). Ερευνητές υποστηρίζουν την στενή σύνδεση ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις, της ακαδημαϊκής απόδοσης και της σχολικής αυτοεκτίμησης. Αυτή η σχέση φαίνεται στα κορίτσια στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και στα αγόρια σε σχέση με την ακαδημαϊκή τους απόδοση (Gadin & Hammarstrom, 2000).

3.5.6. Περιβαλλοντικές συνθήκες και είδος τους ερεθίσματος

Η υιοθέτηση της πιο αποτελεσματικής στρατηγικής αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων επηρεάζεται από τις περιβαλλοντικές συνθήκες και από τις προσωπικές επιλογές του κάθε ατόμου. Το άτομο μπορεί να εμφανίσει διαφορετικές συμπεριφορές σε διαφορετικές καταστάσεις (Folkman & Lazarus, 1980; Aldwin, 1994). Το κάθε άτομο ερμηνεύει διαφορετικά κάθε ερέθισμα,

καθώς η ύπαρξη κατάστασης άγχους επαφίεται στην υποκειμενική αξιολόγηση του κάθε ατόμου, ακόμα και αν η κατάσταση παρουσιάζει αντικειμενικές συνθήκες (Fleishman, 1984).

Ο κυριότερος παράγοντας που οδηγεί το άτομο στην επιλογή μιας στρατηγικής είναι η αίσθηση που έχει το άτομο ως προς τον έλεγχο απέναντι στο εξωτερικό ερέθισμα. Οι έφηβοι και τα παιδιά λόγω της εξάρτησής τους από τους ενήλικες θεωρούν πολύ περισσότερες καταστάσεις ανεξέλεγκτες σε σχέση με τους ενήλικες (Ryan-Wenger, 1992). Όλα τα παραπάνω οδηγούν τα παιδιά και τους εφήβους στην υιοθέτηση στρατηγικών αυτορρύθμισης (Brodzinsky et al., 1992). Επίσης, όταν οι αγχογόνες συνθήκες είναι ασαφείς, το άτομο υιοθετεί στρατηγικές που έχει ξαναχρησιμοποιήσει ή που ταιριάζουν στην προσωπικότητά του (Lazarus & Folkman, 1984). Σύγχρονοι ερευνητές θεωρούν ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στο άτομο, την στρεσογόνα κατάσταση και τις επιλεγόμενες στρατηγικές, γεγονός που σημαίνει ότι το άτομο έχει τη δυνατότητα να αλλάξει την στρατηγική του, όταν αυτή δεν αποδίδει (Lazarus & Folkman, 1984).

3.5.7. Κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη είναι καθοριστική για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης και αφορά τη φροντίδα και τη βοήθεια που λαμβάνει το άτομο από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, και, γενικότερα, από τον στενό του κοινωνικό περίγυρο (Καραδήμας, 1995). Η κοινωνική υποστήριξη και η ψυχική αντοχή του ατόμου μπορεί να το βοηθήσει, ώστε να αντιληφθεί αν μπορεί να ελέγξει μια κατάσταση και να υιοθετήσει τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης, χωρίς να καταφεύγει σε στρατηγικές αποφυγής. Όσο μεγαλύτερη είναι η κοινωνική υποστήριξη τόσο μικρότερο είναι το άγχος που βιώνουν τα άτομα (Billings & Moos, 1981; Compas et al., 1986).

Ο Emmons et al. (1990) μελέτησαν το παράδειγμα των μητέρων που εργάζονται. Πολλές μητέρες αντιμετωπίζουν δυσκολίες διαχείρισης καταστάσεων τόσο στον εργασιακό τους χώρο όσο και στην οικογένειά τους. Αυτό έχει ως επακόλουθο την έντονη ανησυχία και την εμφάνιση

ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Η συσσώρευση των ευθυνών αυξάνει το στρες, την σωματική και ψυχική κόπωση και ενδέχεται να οδηγήσει σε οικογενειακές συγκρούσεις και σε μειωμένη ικανοποίηση από τις χαρές της καθημερινότητας (Kandel et al., 1985). Εντούτοις, η εργασία θεωρείται ευεργετική για τις γυναίκες, καθώς με αυτήν ενισχύεται η αυτοεκτίμησή της και νιώθει περισσότερο ικανοποιημένη από τη ζωή (Grove & Zeiss, 1987). Τα παραπάνω ευρήματα είναι αντικρουόμενα. Ωστόσο, ερμηνεύονται καλύτερα αν ληφθεί υπόψη η παροχή κοινωνικής υποστήριξης. Οι γυναίκες μπορούν να απολαύσουν τα οφέλη της εργασίας αν ικανοποιούνται κάποιες προϋποθέσεις. Κάποιες από αυτές τις προϋποθέσεις είναι το ευέλικτο εργασιακό ωράριο, το υψηλότερο εισόδημα, που διευκολύνει την παροχή εξωτερικής βοήθειας, η ενεργός και ισότιμη συμμετοχή του συζύγου στις καθημερινές υποχρεώσεις, που αποτελεί ίσως τον πιο σημαντικό παράγοντα, η εξωτερική βοήθεια από το στενό οικογενειακό περιβάλλον και η κοινωνική πρόνοια. Έχουν παρατηρηθεί, όμως, σημαντικές ατομικές διαφορές ως προς την αναζήτηση και την αποδοχή της κοινωνικής υποστήριξης. Ορισμένα άτομα, όταν βιώνουν έντονο άγχος, απομακρύνονται από τους ανθρώπους που θέλουν να τους υποστηρίξουν και αρνούνται τη βοήθειά τους (Taylor & Aspinwall, 1996).

3.5.8. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Οι ερευνητές αναφέρουν ότι όσο καλύτερο είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας τόσο λιγότερο αποτελεσματικές είναι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας ενός παιδιού ασκεί σημαντική επίδραση στην επιλογή των καταλληλότερων στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους. Τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου υιοθετούν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές, ενώ εκείνα που ανήκουν σε μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα υιοθετούν συχνότερα στρατηγικές αποφυγής (Frydenberg, 1991). Ο συσχετισμός ανάμεσα στο υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και στην υιοθέτηση στρατηγικών που εστιάζουν στο ίδιο το πρόβλημα γίνεται ακόμα πιο προφανής, όταν ληφθεί υπόψη το επίπεδο της μόρφωσης των μητέρων, διότι αυτές αφιερώνουν περισσότερο ποιοτικό χρόνο στα παιδιά τους.

Από την άλλη πλευρά, το επαγγελματικό επίπεδο των γονέων δεν διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Καραδήμας, 1996).

3.6. Έρευνες για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων σε παιδιά με και χωρίς αναπηρία

Τα παιδιά με οπτική αναπηρία αναπτύσσουν στρατηγικές για την αντιμετώπιση του άγχους, κυρίως μέσω της κοινωνικής υποστήριξης και της ενίσχυσης των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων. Η έρευνα του Piras et al. (2021) υπογραμμίζει τη σημασία της συναισθηματικής υποστήριξης από τους γονείς και τις θετικές αλληλεπιδράσεις για τη μείωση του άγχους και την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των παιδιών. Οι γονείς που υποστηρίζουν τα παιδιά τους στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και επικοινωνίας βοηθούν τα παιδιά να προσαρμοστούν καλύτερα στις στρεσογόνες καταστάσεις (Piras et al., 2021).

Η μελέτη των Motcharakkini et al. (2020) καταδεικνύει ότι η επικοινωνία με τους γονείς, μέσω του προσαρμοσμένου τρόπου επικοινωνίας (π.χ. με τη χρήση ειδικών εργαλείων ή μέσω νοηματικής γλώσσας), έχει θετική επίδραση στη συναισθηματική ευημερία των παιδιών με οπτική αναπηρία, ενισχύοντας τη συναισθηματική ανθεκτικότητα και τη διαχείριση του άγχους. Επίσης, η έρευνα των Rai et al. (2019) αναφέρει ότι τα παιδιά με οπτική αναπηρία αναπτύσσουν στρατηγικές αποδοχής και αναζήτησης υποστήριξης μέσω των κοινωνικών τους σχέσεων για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων.

Αναφορικά με τα παιδιά με ακουστική αναπηρία, οι στρατηγικές επικοινωνίας και κοινωνικής υποστήριξης είναι κρίσιμες για την ψυχολογική ευημερία τους. Η μελέτη των Ishtiaq et al. (2020) αναδεικνύει ότι τα παιδιά με ακουστική αναπηρία χρησιμοποιούν στρατηγικές όπως η νοηματική γλώσσα και η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες για την ενίσχυση της συναισθηματικής τους ανθεκτικότητας. Οι γονείς αυτών των παιδιών παρέχουν συνεχής υποστήριξη για την ανάπτυξη αυτών των στρατηγικών. Παρόμοια, η

έρευνα των Qi et al. (2024) δείχνει ότι τα παιδιά με ακουστική αναπηρία επιδεικνύουν ψυχολογική ανθεκτικότητα και μπορούν να διαχειριστούν το άγχος τους με την κατάλληλη υποστήριξη από τους γονείς τους και το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Η μελέτη των Yu et al. (2014) αποδεικνύει ότι η ανθεκτικότητα και οι θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης συνδέονται με την αυτοεκτίμηση σε παιδιά και εφήβους με ακουστική αναπηρία. Η έρευνα δείχνει ότι η ανάπτυξη ανθεκτικότητας και η εφαρμογή θετικών στρατηγικών αντιμετώπισης μπορούν να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση αυτών των παιδιών. Η μελέτη των Jambor & Elliott (2005) υπογραμμίζει την ανάγκη για ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης και της επικοινωνίας σε παιδιά με ακουστική αναπηρία, καθώς αυτές οι στρατηγικές τους επιτρέπουν να διαχειριστούν το άγχος και να ενισχύσουν την κοινωνική τους ένταξη. Οι γονείς που ενθαρρύνουν την ενεργή συμμετοχή των παιδιών σε κοινωνικές και επικοινωνιακές δραστηριότητες συμβάλλουν καθοριστικά στην ανάπτυξη στρατηγικών για την καταπολέμηση του άγχους και τη διαχείριση του στρες. Η μελέτη των Pincus & Friedman (2004) εστιάζει στη σημασία των κοινωνικών δικτύων και της ψυχολογικής υποστήριξης στην ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων από παιδιά με ακουστική αναπηρία. Η ενίσχυση αυτών των στρατηγικών μέσω της επικοινωνίας και της κοινωνικής υποστήριξης είναι κρίσιμη για την ψυχική υγεία των παιδιών.

Στα παιδιά με κινητική αναπηρία, η έρευνα του Carona et al. (2013) καταδεικνύει ότι οι γονείς και οι φροντιστές ενισχύουν την ψυχική ευημερία των παιδιών μέσω της συναισθηματικής υποστήριξης και της ανάπτυξης στρατηγικών που επικεντρώνονται στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της κοινωνικής ένταξης. Τα παιδιά με κινητική αναπηρία αναπτύσσουν στρατηγικές αυτοπροστασίας και κοινωνικής συμμετοχής για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων.

Η έρευνα των Desalegn et al. (2023) επισημαίνει ότι τα παιδιά με κινητική αναπηρία χρησιμοποιούν στρατηγικές όπως η αυτοπροστασία και η αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης για να διαχειριστούν το άγχος τους. Η στήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον είναι καθοριστική για

την ανάπτυξη αυτών των στρατηγικών, και οι γονείς που ενισχύουν την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών τους παίζουν θετικό ρόλο στην ενίσχυση της ψυχολογικής τους ανθεκτικότητας.

Στην έρευνα των Manuel et al. (2012), τονίζεται η σημασία της συναισθηματικής υποστήριξης από τους γονείς για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των παιδιών με κινητική αναπηρία. Οι γονείς που παρέχουν αυτήν την υποστήριξη βοηθούν τα παιδιά τους να αναπτύξουν στρατηγικές για την αυτοεκτίμηση και τη διαχείριση των στρεσογόνων καταστάσεων, προσφέροντας ένα ασφαλές περιβάλλον για την ψυχολογική τους ανάπτυξη.

Αυτές οι στρατηγικές βοηθούν τα παιδιά με αναπηρίες να διαχειριστούν καλύτερα τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν καθημερινά, και η ενίσχυση αυτών των στρατηγικών από την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ψυχολογική τους ευημερία.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα παιδιά χωρίς αναπηρία αναπτύσσουν διάφορες στρατηγικές για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Μελέτες δείχνουν ότι οι στρατηγικές αυτές περιλαμβάνουν την αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, την ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων, την αναζήτηση βοήθειας, και την ανάπτυξη ενός εύρους στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι γονείς μπορούν να ενισχύσουν αυτές τις στρατηγικές μέσω της ενσυναίσθησης, της υποστήριξης και της ενθάρρυνσης της συναισθηματικής έκφρασης.

Η μελέτη των Frydenberg & Lewis (1991a) αναφέρει ότι τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να αναζητούν κοινωνική υποστήριξη και να εμπλέκονται σε ευχάριστες δραστηριότητες, ενώ τα αγόρια είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν στρατηγικές που επικεντρώνονται στην αλλαγή του περιβάλλοντος ή στην παραγωγή εναλλακτικών λύσεων. Αυτές οι διαφορές μπορεί να σχετίζονται με τις κοινωνικές προσδοκίες και τα στερεότυπα φύλου.

Η έρευνα των Chok et al. (2023) επισημαίνει ότι οι έφηβοι αναγνωρίζουν τη σημασία της ψυχικής υγείας και χρησιμοποιούν στρατηγικές όπως η αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, η ανάπτυξη

υποστηρικτικών σχέσεων, και η αναζήτηση βοήθειας. Οι στρατηγικές αυτές ενισχύονται μέσω της ενσυναίσθησης, της υποστήριξης και της ενθάρρυνσης της συναισθηματικής έκφρασης από τους γονείς και τους δασκάλους.

Η μελέτη των Foster et al. (2022) δείχνει ότι οι στρατηγικές όπως η αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, η ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων, και η αναζήτηση βοήθειας σχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Η χρήση στρατηγικών γνωστικής αναδιάρθρωσης συνδέεται με λιγότερα συμπτώματα άγχους, ενώ οι αρνητικές στρατηγικές συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και ADHD.

Η μελέτη των Ayiro et al. (2023) αναφέρει ότι η αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, η ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων, και η αναζήτηση βοήθειας σχετίζονται με καλύτερη ψυχική υγεία. Η ψυχική υγεία των μαθητών σχετίζεται επίσης με την υποστήριξη από τους δασκάλους και την οικογένεια.

Η μελέτη των Frydenberg & Lewis (1991b) αναφέρει ότι οι στρατηγικές όπως η αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, η ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων, και η αναζήτηση βοήθειας σχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Οι στρατηγικές αυτές ενισχύονται μέσω της ενσυναίσθησης, της υποστήριξης και της ενθάρρυνσης της συναισθηματικής έκφρασης από τους γονείς και τους δασκάλους.

Η μελέτη των Chok et al. (2023) επισημαίνει ότι οι στρατηγικές όπως η αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, η ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων, και η αναζήτηση βοήθειας ενισχύονται μέσω της ενσυναίσθησης, της υποστήριξης και της ενθάρρυνσης της συναισθηματικής έκφρασης από τους γονείς και τους δασκάλους.

Η μελέτη των Foster et al. (2022) δείχνει ότι οι στρατηγικές όπως η αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, η ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων, και η αναζήτηση βοήθειας σχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Η χρήση στρατηγικών γνωστικής αναδιάρθρωσης

συνδέεται με λιγότερα συμπτώματα άγχους, ενώ οι αρνητικές στρατηγικές συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και ADHD.

Τέλος, η μελέτη των Ayiro et al. (2023) αναφέρει ότι η αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, η ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων, και η αναζήτηση βοήθειας σχετίζονται με καλύτερη ψυχική υγεία. Η ψυχική υγεία των μαθητών σχετίζεται επίσης με την υποστήριξη από τους δασκάλους και την οικογένεια.

"Η αναπηρία δεν πρέπει να μας εμποδίζει από το να κάνουμε κάτι σημαντικό. Όλοι έχουμε τις δυνατότητες να αλλάξουμε τον κόσμο."

– Stephen Hawking

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΑΠΗΡΙΑ

4.1. Ορισμοί αναπηρίας

Η αναπηρία αριθμεί πάνω από 1 δισεκατομμύριο άτομα (περίπου το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού), τα οποία ζουν με κάποια μορφή αναπηρίας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.). Η αναπηρία είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο της κοινωνίας και το 80% των ανάπηρων ατόμων διαμένει σε αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Ελλάδα (2021) το ποσοστό των ατόμων με αναπηρία ήταν περίπου στο 23,6%, ενώ, γενικότερα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2019) το ποσοστό ανερχόταν στο 24,7%. Το 2011, το Εθνικό Κέντρο Στατιστικής Υγείας (Ε.Κ.Σ.Υ.) ανέφερε ότι οι γυναίκες με αναπηρία 15-64 καταλάμβαναν το ποσοστό του 6,4%, ενώ οι άντρες το 6,2%. Το 2010 ζούσαν περίπου 101 εκατομμύρια υπερήλικες με σοβαρές αναπηρίες που είχαν άμεση εξάρτηση από τρίτους. Υπάρχει πρόβλεψη ότι ο αριθμός αυτός θα τριπλασιαστεί μετά από 25 χρόνια (περίπου 275 εκατομμύρια). Επομένως, αποτελεί αδήριτη ανάγκη η κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρία, κάτι που θα ήταν πολύ σημαντικό και για τα άτομα με αναπηρίες αλλά και για τις οικογένειές τους.

Στις ημέρες μας επιχειρείται η ενίσχυση της ανεξαρτησίας των ανάπηρων ατόμων (Prince et al., 2015).

Η αναπηρία είναι μια σύνθετη και πολύπλοκη έννοια και συμπεριλαμβάνει διάφορους περιορισμούς σε δραστηριότητες, οι οποίοι συνδέονται με αρνητική αλληλοσυσχέτιση ανάμεσα σε ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Συνεπώς, η κατανόησή της είναι άκρως σημαντική για την σωστή αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων που ανακύπτουν. Η αναπηρία παρουσιάζει κοινωνική υπόσταση, η οποία προκύπτει από την αλληλεπίδραση ατόμου-περιβάλλοντος. Η συνθετότητα της έννοιας της αναπηρίας δημιουργεί δυσκολίες στην διατύπωση ενός σαφούς ορισμού της, επειδή το κάθε άτομο βιώνει με διαφορετικό τρόπο την αναπηρία. Η αναπηρία μπορεί να είναι είτε μόνιμη είτε προσωρινή και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε φάση της ζωής του ανθρώπου. Σύμφωνα με τη Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (2006), τα άτομα με αναπηρία περιλαμβάνουν εκείνους που αντιμετωπίζουν μακροχρόνια σωματικά, διανοητικά, πνευματικά ή αισθητηριακά προβλήματα, τα οποία περιορίζουν την ενσωμάτωση στην κοινωνία, όταν συνδυαστούν και με άλλα προβλήματα. Οι Palmer & Harley (2012, p. 358) αναφέρουν ότι «οι αναπηρίες δεν είναι αποτέλεσμα ενός φυσικού ή βιολογικού περιορισμού του ατόμου, αλλά της αδυναμίας του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος να ενσωματώσει τους ανθρώπους με αναπηρία».

Στην Ελλάδα, ο Νόμος 3699/2008 καθορίζει τους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, οι οποίοι περιλαμβάνουν άτομα με νοητική αναπηρία, αισθητηριακές αναπηρίες (όπως οπτική και ακουστική αναπηρία), κινητική αναπηρία, χρόνιες ανίατες ασθένειες, διαταραχές ομιλίας και λόγου, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (π.χ. δυσλεξία, δυσαναγνωσία, δυσαριθμησία, δυσγραφία), διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, διαταραχή αυτιστικού φάσματος και ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, οι κατηγορίες αναπηρίας περιλαμβάνουν τέσσερις κύριες κατηγορίες: κινητική, αισθητηριακή, νοητική και ψυχική. Οι κινητικές αναπηρίες σχετίζονται προβλήματα στην κίνηση, οι αισθητηριακές αφορούν προβλήματα στην όραση και στην ακοή και, συνεπώς, στην αντίληψη του

ατόμου ενώ οι νοητικές αναπηρίες συνδέονται με τις δυνατότητες μάθησης και απόκτησης νέων εμπειριών (ΦΕΚ 137/Α/13-9-2017).

4.2. Μοντέλα αναπηρίας

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα μοντέλων που συνεισφέρουν στην κατανόηση της σύνθετης έννοιας της αναπηρίας. Τα μοντέλα αυτά προέρχονται τους χώρους της κοινωνιολογίας, της πολιτικής, της ψυχολογίας της οικονομίας κ.ά. Τα μοντέλα αυτά ταξινομούνται σε ατομικά και κοινωνικά, ανάλογα με το σύνολο των χαρακτηριστικών που συγκεντρώνουν. Σύμφωνα με το ατομικό μοντέλο, «η αναπηρία είναι ένα ατομικό ζήτημα που αφορά τη βλάβη ή τη δυσλειτουργία του ατόμου. Το άτομο θεωρείται υπεύθυνο για τη δική του αναπηρία και τις συνέπειες αυτής». Με βάση το παραπάνω μοντέλο η αναπηρία είναι προσωπικό ζήτημα και το άτομο είναι αποκλειστικά υπεύθυνο για την κατάσταση και για την αποκατάστασή του (Rothman, 2007, p. 14). Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσεται το ηθικό και το ιατρικό μοντέλο. Το ηθικό μοντέλο της αναπηρίας υποστηρίζει ότι «η αναπηρία θεωρείται ως συνέπεια των προσωπικών αμαρτιών ή κακών πράξεων ενός ατόμου. Ορισμένα κοινωνικά ή θρησκευτικά ρεύματα την αναγνωρίζουν ως ποινή ή τιμωρία που επιβάλλεται στο άτομο, και οι ίδιοι πιστεύουν ότι το άτομο είναι υπεύθυνο για τη συγκεκριμένη κατάσταση. Το ηθικό μοντέλο προτείνει ότι η αναπηρία μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω ηθικής εξιλέωσης ή κοινωνικής καθαρής πράξης» (Rothman, 2007; Shakespeare, 2006). Όσον αφορά το ιατρικό μοντέλο, «η αναπηρία θεωρείται ως ατομικό πρόβλημα που πηγάζει από τη σωματική ή ψυχική δυσλειτουργία του ατόμου. Αυτό το μοντέλο επικεντρώνεται στην αποκατάσταση της «βλάβης» μέσω ιατρικών διαδικασιών και φροντίδας από επαγγελματίες υγείας» (W.H.O., 2011, p. 98). Συνεπώς, με βάση το παραπάνω μοντέλο, η αναπηρία οφείλεται σε φυσικές ή ψυχικές βλάβες που περιορίζουν το άτομο, θέτοντας ως στόχο την θεραπεία με τη χρήση ιατρικών μεθόδων (Lawson, 2012).

Από την άλλη πλευρά το κοινωνικό μοντέλο υποστηρίζει ότι «η αναπηρία θεωρείται κοινωνικό ζήτημα και όχι ιατρικό πρόβλημα. Η αναπηρία δημιουργείται από τα κοινωνικά εμπόδια, την έλλειψη προσβασιμότητας και τη

μη αποδοχή των ατόμων με αναπηρία από την κοινωνία» (Kayess & French, 2008, p. 104). Αυτό το μοντέλο εξαιρεί τη σημασία της κοινωνίας, η οποία οφείλει να προσαρμοστεί στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία. Θεωρεί ότι η αναπηρία δε σχετίζεται με φυσικές ή ψυχικές βλάβες, όπως υποστηρίζει το ιατρικό μοντέλο, αλλά είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας της κοινωνίας να αποδεχτεί και να ενσωματώσει στον ιστό της τα άτομα με αναπηρίες (Reid-Cunningham & Fleming, 2009).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται και άλλα είδη μοντέλων όπως το βιοψυχοκοινωνικό (WHO, 2001), το πολιτικό (Oliver, 1996), το κριτικό (Barnes & Mercer, 2003), το πολυδιάστατο μοντέλο (Shakespeare, 2013), το αναπτυξιακό μοντέλο (Funk & Bartley, 2010) και το ολιστικό μοντέλο (Greco & Stainton, 2011).

4.3. Αναπηρία και αυτονομία

Όπως προαναφέρθηκε, το κοινωνικό μοντέλο θεωρεί ότι οι αναπηρίες προκύπτουν λόγω της αδυναμίας προσαρμογής της κοινωνίας στις ανάγκες των ατόμων. Για παράδειγμα, δεν επιτρέπεται να νοείται κάποιος ανίκανος επειδή χρησιμοποιεί αναπηρικό αμαξίδιο, αν το κράτος και γενικότερα η κοινωνία δεν έχει φτιάξει τις ράμπες σε δημόσιους χώρους. Στο παρελθόν, επικρατούσε το ιατρικό μοντέλο, καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι δεν αντιλαμβάνονταν τις έννοιες της ισότητας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τα τελευταία χρόνια, όμως, οι συνεχείς διεκδικήσεις των ατόμων με αναπηρία, η ανάπτυξη του ανθρωπισμού και της κοινωνικής σκέψης είχαν ως επακόλουθο την επικράτηση και την παγίωση του κοινωνικού μοντέλου, με βάση το οποίο η κοινωνία προσαρμόζεται στις ανάγκες του ατόμου και έτσι αποφεύγεται ο κοινωνικός αποκλεισμός (Palmer & Harley, 2012).

Ωστόσο, παρά την ανάπτυξη της ανθρωπιστικής σκέψης και τις προόδους στην υποστήριξη των ατόμων με αναπηρία, συνεχίζουν να υφίστανται προκαταλήψεις και στερεότυπα που εμποδίζουν την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Αυτές οι καταστάσεις επηρεάζουν σημαντικά τον ιδιαίτερο ψυχισμό των ατόμων με αναπηρία, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν ψυχικές διαταραχές, όπως αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση

(Ferreira & Fox, 2008). Τα στερεότυπα αυτά ανακύπτουν από την εξωτερική εμφάνιση ατόμων με αναπηρία, η οποία δε συνάδει με τα πρότυπα της κοινωνίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων με αναπηρίες (Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2016). Εντούτοις, η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα άτομα με αναπηρία δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές συγκριτικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα. Αντιθέτως, η αναπηρία μπορεί να οδηγήσει σε ψυχική ενδυνάμωση και στην ανάπτυξη σημαντικών πτυχών της προσωπικότητάς τους (de Bressy de Guast et al., 2013; Sarris et al., 2018). Ο τρόπος διαχείρισης της αναπηρίας απαιτεί κοινωνική και συλλογική δραστηριοποίηση προκειμένου να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον πλήρους και ισότιμης κοινωνικής συμμετοχής των ατόμων με αναπηρίες. Η πρόκληση δεν είναι η προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία στις κοινωνικές παθογένειες, αλλά η προσαρμογή της κοινωνίας στις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων με αναπηρία (WHO, 2001).

"Τα καλύτερα και ομορφότερα πράγματα στον κόσμο δεν μπορούν να ιδωθούν ή να αγγιχτούν – πρέπει να τα νιώσεις με την καρδιά."

– Helen Keller

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

5.1. Ορισμοί τύφλωσης και μειωμένης όρασης

Οι ανθρώπινες αισθήσεις λειτουργούν ως ο σύνδεσμος του ανθρώπου με το περιβάλλον. Η όραση, μία από τις πέντε βασικές αισθήσεις, αποτελεί την πιο σημαντική αισθητηριακή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Συχνά αποκαλείται "βασίλισσα των αισθήσεων", και η απώλειά της μπορεί να οδηγήσει είτε σε πλήρη τύφλωση είτε σε μερική απώλεια όρασης. Θεωρείται ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά για τον άνθρωπο, ενώ η ενδεχόμενη απουσία της μπορεί να προκαλέσει αναταραχές στις κοινωνικές ισορροπίες και δυσλειτουργία στις κοινωνικές δομές. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η τύφλωση αποτελεί πρόβλημα τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (2000, σ. 7), ο όρος «*τυφλός*» αναφέρεται σε «*άτομα που έχουν πλήρη ή σοβαρή απώλεια όρασης, η οποία δεν μπορεί να διορθωθεί με γυαλιά ή άλλες συσκευές όρασης*». Στην ανάλυσή του, ο Κυπριωτάκης τονίζει ότι η οπτική αναπηρία μπορεί να ποικίλλει από μερική απώλεια όρασης μέχρι πλήρη τύφλωση, και εξαρτάται από την αδυναμία του ατόμου να αντιλαμβάνεται τα οπτικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Ο παραπάνω συγγραφέας επικεντρώνεται επίσης στη σημασία της κοινωνικής προσαρμογής και της υποστήριξης που απαιτείται για τα άτομα με τύφλωση,

δεδομένου ότι η έλλειψη όρασης επηρεάζει σημαντικά την καθημερινή τους ζωή, την εκπαίδευση και τις κοινωνικές τους σχέσεις. Αναγνωρίζει την ανάγκη για την ανάπτυξη στρατηγικών και τεχνικών, οι οποίες να επιτρέπουν στα άτομα με τύφλωση να αλληλεπιδρούν με τον κόσμο γύρω τους και να αποκτούν πρόσβαση στις απαραίτητες πληροφορίες για να ζήσουν ανεξάρτητα και να ενσωματωθούν πλήρως στην κοινωνία.

Σύμφωνα με τη δέκατη έκδοση του ICD (Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων), *τυφλό* θεωρείται κάθε άτομο με οπτική οξύτητα μικρότερη από 3/60 (σε μέτρα) με διόρθωση στο καλύτερο μάτι. Επίσης, τυφλό χαρακτηρίζεται οποιοδήποτε άτομο, που παρά το γεγονός ότι μπορεί να έχει ικανοποιητική οπτική οξύτητα, η περιφερική του όραση περιορίζεται σε λιγότερες από 10 μοίρες κεντρικά με την καλύτερη διόρθωση. Αντίστοιχα, άτομο με χαμηλή όραση θεωρείται όποιος έχει οπτική οξύτητα μικρότερη από 6/18 αλλά ίση ή καλύτερη από 3/60, ενώ το οπτικό του πεδίο περιορίζεται στις 20 μοίρες κεντρικά ή λιγότερο στο καλύτερο μάτι με τη βέλτιστη διόρθωση (Cattaneo & Vecchi, 2011).

Οι κατηγορίες που όρισε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σχετικά με τα άτομα με σοβαρά προβλήματα όρασης είναι:

Κατηγορία 1: Οπτική οξύτητα μεταξύ 3/10 (6/18 ή 20/70) και 1/10 (6/60 ή 20/200) (μερικώς βλέπων)

Κατηγορία 2: Οπτική οξύτητα μεταξύ 1/10 (6/60 ή 20/200) και 1/20 (3/60 ή 20/400) (μερικώς βλέπων)

Κατηγορία 3: Οπτική οξύτητα μεταξύ 1/20 (3/60 ή 20/400) και μέτρηση δακτύλων από 1 μέτρο (1/60 ή 1/50 ή 5/300) (τυφλός)

Κατηγορία 4: Οπτική οξύτητα μεταξύ μέτρησης δακτύλων από 1 μέτρο (1/60 ή 1/50 ή 5/300) και αντίληψη φωτός (τυφλός)

Κατηγορία 5: Οπτική οξύτητα μη αντίληψης φωτός (τυφλός)
(ICD-10, 2008)

5.1.1. Ο νομικός ορισμός της τύφλωσης

Παρά το γεγονός ότι έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί για την έννοια αυτή, ακόμα δεν υπάρχει ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός. Οι δύο κύριες προσεγγίσεις προέρχονται από τον τομέα της ιατρικής και από τον τομέα της

εκπαίδευσης (Κρουσταλάκης, 2005). Στην ιατρική, οι παράγοντες που επηρεάζουν την οπτική οξύτητα και το οπτικό πεδίο μετριοούνται και καθορίζουν το ποσοστό της οπτικής αναπηρίας. Οι τέσσερις κατηγορίες όρασης περιλαμβάνουν την κανονική όραση, τη μέτρια εξασθένιση, τη σοβαρή εξασθένιση και την τύφλωση. Η μέτρια και η σοβαρή εξασθένιση συγκαταλέγονται στην κατηγορία «χαμηλή – μειωμένη όραση». Τα άτομα με χαμηλή όραση ή τύφλωση θεωρούνται οπτικά ανάπηρα (WHO, 2018). Η υπολειπόμενη όραση των ατόμων με οπτική αναπηρία τα βοηθά στις κοινωνικές, επαγγελματικές, ψυχαγωγικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους (WHO, 2018). Η πλήρης τύφλωση είναι σπάνια και συνήθως τα άτομα με αυτή την κατάσταση μπορούν μόνο να διακρίνουν το φως και το σκοτάδι (WHO, 2018). Σχετικά με τη νομοθεσία για την εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία, αυτή καλύπτει όλες τις άλλες αναπηρίες, εκτός από την οπτική, για την οποία υπάρχουν νομικοί και εκπαιδευτικοί ορισμοί.

Ο ορισμός αυτός εδράζεται στην οπτική οξύτητα και στο οπτικό πεδίο. *Η οπτική οξύτητα* αναφέρεται στην ικανότητα του οφθαλμού να διακρίνει και να εντοπίζει λεπτομέρειες σε αντικείμενα σε απόσταση. Μετριοείται συνήθως χρησιμοποιώντας το γράμμα ή το σχήμα πίνακες (π.χ. πίνακας Snellen) και εκφράζεται με αναλογία, όπως 20/20 ή 6/6, όπου η πρώτη τιμή αναφέρεται στην απόσταση από την οποία το άτομο βλέπει το γράμμα και η δεύτερη στην απόσταση από την οποία το άτομο με φυσιολογική όραση θα έβλεπε το ίδιο γράμμα (Tse, 2018).

Το *οπτικό πεδίο* αναφέρεται στην περιοχή του χώρου που είναι ορατή από το μάτι όταν το βλέμμα είναι σταθερό, χωρίς να κινείται το κεφάλι ή τα μάτια. Περιλαμβάνει τόσο το κεντρικό όσο και το περιφερικό οπτικό πεδίο, το οποίο είναι κρίσιμο για την αντίληψη του περιβάλλοντος και τη διάγνωση των παθήσεων της όρασης, όπως το γλαύκωμα και οι νευρολογικές διαταραχές (Hoh, 2015) .

5.1.2. Ο εκπαιδευτικός ορισμός της τύφλωσης-μερικής όρασης

Σύμφωνα με τον κλάδο της εκπαίδευσης τα τυφλά άτομα χρησιμοποιούν την αφή και την ακοή τους, ώστε να αντισταθμίσουν την

απώλεια της όρασής τους, να αλληλοεπιδράσουν με το περιβάλλον τους και να κατακτήσουν τη γνώση. Αντίθετα, οι μαθητές με μειωμένη όραση χρησιμοποιούν την υπολειπόμενη όρασή τους, ώστε να ανταποκριθούν επαρκώς στα καθήκοντα και στις υποχρεώσεις του σχολείου. Η τροποποίηση και η προσαρμογή των μεθόδων διδασκαλίας, του εκπαιδευτικού υλικού και του ευρύτερου μαθησιακού περιβάλλοντος κρίνονται απαραίτητες κατά την εκπαιδευτική διαδικασία (Παπαδόπουλος, 2007).

Τυφλός θεωρείται ο μαθητής που στη προσπάθειά του να αποκτήσει γνώσεις χρησιμοποιεί την αφή και την ακοή καθώς και μη οπτικά μέσα για να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του σχολείου. *Μερικώς βλέποντες ή αμβλύωπες* χαρακτηρίζονται οι μαθητές που χρησιμοποιούν την όρασή τους για την παρακολούθηση του σχολικού προγράμματος, το οποίο έχει σαφώς υποστεί τις κατάλληλες τροποποιήσεις και προσαρμογές τόσο στο εκπαιδευτικό υλικό όσο και στο εκπαιδευτικό περιβάλλον (Παπαδόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με την *Ελληνική Νομοθεσία (Ν.958/1979)* τυφλό νοείται κάθε άτομο του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής στον οφθαλμό που βλέπει καλύτερα και με την καλύτερη δυνατή διόρθωση.

Σύμφωνα με την *Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση (2020)*:

- ❖ «*Τυφλό* είναι το άτομο του οποίου η κεντρική οπτική οξύτητα δεν υπερβαίνει τα 20/200 ή 2/20 στο καλύτερο μάτι, ύστερα από την καλύτερη δυνατή ιατρική παρέμβαση. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία το ποσοστό όρασης πρέπει να είναι κάτω του 1/20».
- ❖ «*Μερικώς βλέποντα* θεωρούνται τα άτομα των οποίων η οπτική οξύτητα με διόρθωση είναι μεταξύ 20/70 με 20/200 ύστερα από την καλύτερη δυνατή ιατρική παρέμβαση. Όμως: μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών που έχουν νομικά χαρακτηριστεί τυφλοί δεν έχουν καθόλου όραση και ένας αριθμός νομικά τυφλών μπορεί και διαβάξει μεγεθυμένο κείμενο».

5.2. Πληθυσμός των τυφλών-Αίτια οπτικής αναπηρίας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ ή WHO) έχει προσπαθήσει να εκτιμήσει τον παγκόσμιο αριθμό των τυφλών. Τα προβλήματα όρασης αποτελούν μία σημαντική κατηγορία αναπηρίας που επηρεάζει έντονα την καθημερινότητα των ατόμων που πλήττονται. Σύμφωνα με τις μελέτες των Elsmann et al. (2019), περίπου 285 εκατομμύρια άνθρωποι αντιμετωπίζουν κάποια μορφή οπτικής αναπηρίας. Από αυτούς, 39 εκατομμύρια είναι πλήρως τυφλοί, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων με οπτική αναπηρία αντιμετωπίζει μέτρια έως σοβαρή εξασθένηση της όρασης. Η ραγδαία αύξηση των προβλημάτων όρασης οδήγησε την επιστημονική κοινότητα να προσπαθήσει να ορίσει την οπτική αναπηρία με σαφήνεια.

Περίπου το 90% των ατόμων με προβλήματα όρασης ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες, και σχεδόν τα 2/3 των ατόμων με διαταραχές όρασης, καθώς και το 82% των τυφλών, είναι άνω των 50 ετών, αν και η ηλικιακή ομάδα αυτή αντιστοιχεί μόλις στο 20% του παγκόσμιου πληθυσμού. Επίσης, υπολογίζεται ότι περίπου 19 εκατομμύρια παιδιά παρουσιάζουν κάποια οπτική αναπηρία, εκ των οποίων τα 12 εκατομμύρια πάσχουν από διαθλαστικά προβλήματα (όπως μυωπία, υπερμετρωπία, αστιγματισμός), που θα μπορούσαν να διαγνωστούν και να διορθωθούν εύκολα. Επιπλέον, περίπου 1,5 εκατομμύρια παιδιά σε παγκόσμιο επίπεδο είναι πλήρως τυφλά και απαιτούν παρεμβάσεις για την αποκατάσταση της όρασης, ώστε να μπορέσουν να αναπτυχθούν φυσιολογικά και προσωπικά (WHO, 2012). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το 2015 εκτιμήθηκε ότι περίπου 39 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως είναι τυφλοί. Στην Ελλάδα, η αναλογία τυφλών δεν ξεπερνά τους 23 ανά 100.000 κατοίκους. Με βάση τον πληθυσμό της Ελλάδας, που είναι περίπου 10,4 εκατομμύρια, αυτό μεταφράζεται σε περίπου 2.392 τυφλούς. Ωστόσο, είναι πιθανό ο πραγματικός αριθμός να είναι διαφορετικός, καθώς πολλοί τυφλοί ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και αρκετές οικογένειες αποφεύγουν να δηλώσουν την αναπηρία του παιδιού τους, ενώ επίσης αρκετοί ηλικιωμένοι δεν αναφέρουν τα προβλήματα όρασής τους (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Οι κυριότερες αιτίες της οπτικής αναπηρίας παγκοσμίως περιλαμβάνουν τις μη διορθώσιμες διαθλαστικές δυσλειτουργίες του οπτικού

οργάνου (43%) και τον καταρράκτη (33%). Άλλες αιτίες περιλαμβάνουν το γλαύκωμα (2%), την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, το τράχωμα, τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και την αδιαφάνεια του κερατοειδούς (όλα αυτά μαζί συγκεντρώνουν το 1%). Οι αιτίες της τύφλωσης είναι: ο καταρράκτης (51%), το γλαύκωμα (8%), η εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (5%), η παιδική τύφλωση και η αδιαφάνεια του κερατοειδούς (4%), οι μη διορθώσιμες διαθλαστικές δυσλειτουργίες και το τράχωμα (3%), η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (1%) και οι αδιευκρίνιστοι παράγοντες (21%) (WHO, 2012). Σύμφωνα με μια σειρά ερευνών στην Ευρώπη, οι κύριες αιτίες τύφλωσης είναι: ο καταρράκτης, το τράχωμα, το γλαύκωμα, ο διαβήτης, η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς και ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004).

Τα κυριότερα αίτια της οπτικής αναπηρίας μπορούν να χωριστούν σε 2 γενικότερες κατηγορίες. Σε αυτά που οφείλονται σε *κληρονομικούς παράγοντες* και σε αυτά που οφείλονται σε *επίκτητους παράγοντες*.

Κληρονομικοί παράγοντες:

- ❖ Η καταστροφή ή βλάβη του οπτικού νεύρου
- ❖ Διάφορα οικογενειακά εκφυλιστικά φαινόμενα όπως η έλλειψη χρωστικής ουσίας στον χοριοειδή, στην ίριδα (αλφισμός) και στον αμφιβληστροειδή,
- ❖ Οι διαθλαστικές ανωμαλίες κ.α.

(Κυπριωτάκης, 2000)

Επίκτητοι παράγοντες:

- ❖ Η ανεπαρκής οξυγόνωση κατά τη γέννηση του παιδιού που ονομάζεται υποξία και η υδροκεφαλία, η κατάσταση δηλαδή κατά την οποία συγκεντρώνεται υπερβολικό υγρό στον εγκέφαλο (Heward, 2011)
- ❖ Διαβητική Ρετινοπάθεια: Η διαβητική ρετινοπάθεια είναι μια σοβαρή επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη, η οποία επηρεάζει τα αιμοφόρα αγγεία του αμφιβληστροειδούς και μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση εάν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως (Klein, 2010).
- ❖ Οπτική Νευροπάθεια λόγω Υποξίας: Η έλλειψη οξυγόνου (π.χ. λόγω ασθενειών του καρδιαγγειακού συστήματος) μπορεί να οδηγήσει σε

νευροπάθεια του οπτικού νεύρου και σε απώλεια όρασης (Thompson et al., 2019).

- ❖ Η οπισθοφακική ινοπλασία ή αλλιώς αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας είναι μια ασθένεια του ματιού που επηρεάζει τα πρόωρα νεογνά κατά την εντατική νεογνική φροντίδα, στην οποία η θεραπεία με οξυγόνο χρησιμοποιείται λόγω της υπολειπόμενης ανάπτυξης των πνευμόνων (Κυπριωτάκης, 2000).
- ❖ Παιδικές ασθένειες (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, ευλογιά, οστρακιά κ.α.), κακοήθειες του ματιού, δηλητηρίαση, μεταβολικές και οφθαλμολογικές διαταραχές, τραυματισμοί στο κεφάλι κατά τον τοκετό, αφροδίσια νοσήματα, μολυσματικές ασθένειες κατά τη διάρκεια της κύησης (Τσιναρέλης, 2005)
- ❖ Αυτοάνοσα Νοσήματα: Αρκετά αυτοάνοσα νοσήματα, όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας και ο λύκος, μπορούν να προκαλέσουν οπτική αναπηρία λόγω φλεγμονών ή βλαβών στο οπτικό νεύρο ή τον αμφιβληστροειδή (Ormerod, 2002).
- ❖ Τραυματισμοί του ματιού (O'Neill & Nash, 2013)
- ❖ Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Ματιού: Οι φλεγμονές στο μάτι, όπως η ιριδοκυκλίτιδα, προκαλούν πρήξιμο και ερεθισμό στο μάτι, οδηγώντας σε πόνο και πιθανή απώλεια όρασης. Μπορεί να είναι αποτέλεσμα λοίμωξης, αυτοάνοσης πάθησης ή τραυματισμού (Bansal et al., 2018).
- ❖ Υψηλός Αλκοολισμός ή Χρήση Ναρκωτικών: Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία του οπτικού νεύρου ή να προκαλέσουν τοξικές βλάβες στον εγκέφαλο που οδηγούν σε απώλεια όρασης (Koo & Lee, 2011).
- ❖ Μια κατάσταση γνωστή σαν «φλοιώδης οπτική αναπηρία» που είναι απόρροια νευρολογικών δυσλειτουργιών και ενδεχομένως να επιφέρει την καταστροφή οπτικών μονοπατιών πριν και μετά τον σχηματισμό τους (Παπαδόπουλος, 2006).
- ❖ Η ογκοκέρκωση ή τύφλωση των ποταμών οφείλεται σε ένα παράσιτο, το οποίο μεταδίδεται στον άνθρωπο από ένα είδος μύγας που ζει στα ορμητικά ποτάμια. Αποτελεί την κυριότερη αιτία τύφλωσης σε πολλές αφρικανικές χώρες. Περίπου μισό εκατομμύριο άνθρωποι είναι τυφλοί ή μερικώς βλέποντες λόγω αυτής της ασθένειας. Προκαλεί επίσης

φαγούρα και αλλάζει το χρώμα του δέρματος. Για να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση είναι απαραίτητη η χορήγηση ενός παρασιτικού φαρμάκου, που λέγεται ιβερμεκτίνη.

- ❖ Τυφλότητα λόγω υποσιτισμού που μπορεί να οδηγήσει σε ξηροφθαλμία, η οποία οφείλεται στην έλλειψη της βιταμίνης Α, που συμβάλλει στην καλή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και είναι απαραίτητη για την όραση (Χατζηχαραλάμπους, 2000)
- ❖ Οι διαθλαστικές δυσλειτουργίες (π.χ. μυωπία) αν δεν τύχουν άμεσης παρέμβασης ενδέχεται να οδηγήσουν σε εκτενέστερες οπτικές δυσλειτουργίες ακόμα και σε τύφλωση (Gilbert & Li, 2013)
- ❖ Μια μορφή τύφλωσης που ονομάζεται οπτική αγνωσία ή ψυχική τύφλωση, που προξενείται από βλάβη στον οπτικό φλοιό. Το άτομο με αυτό το είδος τύφλωσης βλέπει μεν τα αντικείμενα αλλά δεν μπορεί να τα αναγνωρίσει. Το άτομο αυτό πολλές φορές διακρίνει τους γνωστούς του από την ομιλία (Λιοδάκης, 2000).

Παρακάτω παρουσιάζονται εκτενέστερα οι κυριότερες αιτίες μερικής όρασης και τύφλωσης παγκοσμίως:

Καταρράκτης: Ο καταρράκτης είναι η κύρια αιτία τύφλωσης παγκοσμίως. Προκύπτει όταν ο οπτικός φακός του ματιού χάνει τη διαφάνειά του και θολώνει. Μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς, μεταβολικούς, περιβαλλοντικούς ή διατροφικούς παράγοντες, ενώ συχνά συνδέεται και με άλλες οφθαλμικές ή οργανικές παθήσεις, όπως ο διαβήτης. Ο βασικότερος παράγοντας για την εμφάνισή του είναι η ηλικία. Δεν υπάρχει φαρμακευτική θεραπεία για τον καταρράκτη, και η μόνη λύση είναι η χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία ο θολωμένος φακός αντικαθίσταται με έναν καθαρό τεχνητό φακό. Η επέμβαση πραγματοποιείται συνήθως σε εξωτερικά ιατρεία και με τοπική αναισθησία (Tasman & Jaeger, 2005).

Γλαύκωμα: Το γλαύκωμα προκαλείται από αυξημένη πίεση στο εσωτερικό του ματιού, η οποία βλάπτει σταδιακά το οπτικό νεύρο. Αυτό συμβαίνει επειδή η πίεση του υδατοειδούς υγρού αυξάνεται, καθώς δεν μπορεί να απομακρυνθεί από τους φυσικούς αποχετευτικούς αγωγούς του ματιού (Heward, 2011). Το γλαύκωμα είναι μία από τις πιο κοινές αιτίες τύφλωσης παγκοσμίως, ειδικά σε

πληθυσμούς που είναι ηλικιωμένοι ή έχουν ιστορικό υπέρτασης ή διαβήτη. Η έρευνα των Quigley et al. (2006) αναφέρει ότι το γλαύκωμα προκαλεί σταδιακή απώλεια της όρασης λόγω βλάβης στο οπτικό νεύρο, συχνά εξαιτίας αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης.

Τράχωμα: Η μόλυνση αυτή αποτελεί την κύρια αιτία τύφλωσης λόγω μόλυνσης και συνήθως εκδηλώνεται στην βρεφική και παιδική ηλικία. Ευδοκίμει σε περιοχές με έλλειψη καθαρού νερού, ανεπαρκείς συνθήκες υγιεινής και σε περιοχές με υψηλή παρουσία μυγών. Η μόλυνση μπορεί να διαρκέσει χρόνια, και η επανειλημμένη φλεγμονή μπορεί να προκαλέσει το άνω βλέφαρο να στραβώσει προς τα μέσα, με αποτέλεσμα οι βλεφαρίδες να ερεθίζουν τον βολβό του ματιού, προκαλώντας έντονο πόνο και ουλές, κάτι που οδηγεί σε συνεχιζόμενο πόνο και φωτοφοβία. Η θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση ή τη χρήση αντιβιοτικών για την καταπολέμηση της μόλυνσης, καθώς και τον καθαρισμό του προσώπου για την αποφυγή εξάπλωσης της μόλυνσης. Επίσης, είναι απαραίτητο να βελτιωθούν οι συνθήκες του περιβάλλοντος, παρέχοντας πρόσβαση σε καθαρό νερό και διασφαλίζοντας την τήρηση των κανόνων υγιεινής.

Η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας: Η ασθένεια αυτή προσβάλλει την κεντρική περιοχή του αμφιβληστροειδή, η οποία είναι υπεύθυνη για την κεντρική όραση. Συνήθως επηρεάζει άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σπανίως εμφανίζεται στην παιδική ηλικία (Heward, 2011). Η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας είναι μία από τις κύριες αιτίες τύφλωσης σε αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με την έρευνα του Frick et al. (2014), η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας σχετίζεται με την καταστροφή των κυττάρων στην κεντρική περιοχή του αμφιβληστροειδούς (ωχρά κηλίδα), οδηγώντας σε απώλεια της κεντρικής όρασης. Κύριοι παράγοντες εμφάνισης της ασθένειας είναι γενετικοί. Δεν έχει ανακαλυφθεί κάποια μέθοδος θεραπείας της.

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια: Επηρεάζει άτομα στην παραγωγική ηλικία, δηλαδή από 20 έως 64 ετών. Προκαλείται από αλλαγές στον αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού, ειδικότερα στα τριχοειδή αγγεία, λόγω της αυξημένης ποσότητας ζαχάρου στο αίμα (σακχαρώδης διαβήτης) (Heward, 2011). Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές

συνέπειες του διαβήτη και προκαλεί βλάβες στα αιμοφόρα αγγεία του αμφιβληστροειδούς. Στην ανασκόπηση των Wong et al. (2016), αναφέρεται ότι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι μία από τις κορυφαίες αιτίες τύφλωσης, ιδίως στους ενήλικες κάτω των 50 ετών.

Ένα σημαντικό ποσοστό των προβλημάτων όρασης μπορεί να προληφθεί ή να θεραπευτεί εάν εντοπιστούν και κατανοηθούν οι αιτίες που τα προκαλούν (Foster & Resnikoff, 2005). Τα μη διορθωμένα διαθλαστικά σφάλματα, ο καταρράκτης, η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, το γλαύκωμα και η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι κύριες αιτίες οπτικής αναπηρίας για άτομα με μειωμένη όραση. Τα κυριότερα αίτια που οδηγούν σε πλήρη τύφλωση περιλαμβάνουν τα μη διορθωμένα διαθλαστικά σφάλματα, τον καταρράκτη, το γλαύκωμα και τραυματισμούς του κερατοειδούς. Παρά ταύτα, μεγάλο μέρος των παραγόντων που προκαλούν οπτική αναπηρία παραμένει ασαφές (Pascolini & Mariotti, 2012). Επιπλέον, οι αιτίες της απώλειας όρασης ποικίλουν από περιοχή σε περιοχή και εξαρτώνται άμεσα από την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, την προσβασιμότητα και τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας. Συνήθως, γυναίκες, άτομα με χαμηλά εισοδήματα και κάτοικοι αναπτυσσόμενων και υποανάπτυκτων χωρών αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Seland et al., 2011).

5.3. Επιπτώσεις οπτικής αναπηρίας-Αντιμετώπιση Τύφλωσης

Περιβαλλοντικοί, γενετικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για τις επιπτώσεις της οπτικής αναπηρίας σε άτομα με ολική ή μερική τύφλωση. Αυτοί οι παράγοντες ποικίλλουν ανάλογα με τη χώρα (Seland et al., 2011). Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με απώλεια όρασης επηρεάζουν την καθημερινή τους ζωή και την ποιότητα αυτής. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό και αυξημένες αγχώδεις διαταραχές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι υπερήλικες με οπτική αναπηρία που βιώνουν έντονες δυσκολίες και επιπτώσεις στην ποιότητα της καθημερινής τους ζωής. Τα παιδιά με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν έντονες στερεοτυπικές συμπεριφορές και εμφανίζουν κινητική και γλωσσική καθυστέρηση (Evenhuis et al., 2009). Τέλος, η οπτική αναπηρία συνδέεται με

διάφορες παθήσεις, όπως το σύνδρομο Down, το σύνδρομο Usher ή το σύνδρομο Marfan (Mason & McCall, 2013).

Η οπτική αναπηρία αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές μορφές αναπηρίας, με ποικίλες και πολύπλοκες επιπτώσεις σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής – βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και ακαδημαϊκό. Η αδυναμία ή η απώλεια της όρασης επιφέρει βαθιές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του, διαμορφώνει την προσωπικότητά του και αναπτύσσει δεξιότητες που θεωρούνται δεδομένες στους βλέποντες (Papadopoulos & Montgomery, 2010).

Στο βιολογικό επίπεδο, η οπτική αναπηρία μπορεί να επιφέρει αλλαγές σε άλλες αισθητηριακές και κινητικές λειτουργίες. Έρευνες δείχνουν ότι σε άτομα με εκ γενετής τύφλωση παρατηρείται ενισχυμένη ικανότητα στις αισθήσεις της ακοής και της αφής (Sadato et al., 1996). Ο εγκέφαλος εμφανίζει αξιοσημείωτη νευροπλαστικότητα, μεταφέροντας λειτουργίες της όρασης σε άλλες αισθητηριακές περιοχές (Collignon et al., 2011). Ωστόσο, αυτή η αντισταθμιστική προσαρμογή απαιτεί χρόνο και συνεχή εξάσκηση, και δεν υποκαθιστά πλήρως την απώλεια της όρασης.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η οπτική αναπηρία συχνά συσχετίζεται με συναισθήματα απομόνωσης, άγχους, κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης, ειδικά όταν η απώλεια όρασης συμβαίνει σε μεταγενέστερη ηλικία (Nyman et al., 2012). Παιδιά με οπτική αναπηρία μπορεί να εμφανίσουν δυσκολίες στην ανάπτυξη της αυτοαντίληψης και της κοινωνικής ταυτότητας, καθώς η έλλειψη άμεσης οπτικής ανατροφοδότησης δυσχεραίνει την κατανόηση των κοινωνικών κανόνων και προσδοκιών (Roe & Webster, 2011). Η ψυχολογική προσαρμογή, ωστόσο, επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η υποστήριξη της οικογένειας, η ποιότητα της εκπαίδευσης και οι ευκαιρίες συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες (McDonnall, 2009).

Οι κοινωνικές επιπτώσεις είναι εξίσου σοβαρές. Τα άτομα με οπτική αναπηρία συχνά αντιμετωπίζουν κοινωνικό αποκλεισμό, στιγματισμό και περιορισμένες ευκαιρίες ένταξης (Wolffe & Kelly, 2011). Η περιορισμένη πρόσβαση σε χώρους, υπηρεσίες και πληροφορίες οδηγεί σε κοινωνικές ανισότητες και μειωμένες πιθανότητες πλήρους συμμετοχής στην κοινωνία

(Manduchi & Kurniawan, 2012). Επιπλέον, η απουσία επαρκούς εκπαίδευσης στη χρήση τεχνολογιών υποβοήθησης, όπως αναγνώστες οθόνης και συσκευές Braille, μπορεί να εντείνει τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Στο εκπαιδευτικό πεδίο, η οπτική αναπηρία μπορεί να έχει βαθιές συνέπειες στην ακαδημαϊκή επίδοση. Τα παιδιά με προβλήματα όρασης απαιτούν προσαρμοσμένες διδακτικές μεθόδους, όπως η χρήση ανάγλυφου υλικού, η μεγέθυνση κειμένων και η εκπαίδευση μέσω αφής και ακοής (Douglas et al., 2011). Η απουσία κατάλληλης υποστήριξης στο σχολικό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή σχολική επίδοση, περιορισμένη ακαδημαϊκή αυτοπεποίθηση και χαμηλότερα ποσοστά φοίτησης στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (Kekelis & Anderson, 1984).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ηλικία έναρξης της αναπηρίας παίζει καθοριστικό ρόλο στις επιπτώσεις της. Άτομα που γεννήθηκαν με οπτική αναπηρία συχνά αναπτύσσουν πιο αποτελεσματικούς μηχανισμούς αντιστάθμισης και στρατηγικές προσαρμογής σε σύγκριση με εκείνους που έχασαν την όρασή τους σε μεταγενέστερο στάδιο (Thurston, 2010). Παράλληλα, το είδος και η σοβαρότητα της αναπηρίας επηρεάζουν την έκταση των επιπτώσεων. Για παράδειγμα, άτομα με μερική όραση ενδέχεται να βιώνουν διαφορετικές δυσκολίες από εκείνα με πλήρη τύφλωση (Royal National Institute of Blind People, 2016).

Η επαγγελματική ζωή επίσης επηρεάζεται σημαντικά. Τα άτομα με οπτική αναπηρία συχνά αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και περιορισμένη πρόσβαση σε επαγγελματικές ευκαιρίες (Crudden, 2012). Παρόλο που τεχνολογίες υποβοήθησης και νομοθετικές ρυθμίσεις, όπως ο Νόμος για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (Americans with Disabilities Act), έχουν βελτιώσει την κατάσταση, οι προκαταλήψεις και η έλλειψη κατανόησης εκ μέρους των εργοδοτών συνεχίζουν να συνιστούν σημαντικά εμπόδια (McDonnall & Crudden, 2009).

Σημαντικό ρόλο στη μείωση των επιπτώσεων της οπτικής αναπηρίας διαδραματίζει η πρόωρη παρέμβαση και η εκπαίδευση στις δεξιότητες ζωής. Προγράμματα παρέμβασης που εστιάζουν στην ανάπτυξη της ανεξαρτησίας, της κινητικότητας και της κοινωνικής ένταξης μπορούν να οδηγήσουν σε

καλύτερη ποιότητα ζωής και αυξημένες πιθανότητες αυτόνομης διαβίωσης (Hatton et al., 2013a). Παράλληλα, η ενδυνάμωση των οικογενειών μέσα από ενημέρωση, εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί κλειδί για την ομαλή ανάπτυξη των παιδιών με οπτική αναπηρία (Ferrell, 2011).

Η τεχνολογία προσφέρει συνεχώς νέες δυνατότητες για την ενίσχυση της αυτονομίας των ατόμων με οπτική αναπηρία. Συσκευές GPS ειδικά σχεδιασμένες για τυφλούς, λογισμικά ανάγνωσης οθόνης και εφαρμογές αναγνώρισης αντικειμένων συμβάλλουν στην άρση των φραγμών που θέτει η απώλεια της όρασης (Kumin & Lazar, 2017). Ωστόσο, η πρόσβαση σε αυτές τις τεχνολογίες δεν είναι πάντα ισότιμη, ειδικά σε αναπτυσσόμενες χώρες (World Health Organization, 2019).

Τέλος, η κοινωνική ευαισθητοποίηση και η προώθηση της ένταξης είναι κρίσιμες για την άμβλυνση των επιπτώσεων της οπτικής αναπηρίας. Εκπαιδευτικές καμπάνιες, προγράμματα ένταξης στα σχολεία και πολιτικές που προωθούν τη διαβίωση στην κοινότητα συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας κοινωνίας περισσότερο συμπεριληπτικής και λιγότερο στιγματιστικής (Anoke, 2002).

Συνολικά, η οπτική αναπηρία έχει πολυδιάστατες επιπτώσεις, που αγγίζουν κάθε πτυχή της ανθρώπινης ύπαρξης. Ωστόσο, με σωστή υποστήριξη, κατάλληλες παρεμβάσεις και κοινωνική αλλαγή, τα άτομα με οπτική αναπηρία μπορούν να ζήσουν πλήρεις, αυτόνομες και δημιουργικές ζωές.

Η αντιμετώπιση των τυφλών περιλαμβάνει:

- ❖ την εκπαίδευση. Ένα τυφλό παιδί ξεκινά να εκπαιδεύεται από την πρώιμη βρεφική ηλικία όταν η μητέρα κατανοήσει ότι αυτό δεν μπορεί να ανταποκριθεί στα οπτικά ερεθίσματα. Η ηλικία που το παιδί απέκτησε την αναπηρία παίζει καίριο ρόλο αναφορικά με την πνευματική και ψυχολογική του εξέλιξη. Τα παιδιά που έχουν τυφλωθεί πριν από τα τέσσερα πρώτα χρόνια της ηλικίας τους συμπεριφέρονται τις περισσότερες φορές σαν να μην είχαν άλλη φορά επαφή με τα οπτικά ερεθίσματα. Κάποιες φορές το παιδί μπορεί να έχει μια αίσθηση της έννοιας του φωτός που το καθοδηγεί. Η αφή, η ακοή και οι άλλες αισθήσεις, το νοητικό δυναμικό, ο κοινωνικός περίγυρος και οι

περιγραφές των ατόμων που βλέπουν οδηγούν στη διαμόρφωση της θέσης του τυφλού παιδιού στον κόσμο και στη δημιουργία «εικόνων» για το παιδί με οπτική αναπηρία. Ο ρόλος της μητέρας σε αυτό το επίπεδο είναι ουσιαστικός, καθώς αυτή εκπαιδεύει το παιδί μέσω της αφής βάζοντας τα χέρια του στο πρόσωπό της και σε άλλα αντικείμενα. Επιπρόσθετα, καλλιεργεί την ακοή του παιδιού της μέσω την περιγραφών της. Και οι δύο γονείς οφείλουν να μιλήσουν αργότερα στο παιδί για την αναπηρία και να το βοηθήσουν να νιώσει ως φυσιολογικό μέλος της κοινωνίας. Θα πρέπει να το βοηθήσουν να ενταχθεί πλήρως στην κοινωνία των βλέπόντων ανθρώπων. Είναι αναγκαίο, το τυφλό παιδί, καθώς μεγαλώνει, να συμμετέχει σε παρέες βλέπόντων ατόμων, έτσι ώστε το τυφλό παιδί να ανεξαρτητοποιηθεί και να καλλιεργηθεί η αυτοπεποίθησή του.

- ❖ τη μόρφωση. Το τυφλό παιδί αρχίζει να εκπαιδεύεται στην ηλικία των πέντε ετών με την φοίτηση του σε κάποιο νηπιαγωγείο. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εκπαίδευση του παιδιού στην αυτοεξυπηρέτηση και τον προσανατολισμό. Μετέπειτα, θα φοιτήσει σε κάποιο σχολείο της χώρας και θα λάβει ειδική εκπαίδευση για τυφλούς μέσω του συστήματος Braille. Τα παιδιά με αμβλυωπία θα πρέπει να εκπαιδεύονται και στο σύστημα Braille και στο σύστημα βλέπόντων. Είναι πολύ σημαντικό η εκπαιδευτική διαδικασία να προσαρμόζεται στις ατομικές ανάγκες και τα χαρακτηριστικά του κάθε μαθητή. Οι γονείς δεν θα πρέπει να είναι υπερπροστατευτικοί και οι συνομήλικοι θα πρέπει να αποφεύγουν να δείχνουν τη λύπησή τους προς τον μαθητή με οπτική αναπηρία.
- ❖ την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Τα άτομα με οπτική αναπηρία επισκέπτονται εξειδικευμένα κέντρα τα οποία τα καθοδηγούν ως προς την επιλογή του επαγγέλματός τους, αφού προηγουμένως αναλογιστούν το βαθμό αναπηρίας του κάθε ατόμου και συνεργαστούν με ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Κάποια επαγγέλματα που μπορούν να ασκήσουν τα τυφλά άτομα είναι τα εξής: φυσικοθεραπευτής, δακτυλογράφος, υφαντουργός, μουσικός, τηλεφωνητής κ.ά.. Για την προστασία και την αποκατάσταση των τυφλών, υπάρχει η νομική πρόβλεψη του Νόμου 1901/1951. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο

Οργανισμό Υγείας (WHO), οι υπηρεσίες θα πρέπει να φροντίζουν για την πρόληψη, για την ένταξη και την εξομοίωση των τυφλών ατόμων με τους βλέποντες. Σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες έχουν ληφθεί διάφορα μέτρα όπως σήματα ήχου στις διαβάσεις πεζών, φωτισμός σε χώρους εργασίας, εφημερίδες με τη μορφή αρχείων ήχου, ειδική σήμανση σε πεζοδρόμια κι άλλα μέτρα που ενισχύουν την ισότιμη συμμετοχή των τυφλών ατόμων στην κοινωνία (Fraise, 1978).

5.4. Χαρακτηριστικά ατόμων με οπτική αναπηρία

Η επικοινωνία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην εξέλιξη του ανθρώπου, επειδή μέσω αυτής συγκεντρώνουμε πληροφορίες για το περιβάλλον και τον κοινωνικό μας περίγυρο. Είναι η διαδικασία με την οποία αλληλεπιδρούμε με το περιβάλλον. Η επικοινωνία αναφέρεται στην «ανταλλαγή πληροφοριών και ιδεών ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα, με σκοπό την κατανόηση του νοήματος, το οποίο δημιουργείται, ερμηνεύεται και διαπραγματεύεται μέσω λεκτικών, μη λεκτικών ή γραπτών μέσων». Η αποκωδικοποίηση των πληροφοριών γίνεται με την ακοή, με την όραση ή με την κίνηση (Corey, 2009, p. 29).

Τα τρία πιο σημαντικά μοντέλα επικοινωνίας είναι τα εξής:

- ❖ *Γραμμικό μοντέλο (Linear Model)*: Οι Shannon & Weaver ανέπτυξαν το γραμμικό μοντέλο το 1949. Το μοντέλο λέγεται γραμμικό, καθώς η επικοινωνία είναι γραμμική, δηλαδή ο πομπός στέλνει μήνυμα στον δέκτη. Ωστόσο, μπορεί να υπάρξουν παρεμβολές οι οποίες θα αλλάξουν άρδην το μήνυμα. Σε πρώτο επίπεδο είχε ευρεία χρήση. Αργότερα, όμως, περιορίστηκε καθώς επικεντρωνόταν στην επικοινωνία μόνο μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.
- ❖ *Αλληλεπιδραστικό μοντέλο (Interactional Model)*: Σε αυτό το μοντέλο επικοινωνίας παίζει σημαντικό ρόλο η ανατροφοδότηση, η οποία μπορεί να είναι λεκτική ή μη λεκτική. Είναι πιο δυναμικό από το γραμμικό μοντέλο, αλλά και αυτό είναι περιορισμένο.
- ❖ *Συναλλακτικό μοντέλο (Transactional Model)*: Είναι πιο δυναμικό μοντέλο και από το γραμμικό και από το αλληλεπιδραστικό. Με βάση

αυτό το μοντέλο η επικοινωνία εξελίσσεται διαρκώς και δεν μένει στάσιμη και θεωρεί απαραίτητη την συνεργασία. Επιπροσθέτως, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο μοναδικό πεδίο των συμμετεχόντων, με αποτέλεσμα να υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των μηνυμάτων (Corey, 2009).

Τα παραπάνω μοντέλα συμβάλλουν δραστικά στην κατανόηση της διαδικασίας της επικοινωνίας, αλλά είναι επίσης πολύ σημαντικό το μέσο με το οποίο αποστέλλεται το μήνυμα στον παραλήπτη. Ο τρόπος μεταβίβασης των πληροφοριών ποικίλλει ανάλογα με το μέσο επικοινωνίας. Τα μέσα επικοινωνίας είναι τα παρακάτω:

- ❖ *Λεκτική επικοινωνία:* Είναι από τους πιο διαδεδομένους τρόπους επικοινωνίας και γίνεται με την χρήση του λόγου (ήχος και λέξεις) για τη μετάδοση μηνυμάτων μεταξύ των συμμετεχόντων στη συζήτηση.
- ❖ *Μη λεκτική επικοινωνία:* Γίνεται χωρίς τη χρήση λέξεων και περιλαμβάνει την αφή, την βλεμματική επαφή, τις εκφράσεις του προσώπου, τις σωματικές και φωνητικές αντιδράσεις, τη δομή του προσώπου, την ελκυστικότητα και τις επιλογές της αισθητικής που σχετίζονται με την εμφάνισή μας (Hess, 2016).
- ❖ *Αυξητική και Εναλλακτική Επικοινωνία:* Χρησιμοποιείται από τα άτομα που έχουν χαμηλή επικοινωνιακή ικανότητα και περιλαμβάνουν προβλήματα στην παραγωγή λόγου και στην αντίληψη (προφορική και γραπτή επικοινωνία). Η αυξητική και εναλλακτική επικοινωνία τείνει να αντικαταστήσει τα ελαττωματικά επικοινωνιακά πρότυπα ατόμων με προβλήματα στην εκφραστική ή αντιληπτική γλώσσα (ASHA, 1993).

Κανείς δεν είναι σε πρώτη φάση αποτελεσματικός στην επικοινωνιακή ικανότητα. Το κάθε άτομο εξελίσσει την επικοινωνία του μέσα από διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια. Στηριζόμενοι στο μοντέλο ανάπτυξης επικοινωνιακών ικανοτήτων των Stremel-Campbell & Rowland (1987), η διαδικασία αυτή χωρίζεται σε επτά (7) στάδια.

❖ 1^ο στάδιο (*Συμπεριφορά Προ-Πρόθεσης*): Εκδηλώνεται από την γέννηση έως τους 3 μήνες. Περιλαμβάνει αυθόρμητες κινήσεις που εκφράζουν ένστικτα επιβίωσης, όπως πείνα, δίψα, δυσαρέσκεια ή ευχαρίστηση.

❖ 2^ο στάδιο (*Συμπεριφορά με Πρόθεση*): Εκδηλώνεται συνήθως στην ηλικία από 3-8 μηνών. Η συμπεριφορά του παιδιού είναι ελεγχόμενη και συνειδητή. Η συμπεριφορά του παιδιού είναι ελεγχόμενη και δεν κατανοεί την κοινωνική της διάσταση, δηλαδή το πώς αντιλαμβάνονται την συμπεριφορά οι ενήλικες.

❖ 3^ο στάδιο (*Μη Συμβατική Προ-συμβολική Επικοινωνία*): Εκδηλώνεται συνήθως στην ηλικία από 6-12 μηνών. Το παιδί ξεκινά να κατανοεί τις συνέπειες της συμπεριφοράς του και τον τρόπο επίδρασής τους στον ενήλικο κοινωνικό περίγυρο. Συνεπώς, αναπτύσσει μη συμβατικές συμπεριφορές όπως αγγίγματα, κινήσεις, βλεμματική επαφή, ήχους κ.ά.

❖ 4^ο στάδιο (*Συμβατική Προ-Συμβολική Επικοινωνία*): Εκδηλώνεται συνήθως στην ηλικία από 12-18 μηνών. Το παιδί έχει καλύτερη αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και αναπτύσσει πλέον πιο συμβατική συμπεριφορά και επικοινωνία.

❖ 5^ο στάδιο (*Συγκεκριμένη Συμβολική Επικοινωνία*): Εκδηλώνεται συνήθως στην ηλικία από 18-24 μηνών. Το παιδί δύναται να συσχετίσει σύμβολα με συγκεκριμένα περιβαλλοντικά ερεθίσματα.

❖ 6^ο στάδιο (*Αφηρημένη Συμβολική Επικοινωνία*): Το παιδί κάνει χρήση περιορισμένων αφηρημένων συμβόλων, τα οποία τις περισσότερες φορές είναι λέξεις που εκφράζονται γραπτώς ή προφορικώς. Το παιδί αποκτά σταδιακά το δικό του βασικό λεξιλόγιο χρησιμοποιώντας καθημερινές λέξεις. Η διαδικασία αυτή είναι πάρα πολύ σημαντική για τα παιδιά με ακουστική αναπηρία, επειδή η νοηματική γλώσσα έχει ερείσματα σ' αυτήν.

❖ 7^ο στάδιο (*Επίσημη Συμβολική Επικοινωνία*): Το παιδί κατανοεί την επίσημη γλώσσα και εφαρμόζει τους κανόνες της. Χρησιμοποιεί έναν συνδυασμό από ατομικά σύμβολα, τα οποία συνδέονται με συντακτικά και πραγματιστικά στοιχεία.

(Rowland, 2004)

Οι διαταραχές στην επικοινωνία οφείλονται σε προγεννητικούς, περιγεννητικούς και μεταγεννητικούς παράγοντες. Αυτές μπορεί να είναι δυσκολίες στην γλώσσα, στην ομιλία και στην ακοή. Η διαταραχή της ομιλίας σχετίζεται με δυσκολίες στην άρθρωση, τη φωνή ή την ευχέρεια λόγου. Η γλωσσική διαταραχή αφορά την κατανόηση και την χρησιμοποίηση γραπτών και προφορικών μηνυμάτων. Η διαταραχή στο ακουστικό σύστημα σχετίζεται με την μειωμένη ευαισθησία του. Οι αιτίες των παραπάνω διαταραχών δεν είναι ορατές με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η διάγνωσή τους, όπως κάποιες συγγενείς ανωμαλίες που ενδέχεται να οφείλονται σε γενετικά ή χρωμοσωμικά προβλήματα (Gilbert, 2009).

Οι κυριότερες αιτίες των προβλημάτων όρασης σε ευρωπαϊκό επίπεδο, εντοπίζονται στην ατροφία του οπτικού νεύρου, στα προβλήματα στις ανώτερες οπτικές οδούς και σε προβλήματα στον αμφιβληστροειδή (Kocur & Resnikoff, 2002). Οι κυριότερες αιτίες για την παιδική οπτική αναπηρία είναι η αμβλυωπία, η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας και η υποπλασία των οπτικών νεύρων (Hatton et al., 2007; Kong et al., 2012). Οι συγγενείς δυστροφίες του αμφιβληστροειδούς και η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας είναι από τις πιο συνήθεις παθήσεις του αμφιβληστροειδούς χιτώνα (Kocur & Resnikoff, 2002).

Η αμβλυωπία σχετίζεται με τον εγκέφαλο ή τις νευρικές απολήξεις του με αποτέλεσμα αυτός να μην μπορεί να επεξεργαστεί και να ερμηνεύσει τις οπτικές πληροφορίες. Ωστόσο, η παραπάνω διαταραχή δεν έχει εξεταστεί από πολλούς ερευνητές (Swift et al., 2008). Η αμβλυωπία συνδέθηκε με διάφορα αίτια, όπως πρόωρος τοκετός, αιμορραγία στον κόλπο κατά την κύηση, μητέρες νεότερες των 22 χρονών, μικρή αύξηση βάρους ή απώλεια βάρους κατά την εγκυμοσύνη (Garcia-Filion et al., 2008). Οι πιο γνωστές αιτίες της αμβλυωπίας είναι: ανοξία, υδροκεφαλία, τραυματισμοί στο κεφάλι, δηλητηρίαση από ουσίες, επιληψία, πρόωρη γέννηση, λοιμώξεις, τραυματισμός κατά τη γέννηση, ενδοκρανιακή πίεση. Τα παιδιά με αμβλυωπία εμφανίζουν διαφορετικές ικανότητες από τα άτομα με άλλη οπτική αναπηρία. Τα παιδιά αυτά λειτουργούν ως τυφλά, παρόλο που δεν είναι, εξαιτίας της δυσκολίας του εγκεφάλου τους στην αναγνώριση και την ανάλυση οπτικών σημάτων (Swift et al., 2008).

Η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας σχετίζεται με τις αγγειακές ανωμαλίες που παρουσιάζει ο αμφιβληστροειδής χιτώνας και αποτελεί την κυριότερη αιτία οπτικής αναπηρίας στα νεογνά που γεννιούνται πρόωρα (Rivera et al., 2011). Τα παιδιά που εμφανίζουν την παραπάνω ασθένεια είναι πάρα πολύ άρρωστα και πρόωρα και ενδέχεται να μην επιβιώσουν. Ακόμα όμως και να επιβιώσουν, ενδεχομένως να αναπτύξουν και επιπρόσθετες αναπηρίες (Hatton et al., 2013b; Blencowe et al., 2013). Η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας αντιμετωπίζεται με θεραπεία με λέιζερ (Mataftsi et al., 2011).

Τέλος, η υποπλασία του οπτικού νεύρου είναι μια διαδεδομένη, πιθανώς μη κληρονομική αιτία συγγενούς τύφλωσης, που λειτουργεί ως ενοποιητικό χαρακτηριστικό ενός συνδρόμου που συνήθως περιλαμβάνει αναπτυξιακές, υποθαλαμικές ή και νευροανατομικές ανωμαλίες. Τα βρέφη 1-3 μηνών παρουσιάζουν κακή οπτική συμπεριφορά και στο τέλος τους πρώτου έτους της ζωής τους παρουσιάζουν στραβισμό. Τα βρέφη με ίκτερο και υπογλυκαιμία θα πρέπει να εξεταστούν οφθαλμολογικά για να αποκλείσουν την πιθανότητα εμφάνισης υποπλασίας του οπτικού νεύρου. Παρομοίως και τα παιδιά με στραβισμό, νυσταγμό ή κακή οπτική συμπεριφορά θα πρέπει να εξεταστούν (Borchert, 2012).

Τα άτομα με προβλήματα όρασης εμφανίζουν αυξημένες ικανότητες στην ακοή και στην αφή και αντιμετωπίζουν το πρόβλημά τους ανάλογα με την σοβαρότητά του, την χρονική στιγμή εμφάνισης της αναπηρίας, τη μόρφωσή τους και τις διαθέσιμες υπηρεσίες (Morse, 2004; Collignon et al., 2011). Επίσης, τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες εμφανίζουν καθυστερημένη κινητική ανάπτυξη, επειδή αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο συντονισμό των κινήσεών τους και στον προσανατολισμό στο χώρο. Γι' αυτό τον λόγο κάνουν χρήση του λευκού μπαστούνιού ή σκύλων-οδηγών προκειμένου να προσανατολιστούν καλύτερα (Τσιναρέλης, 2005).

Τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες μιλούν συνήθως αργά και δυνατά, έχουν περιορισμένη ομιλία και δεν κάνουν χρήση της γλώσσας του σώματος (Λιοδάκης, 2000). Δυσκολεύονται να αλληλεπιδράσουν κοινωνικά και να συμμετάσχουν σε συζητήσεις. Σπάνια χρησιμοποιούν χειρονομίες και κάνουν χρήση στερεοτυπικής γλώσσας χρησιμοποιώντας άσκοπες ερωτήσεις (Pring &

Tadic, 2010). Τα παιδιά με οπτική αναπηρία χρησιμοποιούν τη γλώσσα ως μέσο επικοινωνίας και όχι για την ανάπτυξη ιδεών (Κουτάντος, 2005). Τέλος, δεν μπορούν να συντονίσουν το σώμα και τον λόγο τους, αντιδρώντας πολλές φορές με ακατάλληλο τρόπο, όπως το γέλιο σε ακατάλληλες στιγμές (Sacks, 2006).

Το νοητικό δυναμικό των ατόμων με οπτική αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων δεν παρουσιάζει διαφορές. Εντούτοις, τα παιδιά με προβλήματα όρασης εμφανίζουν χαμηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση σε σχέση με τα βλέποντα παιδιά, γεγονός που οφείλεται στον αργό ρυθμό ανάγνωσης και στην καθυστερημένη εννοιολογική τους ανάπτυξη (Πολυχρονοπούλου, 2001). Επιπλέον, τα παιδιά με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν εμφανείς δυσκολίες στην οργάνωση και ταξινόμηση των προσλαμβανόμενων γνώσεων. Δυσκολεύονται, επίσης, στον αλληλοσυσχετισμό εμπειριών, καθιστώντας ιδιαίτερα δύσκολη την εκμάθηση ιδεολογικών εκφράσεων και αφηρημένων εννοιών (Heward, 2011).

Τα άτομα με προβλήματα όρασης χρειάζεται να αναπτύξουν σημαντικές κοινωνικές δεξιότητες, όπως τη σωστή χρήση της γλώσσας του σώματος, την ορθή χρήση χειρονομιών, την υιοθέτηση της σωστής κατεύθυνσης του σώματος ως προς το άτομο που ομιλεί, τη δεξιότητα της κατεύθυνσης της προσοχής τους ως προς το σημείο όπου προέρχεται ο ήχος, τη σωστή κίνηση μέσα στον χώρο και την υιοθέτηση του κατάλληλου τόνου στη φωνή τους ανάλογα με τις περιστάσεις (Russotti et al., 2004).

Τα άτομα με προβλήματα όρασης αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες κοινωνικοσυναισθηματικές αδυναμίες και προσαρμόζονται στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν σύμφωνα με την ψυχολογική τους κατάσταση. Η κοινωνικοσυναισθηματική τους ανάπτυξη επηρεάζεται από παράγοντες όπως το έτος κτήσης της αναπηρίας, η ηλικία, το άγχος των μερικώς βλέπόντων για ενδεχόμενη ολική τύφλωση, οι αντιδράσεις των βλέπόντων, ο τύπος της οπτικής αναπηρίας και η υπερπροστατευτικότητα των γονέων (Sacks, 2010; Κρουσταλλάκης, 2004). Πολλές φορές τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα υποτιμούν τα άτομα με οπτική αναπηρία ή υπερεκτιμούν τις δεξιότητές τους, αναπτύσσοντας υπερπροστατευτικές συμπεριφορές απέναντί τους. Η

υπερπροστατευτικότητα, αλλά και οι δυσκολίες των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι ικανή να οδηγήσει σε καθυστέρηση στην ανάπτυξη, σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και σε κοινωνικό αποκλεισμό (Τσιναρέλης, 2005).

Τα παιδιά με προβλήματα όρασης αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες αναφορικά με την αντίληψη της γλώσσας του σώματος και των εκφράσεων του προσώπου. Έτσι, αδυνατούν να ανταποκριθούν στις προτάσεις των συνομηλίκων τους για κοινωνικοποίηση αντιμετωπίζοντας σοβαρά προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής (Tadic et al., 2010; Douglas et al., 2009). Αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικότητας και έχουν ανάγκη για υποστήριξη από τους άλλους (Naraine & Lindsay, 2011). Ο κοινωνικός περίγυρος πολλές φορές υιοθετεί αρνητική στάση απέναντι στα άτομα με οπτική αναπηρία. Τα άτομα αυτά με τη σειρά τους υιοθετούν στρατηγικές όπως το χιούμορ, ώστε να αποφύγουν την αμηχανία των ατόμων χωρίς κάποια αναπηρία και να τους οδηγήσουν στην κατανόηση της πραγματικής τους κατάστασης, φανερώνοντας το μέγεθος της αναπηρίας τους (Powell, 2003).

5.5. Αξιολόγηση και αναπτυξιακές δυσκολίες παιδιών με Οπτική Αναπηρία

Η προσχολική αξιολόγηση αποτελεί μια περίπλοκη και αναλυτική διαδικασία που στοχεύει στον καθορισμό της επιλεξιμότητας των παιδιών για παροχή ειδικών εκπαιδευτικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με τα παιδιά με προβλήματα όρασης, το πρόβλημα τοποθετείται πριν την έναρξη του σχολείου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παραπάνω διαδικασία είναι η λήψη αποφάσεων από πληροφορίες που συλλέγονται σε διάφορα στάδια και από ποικίλες πηγές (Appl, 2000; Harley et al., 2000).

Η κατάσταση γίνεται ακόμα πιο περίπλοκη όταν κάποιος αναλογιστεί τα διάφορα επίπεδα οπτικής ικανότητας των ατόμων (Kaiser & Herzberg, 2017). Συνεπώς, οι εκπαιδευτικοί των παιδιών με οπτική αναπηρία υιοθετούν την μέθοδο της αξιολόγησης της λειτουργικής όρασης των παιδιών, μέθοδος που θεωρείται ως η βέλτιστη για τον προσδιορισμό των εκπαιδευτικών αναγκών τους. Η παραπάνω αξιολόγηση σχετίζεται με τον τρόπο που χρησιμοποιεί το άτομο καθημερινά και σε διάφορες συνθήκες την όρασή του. Η αξιολόγηση της λειτουργικής όρασης των μαθητών στοχεύει στην κατανόηση του τρόπου που

χρησιμοποιεί το παιδί την όρασή του για να εκτελέσει καθημερινές δραστηριότητες (Harley et al., 2000).

Οι εκπαιδευτικοί αξιολογούν επίσης και την οπτική οξύτητα τόσο σε κοντινές όσο και σε μακρινές αποστάσεις, την αντίληψη των χρωμάτων, την αντίχρευσση και τα περιφερειακά πεδία όρασης, καθώς και άλλες οπτικές ικανότητες (Kaiser & Herzberg, 2017). Επίσης, γίνεται ανάλυση της προσέγγισης του μαθητή στα μαθησιακά μέσα. Μετά την αξιολόγηση της λειτουργικής όρασης, αναλύεται και η προσέγγιση του μαθητή στα μαθησιακά μέσα. Σε αυτήν την αξιολόγηση περιλαμβάνονται παρατηρήσεις για τον τρόπο προσέγγισης από τον μαθητή των υλικών και των δεδομένων στο περιβάλλον του. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση οπτικών μέσων (π.χ. με γυαλιά ή βοηθητικά όργανα), ή ακουστικών (π.χ. με αναγνώστες οθόνης), ή απτικών (π.χ. μέσω Braille), ή όλων των παραπάνω (Harley et al., 2000).

Η αξιολόγηση των μαθησιακών μέσων έχει ως βάση της την αξιολόγηση της λειτουργικής όρασης οδηγώντας στην επιλογή των σωστών εργαλείων για τον κάθε μαθητή (Lusk et al., 2013). Παρ' όλα αυτά οι κλασικές μέθοδοι αξιολόγησης έχουν κριθεί αρνητικά, καθώς δεν προσφέρουν ουσιαστική καθοδήγηση για τον σχεδιασμό της διδασκαλίας. Από την άλλη πλευρά, τα τελευταία χρόνια πολλοί ερευνητές έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους σε εναλλακτικές και πιο ευέλικτες μεθόδους αξιολόγησης που υλοποιούνται σε φυσικά περιβάλλοντα μάθησης (Snyder et al., 2008). Μια τέτοια μέθοδος είναι η μέθοδος της «διεπιστημονικής αξιολόγησης βάσει παιχνιδιού». Τα δεδομένα που συλλέγονται από αυτήν την μέθοδο χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση, την επιλογή και τον προγραμματισμό της παρέμβασης, ενώ υπάρχει και γονική συμμετοχή. Τα αποτελέσματα από την παραπάνω μέθοδο αξιολόγησης αξιοποιούνται για την δημιουργία Ατομικού Σχεδίου Παρέμβασης για το κάθε παιδί ξεχωριστά. Εν κατακλείδι, παρά το γεγονός ότι οι κλασικές μέθοδοι αξιολόγησης έχουν συνεισφέρει τα μέγιστα σε διαγνωστικό επίπεδο, χρησιμοποιούνται ολοένα και λιγότερο και έχουν αντικατασταθεί από εναλλακτικές μεθόδους, οι οποίες παρέχουν περισσότερες πληροφορίες και είναι πιο αποτελεσματικές (Appl, 2000).

Τα άτομα με οπτική αναπηρία επικεντρώνονται περισσότερο και αξιοποιούν καλύτερα τα ηχητικά σήματα (διάφοροι θόρυβοι, τόνος της φωνής κ.ά.) και τα οσφρητικά ερεθίσματα. Τα άτομα με πλήρη τύφλωση καθυστερούν στην αντίληψη του χώρου, ενώ τα άτομα με μερική τύφλωση (τύφλωση μόνο στο ένα μάτι ή σταδιακή εκφύλιση της όρασης και στους δύο οφθαλμούς) μπορούν να αντιληφθούν καλύτερα τον χώρο, αρκεί να υπάρχουν προηγούμενες ανάλογες εμπειρίες από το παρελθόν (Χατζηχαράλαμπους, 2000).

Ακολούθως θα αναφερθούν αναλυτικά οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με οπτική αναπηρία στα διάφορα στάδια της ζωής τους:

- ❖ *Βρεφική ηλικία (από γέννηση έως 2 ετών):* Τα βρέφη αναπτύσσουν διάφορες δεξιότητες όπως ο έλεγχος του σφιγκτήρα, τα πρώτα βήματα, η απτική σχέση αναφορικά με την οπτική επαφή. Το βρέφος κατακτά την έννοια της μονιμότητας και της ταυτότητας του αντικειμένου. Τα βρέφη με οπτική αναπηρία δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν αντικείμενα, πρόσωπα και χρώματα. Αυτό οδηγεί σε καθυστερημένη νοητική και κιναισθητική ανάπτυξη. Στο στάδιο αυτό, τα τυπικώς αναπτυσσόμενα βρέφη προσκολλώνται στους γονείς τους. Το ίδιο συμβαίνει και σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό στα βρέφη με οπτική αναπηρία, καθώς αυτά δυσκολεύονται να αντιληφθούν το περιβάλλον. Συνεπώς, βιώνουν πολύ έντονα το άγχος του αποχωρισμού από τα αγαπημένα τους πρόσωπα.
- ❖ *Νηπιακή ηλικία (3-6 ετών):* Τα νήπια με οπτική αναπηρία εκπαιδεύονται σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την αυτοεξυπηρέτηση και την αυτονομία τους, καθώς εμφανίζουν αρκετές δυσκολίες σε αυτές τις ικανότητες (τροφή, ομιλία, βάδιση κ.ά.). Το τυπικώς αναπτυσσόμενο νήπιο σε αυτήν την ηλικία είναι αρκετά δραστήριο και δημιουργικό, ενώ το νήπιο με οπτική αναπηρία έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει φόβο και περιορισμό. Επίσης, οι γονείς είναι αρκετά υπερπροστατευτικοί, γεγονός που αποδεικνύεται μοιραίο για το παιδί, καθώς παρουσιάζονται δυσκολίες στον κοινωνικό τομέα και στην συμμετοχή τους σε ομάδες συνομηλίκων.

- ❖ *Σχολική ηλικία (6-12 ετών):* Τα παιδιά σε αυτό το στάδιο δεν εμφανίζουν κάποια συγκεκριμένοι ψυχοπαθολογία, εκτός από ορισμένες συμπεριφορές που αποκαλούνται ως «τυφλισμοί», δηλαδή ακούσιες, ρυθμικές και επαναλαμβανόμενες κινήσεις (κίνηση του κεφαλιού ή κάποιου άκρου, δάχτυλο στο μάτι κ.ά.)
- ❖ *Εφηβεία (12-20 ετών):* Στην εφηβική ηλικία συντελούνται οι εντονότερες αλλαγές αναφορικά με την προσωπική ανάπτυξη του παιδιού. Ο έφηβος συγκροτεί την προσωπικότητά του και αναζητά την ταυτότητά του, θέτοντας ως σκοπό την κοινωνική του ένταξη. Οι έφηβοι με οπτική αναπηρία διακατέχονται από αίσθημα φόβου και ντροπής, με αποτέλεσμα να επιθυμούν να αποκρύψουν το μέγεθος της αναπηρίας τους. Οι έφηβοι μπορούν να οδηγηθούν στην κοινωνικοποίηση και στην ομαλή ένταξη στο κοινωνικό σύνολο μέσω των ομάδων των συνομηλίκων, οι οποίοι είναι εξίσου σημαντικοί και για τα άτομα με αναπηρίες και για τα άτομα χωρίς αναπηρίες. (Χατζηχαράλαμπος, 2000).

*"Οι κωφοί μπορούν να κάνουν οτιδήποτε
μπορούν να κάνουν οι υπόλοιποι
άνθρωποι, εκτός από το να ακούν."*

–I. King Jordan

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Η ακοή αποτελεί μία από τις πέντε βασικές αισθήσεις του ανθρώπου και θεωρείται εξαιρετικά σημαντική, καθώς είναι στενά συνδεδεμένη με την ομιλία. Μέσω της ομιλίας, το άτομο εκφράζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, ενώ ταυτόχρονα λαμβάνει σημαντικές πληροφορίες (Δελλασούδας, 2005).

6.1. Ορισμοί κώφωσης - βαρηκοΐας

6.1.1. Εκπαιδευτικός ορισμός κωφού – βαρήκοου

Σε συνέδριο των διευθυντών σχολείων για κωφά άτομα στην Αμερική διατυπώθηκε ο πιο διαδεδομένος και ευρέως αποδεκτός ορισμός στον χώρο της εκπαίδευσης για την έννοια του «κωφού ατόμου». Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, «κωφό θεωρείται το άτομο που, λόγω της απώλειας ακοής (με βαθμό απώλειας συνήθως άνω των 70 dB στις χαμηλές και υψηλές συχνότητες), δεν μπορεί να κατανοήσει την ομιλία μέσω του ακουστικού καναλιού, ανεξάρτητα από τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας ή άλλων τεχνολογικών βοηθημάτων». Αντίστοιχα, «βαρήκοο ορίζεται το άτομο που, λόγω απώλειας ακοής (με βαθμό απώλειας συνήθως μεταξύ 25 και 69 dB σε όλες τις συχνότητες), δυσκολεύεται, αλλά δεν αδυνατεί πλήρως να κατανοήσει την ομιλία μέσω του ακουστικού καναλιού, είτε χρησιμοποιεί ακουστικά βαρηκοΐας είτε όχι». Εν συντομία, κωφός είναι εκείνος που δεν αντιλαμβάνεται την ομιλία μέσω της ακοής και βασίζεται στο οπτικό κανάλι για την πρόσβαση στην πληροφορία. Από την άλλη, οι

βαρήκοοι χρησιμοποιούν τόσο το οπτικό όσο και το ακουστικό κανάλι για την κατανόηση της πληροφορίας, παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010, σ. 22).

Υπάρχουν μελέτες οι οποίες παρουσιάζουν διαφωνίες αναφορικά με τον ενδεδειγμένο ορισμό της κώφωσης και της βαρηκοΐας και τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ τους (Schildroth & Karchmer, 1986). Ο ορισμός της κώφωσης διαφοροποιείται ανάλογα με το εκπαιδευτικό ή το ιατρικό μοντέλο. *Κώφωση ορίζεται «ως η απώλεια ακοής η οποία είναι τόσο σοβαρή, ώστε να επηρεάζει τη λήψη γλωσσικής πληροφορίας μέσω του ακουστικού καναλιού, ακόμα και με τη χρήση ακουστικών βοηθημάτων, προκαλώντας σημαντικές συνέπειες στις εκπαιδευτικές επιδόσεις»* (Sherrill, 1998, p. 60).

Ο αθλητισμός και οι υπαίθριες δραστηριότητες μπορούν να λειτουργήσουν ως μέσο αντιμετώπισης των εμποδίων που προκύπτουν από την επικοινωνιακή έλλειψη, συμβάλλοντας στην κοινωνική, εκπαιδευτική και ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των κωφών (Sims et al., 1982). Η πρώτη Αθλητική Ένωση Κωφών ιδρύθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1945 (Hopper, 2005). Η πλειονότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων φυσικής αγωγής σχετίζεται με τον αθλητισμό στα σχολικά πλαίσια και σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες νέων κωφών ατόμων. Επιπλέον, δεν υπάρχουν αρκετά δομημένα εκπαιδευτικά προγράμματα με δομημένες δραστηριότητες φυσικής αγωγής, οι οποίες θα συμβάλλουν στην δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου. Δεδομένης της θετικής επίδρασης του αθλητισμού στη διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας, οι Γκουβατζή και συν. (2011), αναφέρουν ότι ο αθλητισμός θα πρέπει να επεκτείνεται και σε εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες, καθώς και ότι θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και οι δραστηριότητες αναψυχής στο καθημερινό πρόγραμμα των κωφών.

6.1.2. Ιατρικοί ορισμοί

Στην ιατρική πρακτική, οι όροι «κωφός» και «κώφωση» χρησιμοποιούνται σπάνια. Στην ιατρική χρησιμοποιούνται συνήθως οι όροι «βαρήκοος» και «βαρηκοΐα». Οι παραπάνω όροι υποδηλώνουν ότι το άτομο έχει πρόσβαση στην ακουστική πληροφορία, η οποία, ωστόσο, είναι περιορισμένη. Συνεπώς, υπάρχει διαφοροποίηση με τους όρους «κωφός» και

«κώφωση», στους οποίους όρους φαίνεται ότι υπάρχει πλήρης αποκλεισμός της πρόσβασης στην ακουστική πληροφορία. Στις ιατρικές γνωματεύσεις, οι όροι «βαρήκοος» και «βαρηκοΐα» εμφανίζονται συχνά και ορίζονται σύμφωνα με τις εξής περιγραφές (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010):

Ως προς το βαθμό απώλειας της ακοής:

Βαθμίδα ακουστικής βλάβης	Αντίστοιχη ακουομετρική τιμή για την ακουστική ικανότητα (ISO)	Επίδοση	Συστάσεις
0 Καμία βλάβη	25 dB και άνω (για το καλύτερο αυτί)	Μηδενική ή ελάχιστη απώλεια ακοής. Ικανότητα ατόμου να ακούει ψιθύρους	
1 Μικρού βαθμού βαρηκοΐα	26-40 dB (για το καλύτερο αυτί)	Ικανότητα ακοής και επανάληψης λέξεων που προφέρονται με κανονικής έντασης φωνή σε απόσταση 1 μέτρου	Πιθανή χρήση ακουστικού βοηθήματος
2 Μετρίου βαθμού βαρηκοΐα	41-60 dB (για το καλύτερο αυτί)	Ικανότητα ακοής και επανάληψης λέξεων που προφέρονται με αυξημένης έντασης φωνή σε απόσταση 1 μέτρου	Συνήθως γίνεται σύσταση για χρήση ακουστικού βοηθήματος
3 Μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα	61-80 dB (για το αυτί με την καλύτερη ακοή)	Ικανότητα ακοής ορισμένων λέξεων όταν φωνάζει κάποιος δίπλα στο το αυτί με την καλύτερη ακοή	Τα ακουστικά βοηθήματα κρίνονται απαραίτητα. Το άτομο πρέπει να διδαχθεί χειλεανάγνωση ή νοηματική γλώσσα (ΝΓ)
4 Πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα, κώφωση	81 dB ή περισσότερο (για το αυτί με την καλύτερη ακοή)	Ανικανότητα για ακοή και κατανόηση ακόμα και μίας δυνατής φωνής / κραυγής	Το ακουστικό βοήθημα πιθανόν να προσφέρει μικρή βοήθεια για την κατανόηση των λέξεων. Είναι απαραίτητο το άτομο να διδαχθεί

			χειλεανάγνωση ή ΝΓ

Πηγή: WHO http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/

Το ντεσιμπέλ (decibel ή dB) είναι η πιο συνηθισμένη μονάδα μέτρησης της έντασης του ήχου. Η ένταση του ήχου για ένα καθιερωμένο διάλογο σε ήρεμο περιβάλλον κυμαίνεται μεταξύ 60 και 65 dB. Εκτός από την ένταση του ήχου είναι εξίσου σημαντική και η συχνότητα, η οποία υπολογίζεται σε κύκλους ανά δευτερόλεπτο ή Χερτζ (hertz ή Hz) (Marschark, 2007). Οι άνθρωποι ακούν ηχητικά σήματα σε ένα φάσμα που κυμαίνεται από 500 έως 2000 Hz (Heward, 2011).

Ως προς την παθολογία του ακουστικού οργάνου:

- ❖ *Νευροαισθητήρια βαρηκοΐα:* Η βλάβη εντοπίζεται στο νευροαισθητήριο σύστημα που είναι υπεύθυνο για την αντίληψη του ήχου και επηρεάζει το εσωτερικό αυτί, την κεντρική ακουστική οδό, τον ακουστικό φλοιό και το κοχλιακό νεύρο. Το μέγεθος της ακουστικής απώλειας υπερβαίνει τα 60 dB.
- ❖ *Βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας ή αγωγής:* Η βλάβη εντοπίζεται στο μέσο ή έξω αυτί και προσβάλλει το σύστημα μετάδοσης του ήχου. Η βλάβη στο σύστημα ακοής δεν είναι το ίδιο σοβαρή και είναι κάτω από τα 60 dB .
- ❖ *Βαρηκοΐα μικτού τύπου:* Υπάρχει βλάβη και στο σύστημα αντίληψης τους ήχου και στο σύστημα μετάδοσης του.

(Martin & Clark, 2006; Marschark, 2007)

Ως προς το όργανο:

- ❖ *Αμφοτερόπλευρη βαρηκοΐα:* Βαρηκοΐα και στα δυο του αυτιά.
- ❖ *Μονόπλευρη βαρηκοΐα:* Βαρηκοΐα στο ένα αυτί.

(Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010).

Ως προς το χρόνο εμφάνισης της ακουστικής απώλειας:

- ❖ *Προγλωσσικά κωφό άτομο:* Προγλωσσικά κωφός θεωρείται αυτός που παρουσιάζει βλάβες στο ακουστικό του όργανο πριν την ανάπτυξη της ομιλούμενης γλώσσας, δηλαδή πριν την ηλικία των 2-3 ετών. Όλες

συγγενείς βλάβες στο ακουστικό όργανο είναι προγλωσσικές. Ωστόσο, δεν συμβαίνει πάντα και το αντίθετο.

- ❖ *Μεταγλωσσικά κωφό άτομο:* Μεταγλωσσικά κωφός θεωρείται αυτός που παρουσιάζει ακουστικές βλάβες μετά την ανάπτυξη της ομιλούμενης γλώσσας.

(Smith et al., 2014).

6.2. Αίτια ακουστικής αναπηρίας

Βλάβες στο ακουστικό όργανο, στο ακουστικό κέντρο και στο ακουστικό νεύρο είναι ικανές να προκαλέσουν κώφωση και βαρηκοΐα. Τα κυριότερα αίτια των προβλημάτων ακοής μπορούν να χωριστούν σε 2 γενικές κατηγορίες. Σε αυτά που οφείλονται σε κληρονομικούς παράγοντες και σε αυτά που οφείλονται σε επίκτητους παράγοντες (Κυπριωτάκης, 2000).

Κληρονομικά αίτια:

- ❖ Ωτοσκλήρυνση, το σύνδρομο Alport, η οικογενής βαρηκοΐα αντιλήψεως.
- ❖ Μετάδοση της κώφωσης από τους γονείς με κώφωση και ο εκφυλισμός του ακουστικού νεύρου και η κακή κατασκευή του αυτιού.

Επίκτητα αίτια: Διακρίνονται σε προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά.

Προγεννητικά αίτια:

- ❖ Μολυσματικές ασθένειες όπως η ερυθρά, η ιλαρά, η παρωτίτιδα ακόμα και η κοινή γρίπη, οι οποίες ενδέχεται να προσβάλλουν τη μητέρα κατά την ενδομήτρια ζωή.
- ❖ Μόλυνση από κυτταρομεγαλοϊό (CMV): Ιό που μολύνει τα νεογνήνητα. Αποτελεί κύριο αίτιο κώφωσης και βαρηκοΐας και μεταδίδεται είτε μέσω του πλακούντα είτε μέσω του μητρικού γάλακτος. Δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο.
- ❖ Μεταβολικά σύνδρομα της μητέρας (σακχαρώδης διαβήτης, υποθυρεοειδισμός, νεφρίτιδα).

- ❖ Σύφιλη, τοξιναιμία της εγκυμοσύνης, τοξόπλασμα, διάφορα φάρμακα, επιπλοκές της εγκυμοσύνης, αλκοόλ ακόμα και το κάπνισμα και οι ναρκωτικές ουσίες.

Περιγεννητικά αίτια:

- ❖ Πρόωρη γέννηση ή τραυματισμός του εγκεφάλου κατά τον τοκετό ή χαμηλό βάρος.
- ❖ Νεογνικό ίκτερος
- ❖ Μηνιγγίτιδα ή σηψαιμία στο νεογνό.
- ❖ Η ανοξία ή υποξία του εγκεφάλου κατά τον τοκετό.
- ❖ Η υπερβολική νάρκωση στη μητέρα.
- ❖ Όταν το αίμα της μητέρας δεν είναι συμβατό με το αίμα του βρέφους, κατάσταση που ορίζεται ως ασυμβατότητα Rhesus ή αιμολυτική νόσος του νεογνού.

Μεταγεννητικά αίτια:

- ❖ Οστρακιά, παρωτίτιδα, μηνιγγίτιδα, διφθερίτιδα, γρίπη, ιλαρά, πνευμονία, ωτίτιδα.
- ❖ Χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η στρεπτομυκίνη, νεομυκίνη και άλλα φάρμακα διουρητικά και κυτταροστατικά.
- ❖ Φλεγμονές του ακουστικού οργάνου (π.χ. ωτίτιδα, λαβυρινθίτιδα).
- ❖ Τραυματισμοί: Έχτοι υψηλής έντασης, διάσειση του εγκεφάλου, χειρουργικά λάθη, κατάγματα του λιθοειδούς.
- ❖ Ψυχογενετικά αίτια που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην υστερική κώφωση.
- ❖ Ωτοτοξικά φάρμακα

(Κρουσταλλάκης, 2005; Κυπριωτάκης, 2000; Moores, 2007; Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004; Alarcón, 2021; Bhutani, 2021; Bluestone, 2001; Denoyelle, 1997; Kenna, 2004; Robertson, 2009; Rybak, 2007; Verrotti, 2003)

Η εξεύρεση των αιτιών της βαρηκοΐας και της κώφωσης είναι εξαιρετικά δύσκολη, καθώς κοιτώντας κανείς την κλινική εργαστηριακή κατάσταση των πασχόντων παιδιών και το ιστορικό τους δεν προκύπτει καμία αιτιολογία, και συνεπώς τα περισσότερα από αυτά τα περιστατικά

συννοδεύονται από την έκφραση «άγνωστη αιτιολογία» (Ζιάβρα & Σκευάς, 2009).

6.3. Πληθυσμός των κωφών

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), περισσότεροι από 430 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως (πάνω από το 5% του παγκόσμιου πληθυσμού) έχουν απώλεια ακοής που επηρεάζει την καθημερινή τους ζωή. Προβλέπεται ότι μέχρι το 2050, σχεδόν 2,5 δισεκατομμύρια άτομα θα αντιμετωπίσουν κάποιο βαθμό απώλειας ακοής, ενώ τουλάχιστον 700 εκατομμύρια θα χρειαστούν αποκατάσταση ακοής. Επιπλέον, πάνω από 1 δισεκατομμύριο νέοι ενήλικες κινδυνεύουν από μόνιμη απώλεια ακοής, η οποία μπορεί να προληφθεί λόγω μη ασφαλών ακουστικών συνηθειών (WHO, 2023). Το 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ανέφερε ότι το 30% των ενηλίκων με απώλεια ακοής είναι άνω των 65 ετών (Alshawabkeh et al., 2021). Η κατανομή του πληθυσμού με αναπηρία ακοής ποικίλλει ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή, την οικονομική κατάσταση και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι ανεπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τις αναπτυσσόμενες, κυρίως λόγω καλύτερης πρόληψης και ιατρικής φροντίδας.

Στην Ελλάδα, ακριβείς στατιστικές για τον πληθυσμό των κωφών ατόμων είναι περιορισμένες. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ, 2020), περίπου 10% του ελληνικού πληθυσμού αντιμετωπίζει κάποια μορφή αναπηρίας, με τις αναπηρίες ακοής να καταλαμβάνουν σημαντικό ποσοστό. Ειδικότερα, υπολογίζεται ότι 24.000 έως 28.000 Έλληνες είναι πλήρως κωφοί, ενώ περίπου 200.000 άτομα έχουν σοβαρή βαρηκοΐα (Νικολόπουλος & Παπαδημητρίου, 2010). Επιπλέον, οι κωφοί μαθητές στα ελληνικά σχολεία αποτελούν ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό του μαθητικού πληθυσμού, με το Υπουργείο Παιδείας να καταγράφει περίπου 1.500 μαθητές που χρησιμοποιούν την Ελληνική Νοηματική Γλώσσα (ΕΝΓ) ως κύριο μέσο επικοινωνίας (ΥΠΕΠΘ, 2004).

Οι κωφοί σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο αντιμετωπίζουν πληθώρα προβλημάτων, όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι ελάχιστες ευκαιρίες για επαγγελματική αποκατάσταση και οι προοπτικές βελτίωσης υποστηρικτικών πολιτικών. Συνεπώς, αποτελεί αδήριτη ανάγκη η ένταξη των ατόμων με ακουστική αναπηρία στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

6.4. Χαρακτηριστικά ατόμων με ακουστική αναπηρία

Οι μαθητές με ακουστική αναπηρία και με οποιαδήποτε μορφή βαρηκοΐας αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στην ανάγνωση και στα μαθηματικά σε σχέση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα. Οι δυσκολίες αυτές γίνονται εντονότερες με την πάροδο του χρόνου. Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν προβλήματα στην γραμματική, συντακτική και λεξιλογική τους ικανότητα, ενώ υπάρχουν και προβλήματα λόγου και ομιλίας με συχνές αντικαταστάσεις και παραλείψεις ήχων (Heward, 2011). Έχουν απλό λόγο με συγκεκριμένη δομή και περιορισμένο λεξιλόγιο παρουσιάζοντας πολύ συχνά δυσκολίες στο σημασιολογικό τους επίπεδο (Kuder, 2003). Οι παραπάνω δυσκολίες παρουσιάζονται και σε παιδιά με λιγότερο σοβαρά προβλήματα ακοής (Paul, 2001). Ωστόσο, η ακαδημαϊκή απόδοση των μαθητών με ακουστική αναπηρία δεν θα πρέπει να συνδέεται με το νοητικό δυναμικό των κωφών ατόμων, καθώς οι τελευταίοι διαπρέπουν σε ακαδημαϊκό επίπεδο (Karchmer & Mitchell, 2005).

Επιπρόσθετα, τα κωφά και βαρήκοα άτομα αρκετά συχνά παρερμηνεύουν τα λεγόμενα των άλλων, κάτι που παρεμποδίζει σε μεγάλο βαθμό την κοινωνική τους ένταξη και την αλληλεπίδρασή τους με τα άτομα χωρίς ακουστική αναπηρία (Marschark & Hauser, 2008). Οι παραπάνω δυσκολίες είναι πολύ πιθανόν να οδηγήσουν σε συναισθηματικές διαταραχές και σε χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη. Τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους. Τα κωφά και βαρήκοα παιδιά συνήθως πάσχουν και από άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, όπως ο αυτισμός και η ΔΕΠ-Υ. Τέλος, λόγω της χαμηλής αυτοεκτίμησης και των γενικότερων δυσκολιών που αντιμετωπίζουν βιώνουν έντονο άγχος και ταλανίζονται από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Walker, 2013).

Η κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη των κωφών και βαρήκοων παιδιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον. Οι γονείς με ακουστική αναπηρία αναμένουν και το παιδί τους να αντιμετωπίζει προβλήματα ακοής. Οι γονείς αυτοί το αποδέχονται πιο εύκολα, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η κοινωνικοσυναισθηματική τους ανάπτυξη (Crowe, 2003). Τα παιδιά με ακουστική αναπηρία που έχουν γονείς με προβλήματα ακοής είναι περισσότερο ώριμα κοινωνικά και υιοθετούν καλύτερες στρατηγικές αυτοελέγχου, καθώς γίνεται η χρήση της νοηματικής γλώσσας από μικρή ηλικία. Τα παιδιά με προβλήματα ακοής που αλληλεπιδρούν περισσότερο με τις μητέρες τους παρουσιάζουν καλύτερη κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη. Τα παιδιά με προβλήματα ακοής επιθυμούν να συναναστρέφονται περισσότερο με άλλα άτομα με ακουστική αναπηρία καθώς συχνά βιώνουν σχολική και κοινωνική απομόνωση και παρουσιάζουν αρκετές δυσκολίες στη σύναψη κοινωνικών σχέσεων με παιδιά χωρίς ακουστική αναπηρία (Heward, 2011). Τα παιδιά με κώφωση ή βαρηκοΐα βιώνουν έντονες συναισθηματικές δυσκολίες και πολλές φορές συναισθηματική κατωτερότητα και ματαίωση (Moore, 2007).

Το κοινωνικοσυναισθηματικό προφίλ των κωφών και βαρήκοων παιδιών επηρεάζεται από κοινωνικές, γνωστικές και σωματικές παραμέτρους. Γλωσσικές και αντιληπτικές ικανότητες, καθώς και οι δεξιότητες μνήμης είναι πολύ σημαντικές για την αλληλεπίδραση του παιδιού με το κοινωνικό περιβάλλον. Οι γνωστικές δεξιότητες ενός παιδιού επηρεάζονται από γενετικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Συνολικά, η ελάχιστη ακουστική αναπηρία μπορεί να επηρεάσει εκτός από τον γνωστικό, και τον ψυχοκινητικό, συμπεριφορικό και νευρογνωστικό τομέα (Almomaní et al., 2018). Τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά υιοθετούν με την πάροδο του χρόνου σύνθετες γνωστικές δεξιότητες ή εξελίσσουν τις ήδη υπάρχουσες, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στην έγκαιρη ανίχνευση παιδιών υψηλής επικινδυνότητας (Vera-Estay et al., 2016). Εκτός από τα παραπάνω, παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα και η διατροφή συνδέονται άμεσα με τις γνωστικές δεξιότητες (Thompson & Foster, 2014). Η καθυστέρηση στην ανάπτυξη μιας συγκεκριμένης δεξιότητας είναι δυνατόν να επηρεάσει την συνολική γνωστική ανάπτυξη ενός παιδιού (Ptok, 2011). Η ακουστική αναπηρία έχει άμεση

σύνδεση με την γνωστική ικανότητα. Επιπλέον, επηρεάζεται και η νευρογνωστική ανάπτυξη του παιδιού από την πρώιμη παιδική ηλικία (Meinzen-Derr, 2011). Οι μαθητές με κώφωση ή βαρηκοΐα είναι λιγότερο συγκεντρωμένοι και παρουσιάζουν διάσπαση προσοχής και διαταραχές στη συμπεριφορά. Επομένως, η ακουστική απώλεια μπορεί να καθυστερήσει την γνωστική ανάπτυξη, μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση και να επιδράσει αρνητικά ως προς την προσωπική ανεξαρτησία (AuBuchon et al., 2015).

Η ακουστική απώλεια μπορεί να καθυστερήσει την ανάπτυξη του προφορικού λόγου, την κοινωνική ανάπτυξη, την γνωστική ανάπτυξη, την ακαδημαϊκή ανάπτυξη και την προσωπική ανάπτυξη (Brown & Cornes, 2015). Παγκοσμίως, τα κωφά και βαρήκοα παιδιά αντιμετωπίζουν περισσότερες κοινωνικοσυναισθηματικές δυσκολίες σε σύγκριση με τα ακούοντα παιδιά (Theunissen et al., 2014). Αυτά προβλήματα σχετίζονται με την οικογενειακή ζωή, με την σχολική ζωή και την κοινωνική ζωή (Mekonnen et al., 2015). Τα αγόρια αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στον κοινωνικοσυναισθηματικό τομέα σε σύγκριση με τα κορίτσια (Laugen et al., 2016; Rieffe et al., 2018). Επίσης, τα άτομα που θα εμφανίσουν ακουστική αναπηρία σε μεγαλύτερη ηλικία θα αντιμετωπίσουν περισσότερα προβλήματα, όπως θλίψη, άγχος κ.ά. Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει ο χρόνος εμφάνισης, η παρέμβαση και η διάγνωση (Rieffe et al., 2018). Συγκεκριμένα, τα μεταγλωσσικά άτομα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες συναισθηματικές δυσκολίες σε σύγκριση με τα προγλωσσικά άτομα (Theunissen et al., 2014). Η κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη επηρεάζεται από την γλωσσική και την επικοινωνιακή ικανότητα. Αυτές οι ικανότητες μπορούν να οδηγήσουν σε ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων με τους συνομηλίκους, κάτι που είναι βαρύνουσας σημασίας για τους εφήβους με ακουστική αναπηρία που συνήθως αντιμετωπίζουν ζητήματα αυτοεκτίμησης και ταυτότητας (Terlektsi et al., 2020).

6.5. Μέθοδοι Επικοινωνίας κωφών/ βαρήκοων ατόμων-Ελληνική Νοηματική Γλώσσα

Η επικοινωνιακή ικανότητα είναι απαραίτητη για τους ανθρώπους και την κοινωνία και είναι απαραίτητη για τη σύναψη κοινωνικών σχέσεων. Η

επικοινωνία των ατόμων με κώφωση με ακούοντα άτομα απαιτεί ευελιξία και δημιουργικότητα. Μπορεί να πραγματοποιηθεί με την υιοθέτηση των κατάλληλων εργαλείων και χωρίς τη χρήση διερμηνέων, καθώς το κάθε άτομο έχει ιδιαίτερες επικοινωνιακές ικανότητες (Martin & Clark, 2008).

Τα κωφά και βαρήκοα άτομα χρησιμοποιούν διάφορους τρόπους επικοινωνίας. Μερικοί από αυτούς είναι οι ακόλουθοι:

- ❖ *Προφορική μέθοδος:* Ενισχύεται η υπολειμματική ακοή με τη χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος και ακουστικών για την βαρηκοΐα και αξιοποιούνται πληροφορίες από την χειλεανάγνωση.
- ❖ *Νοηματική γλώσσα:* Αυτόνομη προφορική γλώσσα με δικό της λεξιλόγιο, γραμματική και συντακτικό, η οποία αποτελείται από κινήσεις του σώματος και εκφράσεις του προσώπου.
- ❖ *Σημειολογική μέθοδος:* Αναπτύχθηκε από τον Orin Cornett το 1966. Χρήση σχηματισμού των χεριών, εκφράσεις του προσώπου και θέσεις του αυχένα για την αναπαράσταση φωνηέντων και ήχων.
- ❖ *Ολική επικοινωνία:* Συνδυασμός προφορικής μεθόδου, νοηματικής γλώσσας και χειλεοανάγνωσης, καθώς η κάθε επικοινωνιακή μέθοδος έχει τα δικά της πλεονεκτήματα. Συνεπώς, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να είναι εξατομικευμένο.

(Νικολόπουλος & Παπαδημητρίου, 2008)

Πέρα από τις πρακτικές μεθόδους, υπάρχουν πολιτισμικές διαστάσεις στην επιλογή τρόπου επικοινωνίας. Για παράδειγμα, σε κοινότητες κωφών, η νοηματική γλώσσα έχει πολιτισμική αξία και αποτελεί φορέα ταυτότητας (Padden & Humphries, 2005). Τέλος, η εκπαίδευση παίζει καθοριστικό ρόλο. Τα σχολεία για κωφούς διαφέρουν στις προσεγγίσεις τους, ανάλογα με το αν δίνουν έμφαση στη νοηματική γλώσσα ή στην προφορική ανάπτυξη μέσω ακουστικών βοηθημάτων και προφορικής εκπαίδευσης (Spencer & Marschark, 2010). Η σύγχρονη τάση υποστηρίζει την δίγλωσση προσέγγιση, δηλαδή την εκπαίδευση τόσο στη νοηματική όσο και στην εθνική γραπτή και προφορική γλώσσα (Humphries et al., 2012). Συμπερασματικά, οι μέθοδοι επικοινωνίας των κωφών και βαρήκοων ατόμων είναι ποικίλες και εξαρτώνται από την ηλικία απόκτησης της απώλειας ακοής, τις ατομικές προτιμήσεις, την πολιτισμική

ταυτότητα και τις διαθέσιμες υποστηρικτικές υπηρεσίες. Η προσαρμοστικότητα και η κατανόηση των διαφορετικών τρόπων επικοινωνίας είναι κρίσιμες για την ένταξη και την ενδυνάμωση αυτών των ατόμων στην κοινωνία.

Η Ελληνική Νοηματική Γλώσσα (ΕΝΓ) είναι επισήμως αναγνωρισμένη ως η φυσική γλώσσα των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Με τους νόμους 2817/14-3-2000 και 3699/2-10-2008, θεσμοθετήθηκε η παρουσία της στις σχολικές μονάδες για κωφούς. Η νομική αναγνώριση της ΕΝΓ ανέδειξε σημαντικά ζητήματα σχετικά με την γλωσσική πολιτική, όπως η εφαρμογή στρατηγικών, σχεδίων και προγραμμάτων που καθιστούν την ΕΝΓ γλώσσα διαρκούς παιδαγωγικής και κοινωνικής αξίας (Ηργυς & Μακρή, 2011). Με την πάροδο του χρόνου, η ΕΝΓ έχει εξελιχθεί σημαντικά. Η ΕΝΓ διαθέτει συγκεκριμένα γλωσσικά χαρακτηριστικά και ιδιότητες, όπως συμβαίνει σε όλες τις προφορικές γλώσσες. Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχει μία καθολική και ενιαία νοηματική γλώσσα. Παγκοσμίως υπάρχουν διαφορετικές νοηματικές γλώσσες, ενώ σε κάποιες χώρες χρησιμοποιούνται περισσότερες από μια νοηματικές γλώσσες και διάλεκτοι. Για παράδειγμα, ενώ η Γερμανία και η Αυστρία είναι και οι δύο γερμανόφωνες χώρες, χρησιμοποιούν διαφορετικές νοηματικές γλώσσες. Στον 21ο αιώνα, η διεθνής κοινότητα των κωφών είναι ενεργή και οργανώνει τακτικά εκδηλώσεις, όπως το Παγκόσμιο Συνέδριο της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Κωφών (WFD). Επίσης, τα κοινωνικά μέσα δικτύωσης, όπως το Twitter, το Facebook και το YouTube, αποτελούν βασικά εργαλεία επικοινωνίας για τους κωφούς σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η ΕΝΓ βασίζεται στη χρήση του σώματος, των χεριών, του προσώπου και της κατεύθυνσης του βλέμματος για να εκφράσει έννοιες και συναισθήματα. Η γραμματική της δεν εξαρτάται από την γραμμική ακολουθία των λέξεων, όπως στον προφορικό λόγο, αλλά από τη χρήση του χώρου και των μορφολογικών χαρακτηριστικών των χειρομορφών (Καψάσκη, 2007). Για παράδειγμα, η χρήση του χώρου γύρω από το σώμα του νοηματίζοντα παίζει σημαντικό ρόλο για την αναπαράσταση προσώπων, αντικειμένων ή γεγονότων.

Επιπλέον, η ΕΝΓ, όπως και άλλες νοηματικές γλώσσες, ακολουθεί τη φυσική εξέλιξη των γλωσσών μέσω της διαγενεακής μετάδοσης. Τα παιδιά Κωφών γονέων αποκτούν την ΕΝΓ ως μητρική γλώσσα, γεγονός που συνδέεται με ανώτερα γλωσσικά και γνωστικά αποτελέσματα σε σύγκριση με παιδιά

Κωφών που μαθαίνουν τη γλώσσα αργότερα (Antzakas & Woll, 2002). Σημαντικό είναι επίσης ότι η ΕΝΓ παρουσιάζει διαλεκτικές ποικιλίες, ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή και τις κοινωνικές ομάδες, γεγονός που υπογραμμίζει τη ζωντάνια και τη δυναμική φύση της (Zoniou-Sideri, 2000).

Η διδασκαλία της ΕΝΓ σε σχολικό πλαίσιο έχει αναγνωριστεί ως κρίσιμη για την ακαδημαϊκή επιτυχία και την κοινωνική ανάπτυξη των Κωφών μαθητών. Οι ερευνητές έχουν επισημάνει ότι η πρόωμη έκθεση των παιδιών σε μια φυσική γλώσσα όπως η ΕΝΓ είναι θεμελιώδης για τη γνωστική και γλωσσική ανάπτυξή τους (Kourbetis & Koutsougera, 2010). Παράλληλα, η χρήση διγλωσσικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων που ενσωματώνουν την ΕΝΓ και την Ελληνική Γλώσσα προάγει την αναγνωστική κατανόηση και την ευρύτερη γλωσσική επίδοση των Κωφών μαθητών (Patsouras, 2014).

Ωστόσο, αν και η ΕΝΓ έχει αναγνωριστεί θεσμικά, εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις στην εφαρμογή της στην εκπαίδευση και στις υπηρεσίες πρόσβασης. Η έλλειψη επαρκώς καταρτισμένων διερμηνέων ΕΝΓ, η περιορισμένη προσβασιμότητα σε δημόσιες υπηρεσίες και η ανάγκη περαιτέρω ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού για τη σημασία της ΕΝΓ αποτελούν σημεία που χρειάζονται συνεχή προσπάθεια και βελτίωση (Zoniou-Sideri & Vlachou, 2006).

Η ΕΝΓ δεν είναι μόνο εργαλείο επικοινωνίας αλλά και φορέας πολιτιστικής ταυτότητας. Μέσα από τη γλώσσα αυτή διατηρούνται οι πολιτιστικές αξίες, οι παραδόσεις και η συλλογική μνήμη της κοινότητας των Κωφών, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και της υπερηφάνειας για την κωφότητα (Vlachou, 2006).

Συμπερασματικά, η Ελληνική Νοηματική Γλώσσα είναι μια ζωντανή, δυναμική και πλούσια γλώσσα, που διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη, την εκπαίδευση και την κοινωνική ένταξη των Κωφών στην Ελλάδα. Η πλήρης αναγνώριση και υποστήριξή της αποτελεί βασικό πυλώνα για την προώθηση της ισότητας και της συμπερίληψης.

6.6. Απώλεια ακοής σε παιδιά και ενήλικες-Εκπαίδευση ατόμων με ακουστική αναπηρία

Ένας μαθητής με ακουστική αναπηρία είναι δυνατόν να αισθανθεί κοινωνικά αποκλεισμένος και απομονωμένος από τους συμμαθητές τους και το κοινωνικό του περιβάλλον, ακόμα και αν έχει γίνει η χρήση των κατάλληλων βοηθημάτων και του έχει παρασχεθεί η κατάλληλη ιατρική βοήθεια. Ο μαθητής θα πρέπει να καλλιεργήσει την αυτοεκτίμησή του, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίζει τις συναισθηματικές του δυσκολίες και να εξελιχθεί σε έναν ενήλικα συναισθηματικά υγιή (Αηδονά, 2016). Όπως αναφέρουν οι Jacobsen et al. (2016), τα παιδιά με κώφωση είναι δυνατόν να παρουσιάσουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοέκφραση. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση σε συνδυασμό με την χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικά προβλήματα όπως άγχος και κατάθλιψη. Οι κοινωνικές δεξιότητες αναπτύσσονται με την εκπαίδευση των μαθητών. Τα πρώτα σχολικά χρόνια δημιουργούνται σημαντικές φιλίες μέσω των κοινών ενδιαφερόντων (Fitzpatrick et al., 2016).

Από την άλλη, για τους ενήλικες, η ακουστική αναπηρία μπορεί να δημιουργήσει δυσκολίες στον εργασιακό χώρο και να διαταράξει τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους. Επιπρόσθετα, η ακουστική απώλεια μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοκοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, καθώς και σε προβλήματα υγείας και σε χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι υπερήλικες με κώφωση και βαρηκοΐα νοσηλεύονται συχνότερα, παρουσιάζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα και, τέλος, παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά άνοιας, στρες και κατάθλιψης σε σύγκριση με τους υπερήλικες χωρίς ακουστικά προβλήματα. Οι κωφοί ενήλικες παρουσιάζουν χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, ενώ παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και χαμηλά εισοδήματα σε σχέση με τους ακούοντες ενήλικες. Επιπλέον, η υγειονομική περίθαλψη των κωφών μεσηλικών στις ΗΠΑ είναι αρκετά πιο δαπανηρή από αυτή των ακούντων. Στους ενήλικες, κύριος λόγος της ακουστικής αναπηρίας είναι η γήρανση, η οποία είναι τις περισσότερες φορές συμμετρική και πολύ πιο έντονη στις υψηλές συχνότητες (≥ 2000 Hz). Η ακουστική αυτή απώλεια οδηγεί σε αδυναμία κατανόησης του λόγου και της ομιλίας, ακόμα και στην περίπτωση που τα ηχητικά σήματα είναι πιο δυνατά. Η αισθητηριακή πρεσβυκουσία (ηλικιακή απώλεια ακοής) αφορά τη βλάβη των κοχλιακών τριχωτών κυττάρων

λόγω γήρανσης, ενώ η μεταβολική πρεσβυκουσία σχετίζεται με τη μειωμένη λειτουργία των αιμοφόρων αγγείων του κοιλία (Cunningham & Tucci, 2017).

Κύριος στόχος, σε παγκόσμιο επίπεδο, για την εκπαίδευση των ατόμων με προβλήματα ακοής ήταν η αποκατάσταση της ακουστικής αναπηρίας. Τα κωφά και βαρήκοα παιδιά έπρεπε να εκπαιδευθούν στην ομιλία παρά τις ενδεχόμενες δυσκολίες (Kourbetis & Savvolidou, 2006). Ο νόμος για την ειδική αγωγή στην Ελλάδα νομοθετήθηκε για πρώτη φορά το 1981. Το 1985, με τον Νόμο 1566/1985, ενσωματώθηκε σε ένα οργανωμένο εκπαιδευτικό σύστημα που καλύπτει την προσχολική, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η Ελληνική Νοηματική Γλώσσα (ΕΝΓ) αναγνωρίστηκε επίσημα στην εκπαίδευση το 2000 με τον Νόμο 2817/2000, γεγονός που έδωσε τη δυνατότητα στους κωφούς να επικοινωνούν επαρκώς μεταξύ τους.

Εκτός από το ισχύον εκπαιδευτικό πλαίσιο, απαιτείται και ένα πλήρες και αναλυτικό νομοθετικό πλαίσιο που να διευκολύνει τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εξασφαλίζοντας ισότητα σε όλους τους τομείς της ζωής με σκοπό την αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού (Karampidis et al., 2021). Ο νόμος 2817/2000 και η ανάπτυξη Προγράμματος Σπουδών ΕΝΓ αποτελούν σημαντικά βήματα για τη συστηματική διδασκαλία της ΕΝΓ σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης στον ελλαδικό χώρο. Ο κύριος στόχος του Υπουργείου Παιδείας ήταν η παροχή ίσων εκπαιδευτικών ευκαιριών σε όλους τους μαθητές διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο την ένταξη της Ειδικής Αγωγής στη Γενική Εκπαίδευση. Το Πρόγραμμα Σπουδών της ΕΝΓ δεν περιορίζεται μόνο στην εκμάθηση της ΕΝΓ ως πρώτης γλώσσας, αλλά επίσης επικεντρώνεται στην εκμάθηση της Ελληνικής Γλώσσας, κυρίως στη γραπτή της μορφή, ως δεύτερη γλώσσα. Η διδασκαλία της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας (ΕΝΓ) σε συνδυασμό με τη συγκριτική ανάλυση των γλωσσικών δομών αναμένεται να διευκολύνει τους μαθητές στην ομαλή και φυσική αφομοίωση και των δύο γλωσσών (Υπουργείο Παιδείας – Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2004). Στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, ωστόσο, τα κωφά και βαρήκοα άτομα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επικοινωνία, καθώς η διδασκαλία γίνεται κυρίως μέσω προφορικής γλώσσας. Ανεπαρκείς διδακτικές και επικοινωνιακές πρακτικές επιβραδύνουν την πρόοδο στην ΕΝΓ και παρεμποδίζουν την εκπαίδευσή τους σε κάθε επίπεδο, δημιουργώντας εμπόδια και στην επαγγελματική τους πορεία (Giannimis, 2010). Η ένταξη των κωφών στην

Τριτοβάθμια Εκπαίδευση στον ελλαδικό χώρο είναι πολύ σημαντική για την αλληλεπίδραση κωφών και ακουόντων. Η ελληνική νομοθεσία (3404/2005, 2909/2001, 2525/1997) έχει εξασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση των κωφών στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση για την παροχή ίσων επαγγελματικών και προσωπικών ευκαιριών.

Τέλος, υπάρχουν σωματεία κωφών που παράσχουν υποστήριξη στις οικογένειές τους και συμβάλλουν στην ομαλή ένταξή τους στην κοινωνία, ενώ η ελληνική εκπαίδευση αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα ως προς την σχολική ένταξη των κωφών παιδιών και προσπαθεί να διασφαλίσει με κάθε τρόπο ισότητα ευκαιριών τόσο στο σχολικό όσο και στον επαγγελματικό χώρο. (Karampidis et al., 2021).

6.7. Οικογένεια και κώφωση

Τα συναισθήματα και οι ικανότητες παίζουν σημαντικό ρόλο στη συγκρότηση της προσωπικότητας ενός παιδιού με προβλήματα ακοής. Χρειάζεται διερεύνηση της αυτοαντίληψης και της αυτοεικόνας αυτών των ατόμων, των συναισθημάτων που προκύπτουν από την χρήση ακουστικών βαρηκοΐας και των συναισθημάτων που δημιουργούνται στα άτομα με πλήρη κώφωση λόγω της ανίατης φύσης της ασθένειάς τους. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί ο τρόπος έκφρασης των συναισθημάτων τους και η σύνδεση της ακουστικής αναπηρίας με το χαμηλό νοητικό δυναμικό. Η οικογένεια παίζει καθοριστικό ρόλο στην κατανόηση της ψυχολογίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία, καθώς βοηθά το παιδί να κατανοήσει τον εαυτό του και την διαφορετικότητά του, ενώ μπορεί να του προσφέρει και τις κατάλληλες συνθήκες για να ζήσει αξιοπρεπώς. Απαραίτητος είναι επίσης και ο διαχωρισμός ανάμεσα σε κωφό και βαρήκοο, καθώς παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για την ψυχολογία. Τα κωφά άτομα παρουσιάζουν εντελώς διαφορετική προσωπικότητα από τα βαρήκοα, ενώ υπάρχουν σημαντικές διαφορές τόσο στην προσωπικότητα όσο και στην ψυχολογία των ατόμων με επίκτητη κώφωση ή βαρηκοΐα από ότι των ατόμων με συγγενή κώφωση ή βαρηκοΐα. Παίζει επίσης καθοριστικό ρόλο η ηλικία έναρξης απώλειας της ακοής και το αναπτυξιακό στάδιο της ομιλούμενης γλώσσας. Τα προγλωσσικά κωφά άτομα αντιμετωπίζουν διαφορετικές δυσκολίες από ότι τα μεταγλωσσικά κωφά άτομα.

Η οικογένεια τον πρώτο καιρό νιώθει αμηχανία και αντιμετωπίζει δυσκολίες στην επικοινωνία με το παιδί. Οι αντιδράσεις της οικογένειας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:

- ❖ *Ασυνείδητη εχθρότητα:* Η οικογένεια ασυνείδητα ενδέχεται να βιώσει δυσάρεστα συναισθήματα για το παιδί της, πιστεύοντας ότι και ο υπόλοιπος κοινωνικός περίγυρος είναι εχθρικός προς αυτό.
- ❖ *Ασυνείδητη απόρριψη:* Πολλές φορές οι γονείς παρουσιάζουν άγνοια για την αναπηρία του παιδιού τους και έχουν από αυτό υπερβολικές απαιτήσεις αναφορικά με την ακαδημαϊκή του επίδοση.
- ❖ *Υπερπροστατευτικότητα:* Οι γονείς είναι υπερπροστατευτικοί απέναντι στα παιδιά με ακουστική αναπηρία. Ωστόσο, με αυτόν τον τρόπο το παιδί καταπιέζεται, χάνει την αυτονομία του και καθυστερεί στην ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων που θα του ήταν απαραίτητες για την εξερεύνηση του περιβάλλοντος και την προσωπική του ανάπτυξη.

Οι γονείς έχουν έντονη ανησυχία για τη στάση του κοινωνικού περιγύρου προς το παιδί τους. Οι γονείς δυσκολεύονται πάρα πολύ να αποδεχτούν την αναπηρία των παιδιών τους, ιδιαίτερα όταν η βαρηκοΐα είναι μεταγλωσσική. Στον αντίποδα, οι γονείς των προγλωσσικά κωφών αποδέχονται πιο εύκολα την αναπηρία των παιδιών τους. Η έγκαιρη ψυχοεκπαιδευτική υποστήριξη από τους γονείς παίζει σημαντικό ρόλο για το μέλλον ενός ατόμου με εκ γενετής ακουστική αναπηρία.

Η αυτοεικόνα και η αυτοεκτίμηση του ατόμου με ακουστική αναπηρία διαμορφώνεται από την στάση της οικογένειας. Πολλές φορές τα παιδιά με ακουστική αναπηρία επηρεάζονται από τις αρνητικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια και επηρεάζεται η αυτοεκτίμησή τους. Η αρνητική στάση των γονέων απέναντι στο παιδί με προβλήματα ακοής μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία αποδοχής της ταυτότητάς του και της εικόνας του, επειδή η οικογένεια του αρνείται να αποδεχτεί την πραγματική του κατάσταση με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους. Αυτό το κενό οδηγεί σε εμπόδια στην ανάπτυξη και διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. Οι γονείς συνήθως ελπίζουν σε πια πιθανή ιατρική λύση, την οποία προβάλλουν και στο παιδί τους. Αυτό έχει ως συνέπεια την αδυναμία του παιδιού να αποδεχτεί τον εαυτό του και την αναπηρία του.

Οι γονείς παροτρύνουν τα παιδιά τους να χρησιμοποιήσουν ακουστικά βαρηκοΐας, πιστεύοντας ότι με αυτόν τον τρόπο θα επέλθει η ομαλή ένταξη των ατόμων με ακουστική αναπηρία στον κοινωνικό περίγυρο. Δεν κατανοούν όμως την χρήση των ακουστικών και την προσφορά τους, αφού δυστυχώς τα ακουστικά δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την φυσιολογική ακοή. Ως ακολούθως, το παιδί θεωρεί τα ακουστικά πανάκεια και ότι αυτά θα λύσουν όποιο πρόβλημα και αν προκύψει. Τα παιδιά αποκτούν μια ψευδή αίσθηση ελπίδας, η οποία έχει ψυχολογικές συνέπειες για τα παιδιά, όπως η κοινωνική απομόνωση και η απομάκρυνση από τους γονείς. Η χρήση ακουστικών βαρηκοΐας εκτός από τις σχέσεις με τους γονείς επηρεάζουν και τις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Οι μαθητές δεν μιλούν για το πρόβλημά τους στους συμμαθητές τους, φοβούμενοι τον παραγκωνισμό από το κοινωνικό σύνολο. Όσοι μαθητές αδυνατούν να κρύψουν την αναπηρία τους, απομονώνονται κοινωνικά και συγχρωτίζονται με άτομα που εμφανίζουν κάποια ανάλογη αναπηρία.

Η επικοινωνία των παιδιών με ακουστική αναπηρία με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά είναι δύσκολη, εκτός αν το παιδί με ακουστική αναπηρία γνωρίζει τη νοηματική γλώσσα. Παρ' όλα αυτά η επικοινωνία εξακολουθεί να είναι περιορισμένη. Τα άτομα με ακουστική απώλεια επιθυμούν να συναναστρέφονται με άτομα με παρόμοια προβλήματα, καθώς έτσι νιώθουν πιο οικεία.

Τα άτομα με ακουστική αναπηρία παρουσιάζουν καθυστερημένη νοητική ανάπτυξη. Μπορούν, όμως, να κατανοήσουν σχέσεις αιτίου-αιτιατού, βασιζόμενα σε ρεαλιστικές εμπειρίες. Η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των γονέων είναι αρκετά κρίσιμη, αφού δυσκολεύονται να κατανοήσουν τις πραγματικές ανάγκες των παιδιών τους. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η ενίσχυση της ικανότητας όλων των γονέων ανεξαιρέτως προς την αντιμετώπιση και την αποδοχή της αναπηρίας των παιδιών τους.

Οι γονείς των παιδιών με ακουστική αναπηρία έχουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Όλοι οι γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες αντιμετωπίζουν σοβαρές προκλήσεις, αλλά οι γονείς των παιδιών με ακουστική αναπηρία βρίσκονται σε πιο δυσχερή θέση λόγω της πολυπλοκότητας της αναπηρίας. Το πιο σοβαρό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι γονείς των ατόμων με ακουστική απώλεια είναι η εξεύρεση του σωστότερου τρόπου επικοινωνίας μαζί τους. Σε αυτό το

σημείο είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε αν οι γονείς είναι ακούντες ή έχουν κάποια ακουστική αναπηρία. Ο βαθμός αναπηρίας και η ύπαρξη ακουστικής αναπηρίας ή μη των γονέων μπορούν να επηρεάσουν την πορεία του φαινομένου. Η αυτοεικόνα του μαθητή επηρεάζεται από την αντίληψη που έχουν γι' αυτόν οι γονείς, οι δάσκαλοι και οι συνομήλικοι, παρά από την ίδια την αναπηρία. Οι υπερβολικές απαιτήσεις κάποιων γονέων μπορεί να οδηγήσουν το παιδί σε πολλές και ανεπιτυχείς προσπάθειες, γεγονός που μπορεί να επιφέρει άγχος, απογοήτευση και συμπεριφορικά προβλήματα. Συνεπώς, πρέπει να γίνει ουσιαστική αποδοχή των ορίων του κάθε παιδιού από τους γονείς (Παπάνης και συν., 2009). Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι γονείς των παιδιών με ακουστική αναπηρία επιτυγχάνουν να διαχειριστούν την κατάσταση αυτή το ίδιο καλά με τους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Επιπροσθέτως, οι γονείς των παιδιών με ακουστική αναπηρία εμφανίζονται με λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα από ότι οι γονείς παιδιών χωρίς κάποια αναπηρία. Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με την ικανοποίησή τους από τον γάμο. Η αντίληψη των γονέων για την λειτουργικότητα που παρουσιάζουν τα παιδιά τους έχει αντίκτυπο στην ψυχολογική τους κατάσταση. Η πεποίθηση της μητέρας για την διαγωγή των παιδιών με ακουστική αναπηρία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε δυσκολίες στην προσαρμογή της οικογένειας (Watson et al., 1990). Οι γονείς αναφέρουν ότι τα παιδιά με κοχλιακό εμφύτευμα έχουν θετική κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη, βοηθώντας τα παιδιά αυτά εν γένει στην ανάπτυξή τους (Nicholas & Geers, 2003).

" Η μόνη αναπηρία στη ζωή

είναι η κακή συμπεριφορά."

–Scott Hamilton

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

7.1. Ορισμοί και συχνότητα εμφάνισης κινητικής/σωματικής αναπηρίας

Η έννοια της κίνησης μπορεί να οριστεί ως «ο τρόπος με τον οποίο ζούμε και εκφράζουμε την ύπαρξή μας στον κόσμο μέσα από το σώμα μας». Η κίνηση βασίζεται στη συνεργασία του νευρομυϊκού συστήματος και του οστικού συστήματος, μεταξύ του οστικού, του νευρικού και του μυϊκού συστήματος. Τα βασικά χαρακτηριστικά της κίνησης, όπως η ταχύτητα, η επιτάχυνση, η δύναμη και η αρμονία, ενδέχεται να αλλοιωθούν μερικώς ή πλήρως υπό συγκεκριμένες κλινικές συνθήκες (Σπετσιώτης & Σταθόπουλος, 2003, σ. 21).

Σύμφωνα με τον νόμο IDEA (Individuals with Disabilities Education Act), «κινητική ή ορθοπεδική αναπηρία είναι κάθε σωματική αναπηρία που επηρεάζει δυσμενώς τη μαθησιακή διαδικασία». Η παραπάνω νομολογία περιλαμβάνει την εγκεφαλική παράλυση, την φυματίωση, την πολιομυελίτιδα κ.ά. Επιπλέον, «κινητική αναπηρία αναφέρεται σε οποιαδήποτε δυσλειτουργία της κίνησης, είτε λόγω απώλειας είτε λόγω περιορισμού εξαιτίας τραυματισμού ή βλάβης, που μπορεί να επηρεάζει πτυχές της καθημερινής ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η εκπαίδευση, η εργασία, η ψυχαγωγία, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η αυτονομία» (Wilson-Jones et al., 2007, p. 43).

Επιπλέον, το Προεδρικό Διάταγμα 1/2003 (ΦΕΚ Α' 1/03.01.2003) αναφέρει ότι *η κινητική/ορθοπεδική αναπηρία είναι οποιαδήποτε σωματική αναπηρία που επηρεάζει αρνητικά την εκπαιδευτική διαδικασία*. Παρά την ύπαρξη αυτών των ορισμών, δεν υπάρχει ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός της κινητικής αναπηρίας.

Η εκτίμηση του συνολικού αριθμού των σωματικά ανάπηρων είναι αρκετά δύσκολη, λόγω του ότι υπάρχουν διάφοροι λόγοι, οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν ακόμα και ήπιους κινητικούς περιορισμούς. Ο πληθυσμός των ατόμων με κινητική αναπηρία και συγκεκριμένα με εγκεφαλική παράλυση μπορεί να καταγραφεί εύκολα, ενώ ο πληθυσμός των ατόμων με σκολίωση είναι αρκετά δύσκολο να καταγραφεί λόγω του είδους της πάθησης. Η συχνότητα εμφάνισης κινητικής αναπηρίας, επομένως, επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες όπως η φύση της πάθησης, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η ηλικία και το φύλο. Κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι περίπου το 2-3% του πληθυσμού εμφανίζει κάποιο είδος σωματικής αναπηρίας, η οποία επηρεάζει την καθημερινότητα παρουσιάζει κάποια μορφή κινητικής αναπηρίας, η οποία κυμαίνεται από ήπια έως σοβαρή και μπορεί να επηρεάζει τις καθημερινές λειτουργίες.

Η κινητική αναπηρία ενδέχεται να είναι συγγενής ή επίκτητη και να προήλθε από τραυματισμούς ή νευρολογικές παθήσεις. Η αποκατάσταση μιας κινητικής αναπηρίας εξαρτάται από το είδος και τη σοβαρότητά της, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς μπορούν να είναι ανεξάρτητοι εφόσον λάβουν την κατάλληλη υποστηρικτική θεραπεία (Χαρμπάτσης, 2017).

7.2. Τύποι και αίτια κινητικής/σωματικής αναπηρίας

Η πλειονότητα των κινητικών αναπηριών συνδέεται με ορθοπεδικές καταστάσεις. Ωστόσο, υπάρχουν και κινητικές αναπηρίες που σχετίζονται με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, καθώς και με το μυοσκελετικό σύστημα του ατόμου. Από ιατρική σκοπιά, οι κινητικές αναπηρίες ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες:

- ❖ Νευρολογικές διαταραχές
- ❖ Μυοσκελετικές διαταραχές
- ❖ Εκ γενετής βλάβες

- ❖ Βλάβες από ατυχήματα
- ❖ Βλάβες από διάφορες ασθένειες

(ΔΕΠΠΣ, Προσαρμοσμένης Φυσικής Αγωγής για άτομα με κινητικές αναπηρίες- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2005).

Οι κυριότεροι τύποι κινητικής αναπηρίας είναι οι εξής:

- ❖ Εγκεφαλική παράλυση: Η εγκεφαλική παράλυση (ΕΠ) είναι μια κινητική αναπηρία που οφείλεται σε βλάβες του εγκεφάλου κατά την περίοδο της κύησης ή της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Οι βλάβες αυτές ενδέχεται να οδηγήσουν σε προβλήματα στη στάση, στην ισορροπία, στον συντονισμό και τη δύναμη. Η εγκεφαλική παράλυση είναι μη αναστρέψιμη και επηρεάζει το άτομο στον ακαδημαϊκό, στον κοινωνικό και στον ψυχολογικό τομέα (Novak & Lane, 2014). Τα αίτια της παραπάνω αναπηρίας είναι ποικίλα, όπως ανοξία, λοιμώξεις κατά την κύηση, τραυματισμοί κατά την διάρκεια του τοκετού και γενετικές ανωμαλίες (Rosenbaum et al., 2007). Η πλειονότητα των ασθενών γεννιέται με εγκεφαλική παράλυση. Είναι η πιο κοινή αναπηρία στα παιδιά και τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην καθημερινότητά τους (Shakespeare & Watson, 2002). Τα άτομα με την παραπάνω αναπηρία θα πρέπει να λάβουν υποστήριξη από λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή και κοινωνικό λειτουργό, ενώ είναι απαραίτητη η πρώιμη διάγνωση της αναπηρίας, προκειμένου να ενταχθούν ομαλά στην κοινωνία.

Η ταξινόμηση της εγκεφαλικής παράλυσης μπορεί να γίνει είτε με βάση την ανατομική θέση είτε με βάση τον τύπο της νευρομυϊκής διαταραχής.

Με βάση την ανατομική θέση:

Μονοπληγία: Επηρεάζεται μόνο το ένα μέρος του σώματος

Διπληγία: Επηρεάζονται και τα κάτω (σε μεγαλύτερο βαθμό) και τα άνω άκρα.

Τριπληγία: Επηρεάζονται αμφότερα τα κάτω άκρα και ένα από τα πάνω άκρα.

Η τριπληγία δεν συμβαίνει πολύ συχνά.

Τετραπληγία: Επηρεάζει όλα τα άκρα. Κάποιες φορές μπορεί τα άνω άκρα να επηρεαστούν περισσότερο από τα κάτω άκρα.

Ημιπληγία: Επηρεάζεται η αριστερή ή η δεξιά πλευρά του ανθρωπίνου σώματος.

Διπλή ημιπληγία: Επηρεάζονται συνήθως τα άνω άκρα και αρκετά λιγότερο τα κάτω άκρα.

Παραπληγία: Επηρεάζονται αμφότερα τα κάτω άκρα του σώματος.
(Heward, 2011).

Με βάση τον τύπο νευρομυϊκής διαταραχής (διαταραχής μυϊκού τόνου):

Σπαστικότητα: Η σπαστικότητα χαρακτηρίζεται από υπερβολική σύσπαση των μυών που οδηγεί σε περιορισμό κίνησης των άκρων και σε δυσκαμψία. Η υπερβολική αυτή σύσπαση προέρχεται από δυσλειτουργίες στο κεντρικό νευρικό σύστημα (βλάβη σε εγκέφαλο και νωτιαίο μυελό). Η σπαστικότητα σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση οδηγεί σε κινητικές δυσκολίες και δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων (Sanger et al., 2003).

Αθétωση: Ιδιαίτερο γνώρισμά της είναι οι ακούσιες, ασταθείς και μη ελεγχόμενες κινήσεις (τρέμουλο, συστροφή του σώματος ή των άκρων). Προκαλείται από βλάβες στους βασικούς γαγγλίους, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τον συντονισμό των κινήσεων (Friel, 2010).

Αταξία: Οι μυς δεν μπορούν να συνεργαστούν μεταξύ τους και υπάρχει και υποτονία. Εντοπίζεται συνήθως στην παρεγκεφαλίδα. Οι ασθενείς παρουσιάζουν προβλήματα στην ισορροπία, στην ομιλία και την γραφή (Schüle et al., 2008).

Υποτονία: Οι μυς παρουσιάζουν χαμηλή τάση και μπορεί να είναι γενικευμένη και εκτεταμένη υποτονία. Το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τις κινήσεις των χεριών και των ποδιών και δεν μπορεί να ελέγξει τη στάση του. Επίσης, αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Συνήθως τα άτομα με υποτονία έχουν μικροκεφαλία και νοητική υστέρηση (Sharma et al., 2014).

Τρόμος: Χαρακτηρίζεται από ακούσιες επαναλαμβανόμενες κινήσεις ή ταλαντώσεις των άκρων, του κεφαλιού και του κορμού ακανόνιστης μορφής είτε όταν το άτομο κινείται είτε όταν δεν κινείται. Ο τρόμος μπορεί να προκληθεί λόγω νευρολογικών παθήσεων (νόσος του Parkinson) ή λόγω άλλων ψυχιατρικών ασθενειών (Deuschl et al., 2001). Διάφοροι τύποι τρόμου είναι ο τρόμος ηρεμίας, ο τρόμος δράσης και ο τρόμος στάσης (Jankovic & Tolosa, 2007).

Δυσκαμψία: Η δυσκαμψία χαρακτηρίζεται από αυξημένη αντίσταση σε όλα τα μέλη του σώματος, τα οποία παρουσιάζουν έντονη σπαστικότητα (νόσος

Parkinson) (Jankovic, 2008). Ειδικότερα, οι μύες γίνονται σφιχτοί και δύσκαμπτοι, γεγονός που επηρεάζει την ευχέρεια των κινήσεων και μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμένη κινητικότητα και πόνο επηρεάζοντας την εκτέλεση ακόμα και των πιο απλών κινήσεων (Koller, 2000; Berardelli et al., 2001).

Στα παιδιά δεν εμφανίζεται μόνο ένας τύπος εγκεφαλικής παράλυσης. Υπάρχει περίπτωση να έχουμε μεικτές μορφές (π.χ. αθροιστική και σπαστική μορφή εγκεφαλικής παράλυσης) (Τζούδα, 2005). Η σπαστική μορφή εγκεφαλικής παράλυσης παρουσιάζεται στο 40-60% των ατόμων με οποιαδήποτε μορφή εγκεφαλικής παράλυσης. Ακολουθεί η αθροιστική εγκεφαλική παράλυση με ποσοστό της τάξης των 15-20% (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995).

- ❖ Επιληψία: Συνιστά μια από τις πιο σημαντικές νευρολογικές καταστάσεις. Η εγκεφαλική δραστηριότητα του ατόμου είτε αυτό είναι ξύπνιο είτε κοιμάται δεν σταματά. Οι κρίσεις επιληψίας εμφανίζονται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια μη φυσιολογικής εγκεφαλικής δραστηριότητας. Τα εγκεφαλικά κύτταρα παρουσιάζουν συσσωρευμένη ηλεκτρική ενέργεια. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και οφείλεται συνήθως σε γενετικούς παράγοντες, τραυματισμούς, δηλητηρίαση από μόλυβδο και αλκοόλ, υψηλός πυρετός κ.ά. Συνήθως αντιμετωπίζεται με φάρμακα ή με χειρουργικές επεμβάσεις (Heward, 2011; Kwan & Brodie, 2000). Αυτές που παρουσιάζονται πριν το 2^ο έτος της ηλικίας σημαίνουν ότι πρόκειται για εξελικτική διαταραχή και αυτές που παρουσιάζονται μετά το 2^ο έτος της ηλικίας σημαίνουν ότι πρόκειται για οργανική βλάβη (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995). Η επιληψία δεν έχει παρόμοια εμφάνιση συμπτωμάτων σε όλα τα άτομα. Σύμφωνα με την Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2019), η επιληψία επηρεάζει περίπου το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού και είναι απαραίτητη η σωστή διάγνωση για την πρόληψη και την αντιμετώπισή της. Η επιληψία διακρίνεται στις εξής μορφές:

- *Μικρή επιληψία ή αλλιώς αφαιρετική κρίση:* Η λιγότερο σοβαρή μορφή επιληψίας και πιο συχνή. Συμβαίνει ακόμα και 100 φορές την ημέρα σε κάποια παιδιά. Το παιδί χάνει τη συνείδησή του για μικρό χρονικό διάστημα (έως 1 λεπτό), ανοιγοκλείνει τα μάτια του, έχει κενό βλέμμα, αλλάζει το χρώμα του προσώπου του και μπορεί να ρίξει αυτό που

κρατάει. Τέλος, το παιδί μπορεί να θυμηθεί πλήρως την επιληπτική κρίση που υπέστη (Heward, 2011).

- *Απλή εστιακή κρίση*: Ο ασθενής κάνει ξαφνικές και απότομες κινήσεις χωρίς να χάνει τις αισθήσεις του. Μπορεί να συμβεί δυο φορές το χρόνο ή μπορεί να επαναλαμβάνεται εβδομαδιαίως ή μηνιαίως (Heward, 2011).
- *Σύνθετη εστιακή κρίση ή αλλιώς ψυχοκινητική επιληψία*: Παρουσιάζεται πιο σπάνια σε παιδιά και πιο συχνά στα ενήλικα άτομα. Το άτομο συμπεριφέρεται αλλόκοτα, καθώς μπορεί να μείνει στάσιμο, να τρέξει, να φωνάζει κ.ά. (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995). Το άτομο έχει πλήρη απώλεια συνείδησης χαρακτηρίζεται από πλατάγισμα των χειλιών. Η διάρκεια της επιληπτικής κρίσης είναι μέχρι 3 λεπτά (Heward, 2011).

Η επιληψία μπορεί να διακριθεί σε μερική και γενικευμένη. Ακόμα υπάρχει και άλλη μία διάκριση της επιληψίας: η γενικευμένη και η μερική. Στην μερική επιληψία οι εκκενώσεις αρχίζουν από ένα συγκεκριμένο σημείο και επιδρούν σε μόνο ένα τμήμα του εγκεφάλου. Στην γενικευμένη επιληψία οι εκκενώσεις πραγματοποιούνται σε μεγάλο μέρος του εγκεφάλου.

- ❖ *Δισχιδής ράχη (spina bifida)*: Είναι μια εγγενής νευρολογική διαταραχή. Υπάρχει ατελής ανάπτυξη της σπονδυλικής στήλης. Δεν κλείνει πλήρως το οπίσθιο τμήμα της σπονδυλικής στήλης, δημιουργώντας μια σχισμή. Είναι μια κατάσταση κατά την οποία ο σπόνδυλος δεν περιβάλλει τον νωτιαίο μυελό και ένας μέρος του δεν παρουσιάζει φυσιολογική ανάπτυξη. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια μέχρι πολύ έντονα (Liptak, 2007; National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019). Η σοβαρότητα της δισχιδούς ράχης εξαρτάται από το επίπεδο της σπονδυλικής στήλης που επηρεάζεται και τις ενδεχόμενες συνοδευτικές επιπλοκές, όπως η παράλυση ή τα προβλήματα με την ούρηση και την κίνηση (Kees & Medarov, 2015).

Υπάρχουν τρεις (3) τύποι δισχιδούς ράχης:

- ✓ *Λανθάνουσα δισχιδής ράχη*: Είναι μια κατάσταση, κατά την οποία οι σπόνδυλοι του κάτω μέρους της σπονδυλικής στήλης εμφανίζουν κάποιο είδος δυσμορφίας. Είναι μια ασθένεια η οποία δεν παρουσιάζει άμεσα ορατά και σοβαρά συμπτώματα. Οι ασθενείς δεν εμφανίζουν

σοβαρές κινητικές δυσκολίες, αφού η βλάβη στη σπονδυλική στήλη είναι ακόμα σε λανθάνον στάδιο. Περίπου 10% του πληθυσμού παρουσιάζει λανθάνουσα δισχιδή ράχη (Liptak, 2007; Bagg & Gaffney, 2001).

- ✓ *Μηνιγγοκήλη:* Αναφέρεται στην πρόπτωση των μηνίγγων (προστατευτικά επιστρώματα εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού) μέσα από ένα άνοιγμα στο κρανίο. Σύμπτωμα θα μπορούσε να είναι η ύπαρξη υγρού σε συγκεκριμένα σημεία της βλάβης από την πρόπτωση των μηνίγγων (ελαστικά προστατευτικά επιστρώματα που περιβάλλουν τον νωτιαίο μυελό). Είναι από τις πλέον συχνότερες νευρικές διαταραχές και μπορεί να γίνει με ή χωρίς νευρολογικές βλάβες (Reynolds & Moore, 2005; Τζούδα, 2005).
- ✓ *Μυελομηνιγγοκήλη:* Είναι από τις πιο σοβαρές μορφές δισχιδούς ράχης, κατά την οποία ο νωτιαίος μυελός, οι νευρικές ρίζες και τα μηνίγγια προεξέχουν. Μπορεί να προκαλέσει σοβαρές κινητικές και αισθητηριακές λειτουργίες και αναπτυξιακή καθυστέρηση. Έχει συνδεθεί επίσης με την υδροκεφαλία (Hernandez et al., 2012; Liptak, 2007).
- ❖ *Ορθοπεδικές και μυοσκελετικές διαταραχές:* Συγγενείς αναπηρίες και ασθένειες όπως η φυματίωση των οστών και οι ακρωτηριασμοί από εγκαύματα. Οι συγγενείς ορθοπεδικές και μυοσκελετικές διαταραχές είναι οι παρακάτω (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995):
 - ✓ *Φωκομέλεια:* Σπάνια συγγενής ανωμαλία, όπου λείπουν οι βραχίονες, οι κνήμες και οι μηροί, με αποτέλεσμα τα πόδια να συνδέονται απευθείας με τον κορμό σαν τα πτερύγια της φώκιας. Η φωκομέλεια οφείλεται σε γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες (έκθεση σε τερατογόνες ουσίες όπως η θαλιδομίδη κατά την διάρκεια της κύησης) (Moore et al., 2019).
 - ✓ *Συνδακτυλία:* Ένωση 2 και πλέον δαχτύλων στα χέρια ή στα πόδια. Μπορεί να αποτελεί μέρος του συνδρόμου Apert ή του συνδρόμου Poland. Οφείλεται σε γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες (Stevenson et al., 2006). Επηρεάζει πιο συχνά τα χέρια και η συχνότητα εμφάνισης είναι περίπου 1 στις 2.000-3.000 γεννήσεις (Jones et al., 2013).

- ✓ Παραμορφώσεις και ελλείψεις μελών του σώματος
- ✓ *Ραιβοποδία (clubfoot ή talipes equinovarus)*: Εκ γενετής δυσμορφία του ποδιού και οφείλεται στην κακή στάση του εμβρύου μέσα στην κοιλιά της μητέρας. 1 στα 1000 παιδιά γεννιούνται με ραιβοποδία, καθιστώντας την από τις πλέον συχνότερες συγγενείς παραμορφώσεις. Μπορεί να αντιμετωπιστεί, εάν διαγνωστεί έγκαιρα. Εάν δεν διαγνωστεί εγκαίρως μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες στη βάδιση και σε διάφορες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις (Dobbs & Gurnett, 2009).
- ✓ *Ραιβόκρανο (torticollis ή wry neck)*: Το κεφάλι κλίνει μόνιμα πλάγια είτε προς τη μία πλευρά είτε προς την άλλη, ενώ το πιγούνι στρέφεται προς την αντίθετη κατεύθυνση. Το ραιβόκρανο μπορεί να οφείλεται είτε σε γενετικούς είτε σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Cote et al., 2005).
- ✓ *Βλαιοποδία (pes valgus)*: Παραμόρφωση των κάτω άκρων, κατά την οποία η φτέρνα εκτρέπεται προς τα έξω και το εσωτερικό τμήμα του ποδιού έρχεται πιο συχνά σε επαφή με το έδαφος. Μπορεί να οδηγήσει και σε πλατυποδία (Mosca, 2014).
- ✓ *Ιπποποδία (pes equinus)*: Παραμόρφωση των κάτω άκρων. Το άτομο δεν μπορεί να ακουμπήσει με την φτέρνα του το έδαφος εξαιτίας της μεγάλης πελματιαίας κάμψης στην περιοχή του αστραγάλου. Η βάδιση γίνεται με στήριξη μόνο στα μετατάρσια ή στις άκρες των δαχτύλων (Böhm et al., 2016).
- ✓ *Χονδροδυστροφία*: Ανήκει στην ομάδα των γενετικών διαταραχών και επηρεάζει την ανάπτυξη των οστών και του χόνδρου. Υπάρχουν προβλήματα στο σχηματισμό των άκρων, στα οστά και στην σπονδυλική στήλη. Η χονδροδυστροφία μπορεί να οδηγήσει σε δυσπλασία και σε χαμηλό ανάστημα (Hall, 2002). Προκαλείται από γονιδιακές μεταλλάξεις. Ένα από αυτά τα γονίδια είναι το FGFR3 (σύνδρομο αχονδροπλασίας), γονίδιο που επηρεάζει την δημιουργία κολλαγόνου (Rimoin et al., 2013).

Μερικές από τις επίκτητες ορθοπεδικές και μυοσκελετικές διαταραχές είναι η μυϊκή δυστροφία, η αιμοφιλία (αιμορροφιλία), η πολιομυελίτιδα και η νεανική αρθρίτιδα, οι οποίες περιγράφονται παρακάτω (Κρουσταλάκης, 2004; Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995):

- ❖ Μυϊκή δυστροφία: Μυϊκή δυστροφία είναι μια ομάδα γενετικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από προοδευτική απώλεια μυϊκής μάζας και δύναμης. (Heward, 2011). Υπάρχουν πολλά είδη μυϊκής δυστροφίας που προσβάλλουν ή μόνο τους άνδρες ή μόνο τις γυναίκες ή και τα δύο φύλα. Οι πιο συνηθισμένες μυϊκές δυστροφίες είναι η κακοήθης *μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne* και η *μυϊκή δυστροφία τύπου Becker* (Τζούδα, 2005).
 - ✓ *Μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne (DMD):* Προσβάλλει μόνο τα αγόρια με συχνότητα 1 ανά 3500 γεννήσεις. Είναι η πιο κοινή και σοβαρή μορφή μυϊκής δυστροφίας (Best, 2005). Εμφανίζεται στο 2^ο έτος της ηλικίας και αναπτύσσεται πολύ γρήγορα. Προκαλείται από μετάλλαξη του γονιδίου της δυστροφίνης, που βρίσκεται στο X χρωμόσωμα, και είναι αναγκαίο για τη λειτουργία των κυττάρων στους μυς. Χαρακτηριστικά της ασθένειας είναι η λόρδωση, η κυφοσκολίωση, η μυοκαρδιοπάθεια, «το βάδισμα της πάπιας», η λέπτυνση των μακρών οστών και η δυσκολία ανέγερσης από το έδαφος μετά το ξάπλωμα. Επίσης, οι μύες στην περιοχή της κνήμης είναι αρκετά μεγάλοι. Το παιδί δυσκολεύεται στο τρέξιμο και στο ανέβασμα στα σκαλοπάτια. Το παιδί μέσα σε λίγα μόλις χρόνια καθιλώνεται σε αναπηρικό αμαξίδιο και μετά από 20-25 χρόνια επέρχεται ο θάνατος λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004; Bushby et al., 2010).
 - ✓ *Μυϊκή δυστροφία τύπου Becker (BMD):* Γενετική διαταραχή που είναι λιγότερο σοβαρή από την προηγούμενη. Έχει παρόμοια συμπτώματα με τη μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne. Επιτίθεται σε αγόρια κυρίως στα τέλος της εφηβικής ηλικίας και έως τα 20 έτη. Προκαλείται και αυτή από μεταλλάξεις στο χρωμόσωμα X στο γονίδιο της δυστροφίνης. Ωστόσο εδώ υπάρχει μερική παραγωγή της πρωτεΐνης της δυστροφίνης, σε αντίθεση με την Μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne (DMD), όπου υπάρχει πλήρης απουσία της δυστροφίνης. Δεν θεραπεύεται αλλά μπορεί να προληφθεί μέσα από την διαδικασία εξέτασης του DNA (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004; Kunkel, 2005; Ferlini et al., 2005).
- ❖ Αιμοφιλία ή Αιμορροφιλία: Η αιμοφιλία είναι μια από τις πιο κοινές κληρονομικές διαταραχές του αίματος που εμφανίζεται κυρίως στους άνδρες, καθώς μεταδίδεται από τη μητέρα. Οι γυναίκες συνήθως είναι φορείς αλλά δεν εκδηλώνουν την ασθένεια. Σε αυτή την κατάσταση, το

αίμα δεν πήζει σωστά, με αποτέλεσμα να προκαλούνται ανεξέλεγκτες αιμορραγίες. Αν οι αιμορραγίες εμφανιστούν στις αρθρώσεις, μπορεί να περιορίσουν την κινητικότητα του ατόμου και να οδηγήσουν σε κινητική αναπηρία. Διακρίνεται σε 2 τύπους: την αιμοφιλία Α (έλλειψη του παράγοντα VIII) και την αιμοφιλία Β (έλλειψη του παράγοντα IX). Μερικά από τα συμπτώματα είναι: ακατάσχετη αιμορραγία, αιμορραγία στις αρθρώσεις, στη μύτη και στα ούλα, επώδυνοι μώλωπες κ.ά.. (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995; Hilgartner & Tizard, 2010; National Hemophilia Foundation, 2008).

- ❖ Πολιομυελίτιδα: Η ασθένεια αυτή εξαπλώθηκε κατά τη δεκαετία του 1950. Είναι μολυσματική ασθένεια και προκαλείται από τον ιό της πολιομυελίτιδας, που επιτίθεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στον νωτιαίο μυελό. Στις μέρες μας λόγω των εμβολιασμών έχει σχεδόν εκλείψει. Ο ιός προκαλεί παράλυση των άκρων. Η εξάπλωσή της γίνεται με το μολυσμένο νερό και τα τρόφιμα. Η πάθηση δεν έχει επίδραση στη νοημοσύνη των ατόμων που προσβάλλει. Ανάμεσα στα κύρια συμπτώματά της περιλαμβάνονται η σπαστικότητα, η παράλυση, οι σκελετικές ανωμαλίες και η μυϊκή αδυναμία (Τζούδα, 2005; Heward, 2011; Liptak, 2007)
- ❖ Νεανική αρθρίτιδα: Φλεγμονώδης νόσος που επιτίθεται στα παιδιά και τους εφήβους προκαλώντας πόνο στις αρθρώσεις. Η αιτία εμφάνισής της είναι άγνωστη. Συμπτώματα της ασθένειας είναι τα παρακάτω: πόνος, πρήξιμο και περιορισμός στην κίνηση των αρθρώσεων των χεριών των αγκώνων και των γονάτων. Χαρακτηριστικά της γνωρίσματα η μυϊκή ατροφία, τα πρηξίματα και ο πόνος στις αρθρώσεις, προβλήματα στο περπάτημα και δυσκαμψία. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη (Βάσιος και συν., 2006; Petty et al., 2004; Wedderburn, 2008).
- ❖ Νωτιαία μυϊκή ατροφία (Spinal Muscular Atrophy, SMA): Πρόκειται για μια γενετική νόσο των κατώτερων κινητικών νευρώνων που βρίσκονται στον νωτιαίο μυελό με συνέπεια την σταδιακή ατροφία των μυών. Προκαλείται από τη κακή λειτουργία ή την έλλειψη του γονιδίου (SMN1). Αυτό το γονίδιο παράγει μια πρωτεΐνη που ρυθμίζει τη λειτουργία των κατώτερων κινητικών νευρώνων του νωτιαίου μυελού. Πρώτα πλήττονται οι μύες που ελέγχουν την αναπνοή και την

κατάποση. Οι ασθενείς παρουσιάζουν επίσης προβλήματα στη βάδιση και στο κράτημα αντικειμένων (Finkel et al., 2017; Mercuri et al., 2020).

Η νόσος αυτή διακρίνεται σε *τρεις (3)* υποκατηγορίες:

- ✓ *Ο τύπος 1 (νόσος των Werding-Hoffman):* Σοβαρή εκφυλιστική διαταραχή που επιτίθεται στα κινητικά νευρικά κύτταρα. Προκαλείται από μετάλλαξη στο γονίδιο SMN1. Τα βρέφη παρουσιάζουν έντονη μυϊκή αδυναμία και δυσκολία αναπνοής από τους πρώτους μήνες ζωής τους. Σοβαρές μορφές της νόσου μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο από τα δύο πρώτα κιόλας έτη της ζωής. Το κλάμα τους δεν είναι δυνατό και τα περισσότερα παιδιά με αυτόν τον τύπο πεθαίνουν από πολύ νωρίς, μόλις στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους λόγω ανεπάρκειας του αναπνευστικού τους συστήματος. Αποτελεί τον πιο σοβαρό τύπο νωτιαίας μυϊκής ατροφίας. Τα τελευταία χρόνια η ιατρική έχει ανακαλύψει νέες μεθόδους για την αντιμετώπιση αυτού του τύπου (Finkel et al., 2017; Mercuri et al., 2020).
- ✓ *Ο τύπος 2 (ενδιάμεσος τύπος):* Πρόκειται για λιγότερο σοβαρό τύπο από τον τύπο 1. Τα παιδιά κατορθώνουν να καθίσουν, αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον κινητικό τομέα και γενικότερα στην κατάκτηση κινητικών δεξιοτήτων. Η νόσος εκδηλώνεται μεταξύ 6-18 μηνών. Αποκτούν σταδιακά σκολίωση και εμφανίζουν λοιμώξεις στο αναπνευστικό τους σύστημα. Η SMA τύπου 2 δημιουργείται από μετάλλαξη στο γονίδιο SMN1. Τα άτομα με την SMA τύπου 2 μπορούν να ζήσουν έως την ενήλικη ζωή, αλλά με πολλά κινητικά και αναπνευστικά προβλήματα. Τέλος η ασθένεια έχει εξελιχθεί με τη χρήση γονιδιακής θεραπείας (π.χ., nusinersen) (Mercuri et al., 2018; Finkel et al., 2020).
- ✓ *Ο τύπος 3 (νόσος των Wohlfart - Kugelberg - Welander):* Πρόκειται για γενετική νευρομυϊκή διαταραχή. Είναι η λιγότερο σοβαρή από όλες και πιο αργή. Οι πρώτες ενδείξεις της νόσου γίνονται αντιληπτές στην παιδική και την εφηβική ηλικία. Επηρεάζει τους μυς στα πόδια και στα χέρια. Τα άτομα με αυτόν τον τύπο εμφανίζουν μικρά προβλήματα στην κίνηση, όπως

μικρή δυσκολία στις σκάλες ή στο περπάτημα. Δεν έχει βρεθεί ακόμα η θεραπεία ούτε γι' αυτόν τον τύπο, παρά μόνο υποστηρικτικές θεραπείες που μειώνουν τα συμπτώματα (Hedlund, 2019; Stojkovic & Chabrol, 2014).

- ❖ Κακώσεις νωτιαίου μυελού: Πρόκειται για τραυματισμό στα νεύρα του νωτιαίου μυελού. Ο μυελός μπορεί να τραυματιστεί από υπερέκταση της σπονδυλικής στήλης (π.χ. τροχαίο ατύχημα), σε σπονδυλικά κατάγματα ή τραύμα ου υπήρξε διείσδυση (π.χ. από πυροβολισμό). Ο τραυματισμός μπορεί να είναι είτε ανοιχτός είτε κλειστός. Στην πρώτη περίπτωση το δέρμα του σώματος είναι ανοιχτό, ενώ στη δεύτερη περίπτωση το δέρμα μένει ανέγγιχτο. Επιπλέον ενδέχεται να οφείλονται σε πράξεις βίας, σε πτώσεις και σε αθλήματα (National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2006). Όσο πιο ψηλά στη σπονδυλική στήλη είναι η κάκωση τόσο μεγαλύτερη είναι και η παράλυση. Η περιοχή του λαιμού έχει τις πιο σοβαρές συνέπειες όπως η τετραπληγία. Οι κακώσεις σε χαμηλά σημεία της σπονδυλικής στήλης μπορεί να οδηγήσει σε παράλυση των κάτω άκρων (παραπληγία). Οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού μπορούν να προκαλέσουν παράλυση, αναπνευστικά προβλήματα, αλλαγές στην αίσθηση και διαταραχές της αυτόνομης λειτουργίας (Hill, 1999; Furlan et al., 2009; Kumar et al., 2017).
- ❖ Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις: Αυτές οι κακώσεις προσβάλλουν τον εγκέφαλο ή το κρανίο γενικότερα και προέρχονται από χτυπήματα στο κεφάλι που είναι δυνατόν να επιφέρουν ολική ή μερική αναπηρία. Αυτές οι κακώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε κινητικές δυσκολίες και να επηρεάσουν το συναίσθημα και την νοημοσύνη. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το σημείο του χτυπήματος και μπορούν να δημιουργηθούν από απλοί μώλωπες έως και σοβαρές διαταραχές της νοημοσύνης ή και παράλυση. Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις οφείλονται σε πρωτογενή κάκωση (διασχιστικές βλάβες, αξονική κάκωση, φλοϊκές θλάσεις) και σε δευτερογενή κάκωση (ισχαιμικά επεισόδια, αιματώματα στο κεφάλι, μώλωπες κ.ά.) (Βάσιος και συν., 2006; McCrea & Guskiewicz, 2008; Kretzschmar & Salazar, 2012; Yorkston et al., 2010).

- ❖ Αρθρογρύπωση (arthrogryposis): Γενετική εκφυλιστική διαταραχή του ωτιαίου μυελού και των αρθρώσεων. Είναι χρόνια ασθένεια και προκαλεί δυσκαμψία στις αρθρώσεις του σώματος, μυϊκή αδυναμία, περιορισμένη κινητικότητα. Η αρθρογρύπωση οφείλεται σε μεταλλάξεις που επηρεάζουν την μυϊκή ανάπτυξη (Βάσιος και συν., 2006; Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004; McAdam, 2013; Lloyd-Roberts et al., 2010).
- ❖ Ατελής οστεογένεση (Osteogenesis Imperfecta – OI): Γενετική διαταραχή, χαρακτηριστικό της οποίας είναι η αυξημένη ευθραυστότητα των οστών, καθώς αυτά σπάνε πολύ εύκολα, λόγω αδυναμίας της σύνθεσης κολλαγόνου που αποτελεί το κύριο πρωτεϊνικό συστατικό του οστικού ιστού. Μία από τις πιο συνήθεις κληρονομικές γενετικές παθήσεις του συνδετικού ιστού, κατά την οποία τα οστά σπάνε εύκολα. Υπάρχουν τέσσερις (4) τύποι ατελούς οστεογένεσης (Τύπος I, II, III, IV), με τον τύπο I να είναι ο πιο ελαφρύς και κοινός. Ο τέταρτος τύπος παρουσιάζει λιγότερα κατάγματα και μικρότερη ευθραυστότητα. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν μπλε μάτια, προβλήματα στα δόντια, απώλεια ακοής και την σπονδυλική στήλη. Η ασθένεια είναι ανίατη. Παρ' όλα αυτά η πρόωπη διάγνωση μπορεί να βελτιώσει τη ζωή του ατόμου με την παραπάνω πάθηση (Sillence et al., 1979; Forlino et al., 2012; Αντωνίου, 2008).
- ❖ Αχονδροπλασία (Achondroplasia): Είναι μια γενετική διαταραχή και είναι η πιο συνηθισμένη αιτία νανισμού (ICD-10, Q77.4). Οφείλεται σε μια μετάλλαξη στο γονίδιο FGFR3 (Fibroblast Growth Factor Receptor 3). Υπάρχουν ανωμαλίες στην ανάπτυξη του χόνδρου και του οστού, ενώ το ζήτημα δεν είναι η δημιουργία χόνδρων αλλά η μετατροπή τους σε οστά, κυρίως σε μακρά οστά. Το ύψος των ασθενών με αχονδροπλασία είναι περίπου το μισό του μέσου όρου του γενικού πληθυσμού και υπάρχουν βλάβες στη σπονδυλική στήλη. Άλλα χαρακτηριστικά αυτής της νόσου είναι μικρά άκρα, σκολίωση, τ νανισμός, μειωμένος μυϊκός τόνος, μεγαλοκεφαλία, μειωμένη ανάπτυξη του μέσου τμήματος του προσώπου (υποπλασία) και προεξοχή του μετώπου. Είναι κληρονομική ασθένεια και μεταδίδεται με τον αυτοσωματικό επικρατούν τύπο κληρονομικότητας. Αυτό σημαίνει ότι

το παιδί έχει 50% πιθανότητα να εμφανίσει την παραπάνω διαταραχή. Η πλειονότητα των ατόμων με αχονδροπλασία παρουσιάζουν φυσιολογική νοημοσύνη και έχουν σημαντικές προοπτικές ανεξαρτησίας (Horton et al., 1991; Martínez-Fernández et al., 2008).

- ❖ Αναπτυξιακή Διαταραχή του Κινητικού Συντονισμού ή Κινητική αδεξιότητα: Αποτελεί μια από τις 6 πιο συνήθεις αναπτυξιακές διαταραχές κατά την παιδική ηλικία. Τα παιδιά με αυτήν την διαταραχή αντιμετωπίζουν προβλήματα σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως το γράψιμο, το άλμα και το τρέξιμο. Επίσης, παρουσιάζουν κακή φυσική κατάσταση, προβλήματα συμπεριφοράς, χαμηλή αυτοεκτίμηση και κοινωνική απομόνωση. Η παραπάνω διαταραχή είναι ισόβια, ξεκινά από την παιδική ηλικία και δεν ξεπερνιέται στον χρόνο. Τα άτομα με κινητική αδεξιότητα έχουν ως επί το πλείστον φυσιολογική νοημοσύνη και διαγιγνώσκεται από την χαμηλή κινητική ανάπτυξη που παρουσιάζει ο μαθητής σε σχέση με την ηλικία του. Τα άτομα με κινητική αδεξιότητα παρουσιάζουν έναν ή παραπάνω παράγοντες επικινδυνότητας όπως πρόωρη γέννηση και άλλες συγγενείς διαταραχές (Wall et al., 1990; Καϊλα & Φιλίππου, 1997; Pine et al., 2010; Zwicker et al., 2012).
- ❖ Ακρωτηριασμοί: Αφορά την απώλεια ενός μέλους ή μέρους του σώματος, η οποία μπορεί να προκύψει λόγω τραυματισμού, βλάβης σε κάποιο αγγείο ή την παρουσία όγκου. Αυτή η κατάσταση ενδέχεται να προκαλέσει μυϊκή αδυναμία καθώς και μια σειρά από ψυχολογικές δυσκολίες (Βάσιος και συν., 2006; Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004).
- ❖ Παραμορφώσεις σπονδυλικής στήλης (*σκολίωση, λόρδωση, κύφωση, σπονδυλόλυση, σπονδυλολίσθηση*).

Αναφέρθηκαν παραπάνω οι πιο συχνές και σημαντικές μορφές κινητικής αναπηρίας. Αυτές είναι μερικές από τις καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε κινητική ή σωματική αναπηρία και αποτελούν τις κύριες αιτίες για την εμφάνισή της. Ορισμένες κινητικές αναπηρίες είναι ήπιας έντασης, ενώ άλλες μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρές. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν και άλλοι τύποι κινητικής αναπηρίας που πλήττουν τον ανθρώπινο οργανισμό. Ωστόσο, η

καταγραφή και η περιγραφή όλων των τύπων κινητικής αναπηρίας είναι εξαιρετικά δύσκολη, γι' αυτό και περιγράφηκαν οι πιο σημαντικοί.

7.3. Χαρακτηριστικά ατόμων με κινητική/σωματική αναπηρία

Ο πληθυσμός των ατόμων με κινητική αναπηρία ποικίλλει ανάλογα με την φύση της αναπηρίας. Λόγω της περιπλοκότητας που παρουσιάζουν οι κινητικές αναπηρίες, περιγράφονται μόνο τα γενικά χαρακτηριστικά χωρίς να δίνονται λεπτομέρειες. Άλλες σωματικές αναπηρίες είναι ήπιες, άλλες πιο σοβαρές, άλλες συνοδεύονται από νοητική υστέρηση και άλλες όχι. Οι διεθνείς πηγές αναφέρουν ότι υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά και τάσεις, που αναφέρονται παρακάτω.

Η κοινωνικοσυναισθηματική εξέλιξη των ατόμων με σωματική αναπηρία επηρεάζεται από την στάση της οικογένειας και από το αν αποδέχονται οι γονείς την αναπηρία των παιδιών τους (Finnie, 2009). Συνήθως τα παιδιά με σωματική αναπηρία είναι αδιάφορα και απαθή, ενώ είναι κοινωνικά αποκλεισμένα εκδηλώνοντας επιθετικές συμπεριφορές. Τέλος, η κινητική αναπηρία δεν συνδέεται πάντα με την νοητική υστέρηση (Πολυχρονοπούλου, 2003).

Τα άτομα με επίκτητη σωματική αναπηρία (τραυματισμός ή ασθένεια) παρουσιάζουν περισσότερο άγχος από ότι τα άτομα με συγγενή κινητική αναπηρία. Αυτό οφείλεται γιατί καλούνται να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες και να αλλάξουν τους στόχους τους, ενώ τα άτομα με εκ γενετής κινητική αναπηρία έχουν αποδεχτεί την αναπηρία τους και έχουν συνηθίσει σε αυτόν τον τρόπο ζωής. Τα άτομα με σωματικές αναπηρίες δυσκολεύονται να αναπτύξουν θετική αυτοεικόνα, λόγω του αναπηρικού αμαξιδίου που χρησιμοποιούν, λόγω της ακράτειας, της έκκρισης σάλιου κ.ά.. Τα παραπάνω εξωτερικά χαρακτηριστικά μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνική απομόνωση, παραγκωνισμό και χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεικόνα. Τα άτομα με κινητικά προβλήματα ανησυχούν για την εξωτερική τους εμφάνιση και για τη σχέση τους με τους συνομηλίκους τους πολύ περισσότερο από τα άτομα χωρίς κάποια αναπηρία (Shields et al., 2006). Η στοχοπροσήλωσή τους για να

πετύχουν αυτό που επιθυμούν θα ενισχύσει την ανεξαρτησία τους και την κοινωνική τους ικανότητα (Mackay et al., 2011).

Τα άτομα με σωματική αναπηρία νιώθουν συχνά μοναξιά, κατάθλιψη και άγχος, ενώ παρουσιάζουν και μειωμένη ευεξία (Livingston et al., 2007; Kef & Bos, 2006; Kennedy et al., 2003; Tzonichaki & Kleftras, 2002). Τα παραπάνω άτομα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αυτοκτονικές τάσεις, λόγω της συστηματικής παραμέλησης που υφίστανται. Τα ποσοστά είναι πέντε φορές παραπάνω από αυτό που συμβαίνει στον γενικό πληθυσμό (Dijkers, 2005). Εν κατακλείδι, τα άτομα με σωματική αναπηρία δυσκολεύονται στην ανεύρεση εργασίας, συναντούν πολλά εμπόδια και υφίστανται υποτίμηση από τους εργοδότες, οι οποίοι τους αποφεύγουν λόγω της αναπηρίας τους (Κλεφταράς, 2007).

Η ανεξαρτησία και η αυτονομία των εφήβων σχετίζεται με την ανάληψη ευθυνών, την λήψη αποφάσεων και την διαίωνιση της υποστήριξης από τον κοινωνικό περίγυρο (Grittenden, 1990). Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα άτομα με αναπηρίες στερούνται αυτονομίας και πρωτοβουλίας (Wang & Dovidio, 2011). Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με εγκεφαλική παράλυση παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο αυτονομίας, λόγω της περιορισμένης τους κινητικότητας (Voorman et al., 2010). Υπάρχουν έρευνες που αναφέρουν ότι τα άτομα με σοβαρές κινητικές αναπηρίες στερούνται αυτοπροσδιορισμού, ενώ τα κατατάσσουν σε χαμηλότερη κοινωνική θέση, επειδή προκαλούν συναισθήματα οίκτου και συμπόνιας (Brown & Gothelf, 1996; Cuddy et al., 2007). Η αυτονομία συνδέεται επίσης με την αποκατάσταση. Όσο μεγαλύτερη είναι η αυτονομία ενός παιδιού, τόσο μεγαλύτερη είναι η ευημερία του και μικρότερη η δυσφορία του (Deci & Ryan, 2008). Επίσης, τα άτομα με αυτονομία, χρειάζονται πολλές φορές μεγαλύτερες προσπάθειες προκειμένου να αποκατασταθούν (Deci & Ryan, 1985). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι επιλογές που απορρέουν από τον αυτοπροσδιορισμό και βασίζονται στην εσωτερική ικανότητα ελέγχου της συμπεριφοράς, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες κινητοποίησης για δράση. Εν ολίγοις, η αυτονομία σχετίζεται με την ανάληψη της ευθύνης και την διαχείριση της συμπεριφοράς, χωρίς την ύπαρξη εξωτερικής παρέμβασης (Czikszenmihalyi, 1975).

Η καλλιέργεια της αυτονομίας στα παιδιά με κινητική αναπηρία ενδέχεται να συμβάλλει στην συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή. Αυτό

επιτυγχάνεται μέσω της αυτοπραγμάτωσης, δηλαδή της δεξιότητας να ικανοποιούν τις ανάγκες τους χωρίς την αναζήτηση βοήθειας (Vaičekauskaitė, 2006). Οι ευθύνες όμως βαρύνουν και τους ενήλικες, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος υποστήριξης (Kjorholt, 2004). Η αυτονομία συνδυάζει την αυτοεξυπηρέτηση, τον αυτοπροσδιορισμό και την προσωπική βελτίωση της υγείας (Guess et al., 2008). Η αυτονομία στα άτομα με αναπηρία γίνεται αντιληπτή μόνο σε συγκεκριμένα πλαίσια. Από έναν σύγχρονο ερευνητή εξετάστηκε η επίδραση της αυτονομίας σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση. Αποδείχτηκε ότι η αυτονομία αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της απόδοσής τους στον ακαδημαϊκό τομέα αλλά και στην καθημερινότητα. Τα παιδιά με μεγαλύτερο σκορ αυτονομίας εμφάνισαν καλύτερα αποτελέσματα και στους δυο παραπάνω τομείς (Elad et al., 2018). Επιπρόσθετα, έχει συνδεθεί η μειωμένη αυτονομία με την μειωμένη δεξιότητα βάδισης (Colver et al., 2015). Οι περιορισμοί στην κινητικότητα σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση επιδρούν αρνητικά στην αυτονομία (Janssen et al., 2010). Άλλα εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κινητική αναπηρία είναι ο υπερπροστατευτισμός των γονέων, ο οποίος δημιουργεί σχέσεις εξάρτησης και οδηγεί σε καθυστερημένη κοινωνική ανάπτυξη (Elad et al., 2018). Από την άλλη πλευρά, οι γονείς που επιδιώκουν να ενισχύσουν την αυτονομία των παιδιών τους συμβάλλουν στην δημιουργία κοινωνικών σχέσεων (McElhaney & Allen, 2001). Εκτός από τη βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων, η αυτονομία συμβάλλει και στην αύξηση της ακαδημαϊκής επίδοσης (Pomerantz et al., 2005).

Η αυτονομία απαιτεί την κατάλληλη διαχείριση. Η διαχείριση της συμπεριφοράς του ανθρώπου συνδέεται άμεσα με την κατανόηση της ηγεσίας. Οι Montana & Charnov (2011) θεωρούν ότι ηγεσία είναι η διαδικασία, σύμφωνα με την οποία ένα άτομο ασκεί επίδραση σε άλλα άτομα ώστε να επιτευχθούν οι επιδιωκόμενοι στόχοι. Το ερευνητικό ενδιαφέρον για την ηγεσία ξεκίνησε να αναπτύσσεται στις αρχές του 19ου αιώνα (Hendricks & Payne, 2007). Η διεθνής βιβλιογραφία εξετάζει το μέγεθος της επίδρασης των ηγετών προς τους εργαζόμενους ή ακολούθους τους. Χαρακτηριστικό των ηγετών και γενικότερα της ηγεσίας είναι η μεταλαμπάδευση του οράματος στους ακολούθους τους (Bass, 1990). Η ηγεσία θεωρείται μια από τις πιο απαιτητικές

και πολύπλοκες διαδικασίες στον εργασιακό χώρο και ο ικανός ηγέτης καλείται να έχει μια σειρά από δεξιότητες (Lichtenstein et al., 2006).

Τα σαράντα τελευταία χρόνια υιοθετήθηκε μια νέα προσέγγιση που ονομάστηκε αυτοδιαχείριση, η οποία υποστηρίζει ότι παρόλο που οι συμπεριφορά επηρεάζεται από εξωτερικές αιτίες, ο τελικός καθορισμός των δράσεων γίνεται από εσωτερικές δυνάμεις (Manz & Sims, 1980; Manz, 1986; Sims, 1980). Αργότερα, υιοθετήθηκε ο όρος «αυτοηγεσία» ο οποίος κέρδισε ευρεία αποδοχή (Neck & Houghton, 2006; Manz, 1983, 1986). Η αυτοηγεσία περιλαμβάνει την αυτοδιαχείριση, την αυτορρύθμιση, τον αυτοπροσδιορισμό και την αυτοπαρακίνηση. Επίσης, περιλαμβάνει στοιχεία της κοινωνικογνωστικής θεωρίας και αρκετά στοιχεία αυτοαποτελεσματικότητας (Houghton, 2000; Mills, 1983). Η παραπάνω προσέγγιση είναι μια διαδικασία αυτοαξιολόγησης και αυτοεπιρροής τόσο σε συμπεριφορικό όσο και σε γνωστικό επίπεδο. Αυτή η προσέγγιση αποσκοπεί στο να βελτιωθεί η απόδοση του συνόλου και να επιτευχθεί η ατομική επιτυχία (Houghton et al., 2012; Georgianna, 2007). Η παραδοσιακή ηγεσία επιτυγχάνει τους σκοπούς της μέσα από περιορισμούς του εσωτερικού κόσμου. Αντιθέτως, η αυτοηγεσία στηρίζεται στην αυτοπαρακίνηση και τον αυτοπροσδιορισμό, δίνοντας την ευκαιρία για ανεξάρτητη ατομική εξέλιξη (Georgianna et al., 2016).

Οι κινητικά ανάπηροι άνθρωποι μπορεί να θεωρηθούν ως ένα κοινωνικό σύνολο που μπορεί να παρομοιαστεί με εργαζόμενους σε έναν οργανισμό, με τον ηγέτη να είναι αυτός που θα αναλάβει τις κρίσιμες αποφάσεις. Στις μέρες μας θεωρείται απαραίτητο ότι οι εργαζόμενοι θα πάρουν μέρος στη λήψη αποφάσεων (Costello et al., 2002). Οι Stewart et al. (1999), θεωρούν ότι οι εργαζόμενοι οφείλουν να αναλαμβάνουν ευθύνες και να παίρνουν αποφάσεις. Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι και τα άτομα με κινητική αναπηρία θα πρέπει να αναλαμβάνουν ευθύνες και να καλλιεργούν δεξιότητες αυτοηγεσίας, καθώς συχνά οι αποφάσεις για τη ζωή τους αναλαμβάνονται από τρίτους. Τα τελευταία είκοσι χρόνια, η αυτοηγεσία έχει γίνει αρκετά δημοφιλής, καθώς αρκετοί ερευνητές έχουν εκπονήσει μελέτες γι' αυτήν (Choi, 2019; Ntshinila et al., 2021; Turkoz et al., 2013). Η αυτοηγεσία αποτελεί συνδυασμό της αυτοκατεύθυνσης και της αυτοπαρακίνησης (DiLiello & Houghton, 2006). Οι στρατηγικές της αυτοηγεσίας συμπεριλαμβάνουν την αυτοπαρακίνηση, η οποία στηρίζεται στην θεωρία κινήτρων (Deci, 1975; Neck & Houghton, 2006).

Παρά το γεγονός ότι τα κίνητρα θεωρούνται καθοριστικός παράγοντας για τη συμπεριφορά, δεν επαρκούν για να την ερμηνεύσουν πλήρως. Ο Kehr (2004), υποστηρίζει ότι η βούληση μπορεί να καλύψει το κενό που αφήνουν τα κίνητρα και τα συναισθήματα στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Η Georgianna (2007) επισημαίνει ότι οι στρατηγικές που εστιάζουν στη βούληση υπερβαίνουν τις απλές διαδικασίες καθορισμού στόχων, καθώς διευθύνουν την εφαρμογή των προθέσεων και καθορίζουν κρίσιμες παραμέτρους, όπως το πότε, το πού και το πώς θα υλοποιηθεί ένας στόχος. Ακολουθεί η παρουσίαση ενός θεωρητικού μοντέλου που αναλύει τη σχέση ανάμεσα στην αυτοηγετική συμπεριφορά, την αυτοαποτελεσματικότητα, τον στόχο προσανατολισμού και τη βούληση.

Τα άτομα με κινητική αναπηρία επιχειρούν να θεωρούνται ισότιμα μέλη της κοινωνίας, καθώς αποτελούν σημαντικό κομμάτι αυτής. Τα άτομα με και χωρίς κινητική αναπηρία έχουν ανάλογες ανησυχίες και σκέψεις και επιζητούν την αυτονομία κι την ανεξαρτησία, ώστε να μπορούν να επιλέγουν ελεύθερα. Η ανάγκη για την αυτόνομη λειτουργία των ατόμων με κινητική αναπηρία μπορεί να καλυφθεί μέσω της ανάπτυξης της αυτοηγεσίας, καθώς αυτή η διαδικασία επιτρέπει στα άτομα να διαχειρίζονται τη συμπεριφορά τους, η οποία επηρεάζεται και κατευθύνεται μέσω της εφαρμογής συγκεκριμένων στρατηγικών συμπεριφοράς και γνωστικών μεθόδων. Σε εργασιακά περιβάλλοντα, όπου ενθαρρύνεται η αυτονομία των εργαζομένων και η ανάληψη μεγαλύτερης ευθύνης (Prussia et al., 1998), οι στρατηγικές αυτοηγεσίας μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της αυτοκατεύθυνσης και της αυτοπαρακίνησης, επιτυγχάνοντας έτσι μια βελτιωμένη απόδοση (Neck & Houghton, 2006).

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

8.1. Σκοπός-Ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό να μελετήσει την επίδραση της γονεϊκής προσκόλλησης στη διαμόρφωση της προσωπικότητας παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία και την συμβολή της γονεϊκής προσκόλλησης και της προσωπικότητας των παιδιών στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων και προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψιν τόσο τα χαρακτηριστικά των παιδιών όσο και τα χαρακτηριστικά των γονέων. Τα ερευνητικά ερωτήματα που θα απαντήσει η παρούσα διδακτορική διατριβή είναι τα παρακάτω:

- 1) Ποιος είναι ο τύπος γονεϊκής προσκόλλησης των παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία και ποιες διαφορές εντοπίζονται σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης;*
- 2) Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών με οπτική, κινητική και ακουστική αναπηρία και ποιες διαφορές εντοπίζονται σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης;*
- 3) Ποιες είναι οι στρατηγικές που επιλέγουν τα παιδιά με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους και ποιες διαφορές εντοπίζονται σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης;*
- 4) Ποιοι παράγοντες επιδρούν στην γονεϊκή προσκόλληση των παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία;*
- 5) Ποιοι παράγοντες επιδρούν στην διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία;*
- 6) Ποιοι παράγοντες επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους;*

8.2. Πρωτοτυπία έρευνας

Η πρωτοτυπία της παρούσας έρευνας έγκειται στην εστίασή της στη σχέση μεταξύ γονεϊκής προσκόλλησης, διαμόρφωσης προσωπικότητας και στρατηγικών

αντιμετώπισης προβλημάτων σε παιδιά με οπτικές, ακουστικές και κινητικές αναπηρίες. Παρά το γεγονός ότι αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει τη γονεϊκή προσκόλληση σε παιδιά με αναπηρίες, η πλειοψηφία των ερευνών επικεντρώνεται σε παιδιά με διανοητικές ή αναπτυξιακές διαταραχές (Howe, 2006). Ωστόσο, η επίδραση της γονεϊκής σχέσης σε παιδιά με αισθητηριακές ή σωματικές αναπηρίες παραμένει λιγότερο μελετημένη, δημιουργώντας ένα βιβλιογραφικό κενό ιδιαίτερος για τον Ελλαδικό χώρο. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη δεν επικεντρώνεται αποκλειστικά στη γονεϊκή προσκόλληση, αλλά εξετάζει τη σύνδεση μεταξύ συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας, όπως η προσήνεια, η εξωστρέφεια, η διανοητική ανάπτυξη, η συναισθηματική αντιδραστικότητα και η ευσυνειδησία – και των στρατηγικών που υιοθετούν τα παιδιά με αναπηρίες για την αντιμετώπιση προβλημάτων. Παρότι προηγούμενες μελέτες έχουν διερευνήσει πώς η προσωπικότητα συνδέεται με την ψυχολογική προσαρμογή παιδιών με αναπηρίες (Soto et al., 2011), η σύνδεση της προσωπικότητας με την επιλογή συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων παραμένει ανεξερεύνητη.

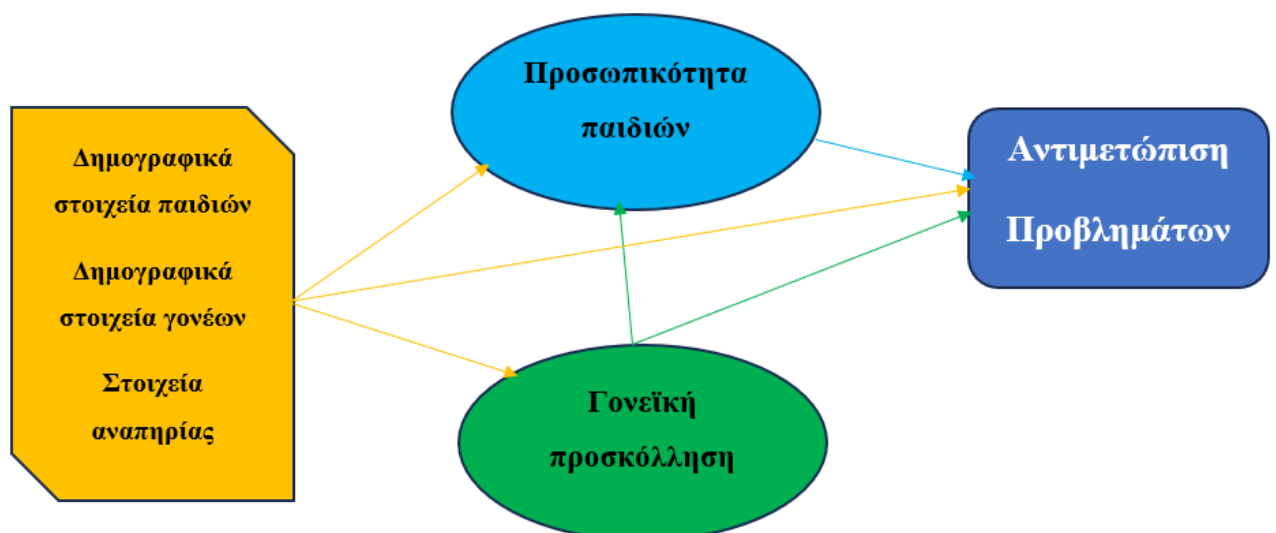
Αντίθετα, μελέτες όπως των Susa & Chinyoka (2018) επικεντρώνονται κυρίως στην επίδραση της γονεϊκής σχέσης στην κοινωνική προσαρμογή, υποστηρίζοντας ότι η ασφαλής προσκόλληση διευκολύνει τη συναισθηματική ωρίμανση των παιδιών, αλλά δεν εξετάζουν άμεσα πώς αυτή η προσκόλληση επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά διαχειρίζονται τα προβλήματά τους (Susa & Chinyoka, 2018). Παρομοίως, οι Laurent (2014) και Smiley (2002) επικεντρώθηκαν στη γνωστική επίδοση των παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες, χωρίς να εμβαθύνουν στη σύνδεση των προσωπικών τους χαρακτηριστικών με τις στρατηγικές που επιλέγουν για την αντιμετώπιση των προκλήσεων (Laurent, 2014; Smiley, 2002). Η παρούσα έρευνα, συνεπώς, συμβάλλει στη βιβλιογραφία αναδεικνύοντας τη σημασία της προσωπικότητας και της γονεϊκής προσκόλλησης στις στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων των παιδιών με αναπηρίες, καλύπτοντας ένα κενό που δεν έχει διερευνηθεί συστηματικά μέχρι σήμερα.

8.3. Σχεδιασμός έρευνας

Λαμβάνοντας υπόψη το δείγμα των παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία, η παρούσα έρευνα είναι μία πρωτογενής, διατομεακή, ποσοτική έρευνα συσχέτισης. Η έρευνα είναι πρωτογενής (Driscoll, 2011) καθώς τα δεδομένα δεν

συλλέχθηκαν από κάποια βάση δεδομένων στο διαδίκτυο αλλά από τους γονείς των παιδιών με αναπηρία και από τα ίδια τα παιδιά με αναπηρία. Η ποσοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε καθώς οι έννοιες της γονεϊκής προσκόλλησης (Parker, Tupling & Brown, 1979), των στοιχείων της προσωπικότητας (Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος, 2002) και των τρόπων αντιμετώπισης προβλημάτων (Μπεζεβέγκης, 2001) των παιδιών με αναπηρίες δύναται να θεωρηθούν μετρήσιμες (Cohen, Manion & Morrison, 2018).

Επιπλέον, η ποσοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθούν σχέσεις μεταξύ εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών (Muijs, 2011). Το ερευνητικό μοντέλο της παρούσας έρευνας παρουσιάζεται στο Γράφημα 1. Η εξαρτημένη μεταβλητή της έρευνας είναι η αντιμετώπιση προβλημάτων και ανεξάρτητες α) Τα στοιχεία της προσωπικότητας, β) Η γονεϊκή προσκόλληση, γ) Τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών, δ) Τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων και ε) Τα στοιχεία αναπηρίας των παιδιών. Επιπλέον, τα στοιχεία της προσωπικότητας θεωρούνται ως εξαρτημένη μεταβλητή στην σχέση τους με α) Τη γονεϊκή προσκόλληση, β) Τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών, γ) Τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων και δ) Τα στοιχεία αναπηρίας των παιδιών. Τέλος, η γονεϊκή προσκόλληση θεωρείται ως εξαρτημένη μεταβλητή στην σχέση της με α) Τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών, β) Τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων και γ) Τα στοιχεία αναπηρίας των παιδιών.



Γράφημα 1: Ερευνητικό μοντέλο

Σημαντικά πλεονεκτήματα της ποσοτικής έρευνας είναι: α) Η αντικειμενικότητα των μετρήσεων, β) Η δυνατότητα συλλογής μεγάλου δείγματος σε

σύντομο χρονικό διάστημα, γ)Η κάλυψη διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών, δ)Η ανάδειξη σχέσεων αιτίας αποτελέσματος, ε)Η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων για τον πληθυσμό της έρευνας εφόσον το δειγματοληπτικό σφάλμα είναι μικρό (Creswell, 2014).

Λαμβάνοντας υπόψιν το σύνολο του δείγματος, δηλαδή τα παιδιά με αναπηρίες σε συνδυασμό με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, η έρευνα μπορεί να θεωρηθεί ως πειραματική καθώς τα δείγματα ήταν εξομοιωμένα ως προς α)τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών, β)τα δημογραφικά στοιχεία γονέων. Πρακτικά, αυτό σημαίνει πως τα παιδιά με αναπηρίες και τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης είχαν παρόμοιο δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, συνεπώς οι οποιεσδήποτε διαφορές στον τρόπο αντιμετώπισης συγκρούσεων, στα στοιχεία της προσωπικότητας και στην γονεϊκή προσκόλληση θα οφείλονται αποκλειστικά στην ύπαρξη ή μη αναπηρίας και όχι σε εξωγενείς συγχυτικούς παράγοντες, η επίδραση των οποίων έχει ρυθμιστεί λόγω της εξομοίωσης (Kirk, 2013).

8.4. Ερευνητικά εργαλεία

Το ερευνητικό εργαλείο της παρούσας έρευνας χωρίζεται στις παρακάτω 6 ενότητες:

Α) Δημογραφικά στοιχεία παιδιών: Η ενότητα περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις σχετικά με το φύλο του παιδιού, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, την ύπαρξη αδελφών και τον αριθμό των ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι.

Β) Δημογραφικά στοιχεία γονέων: Η ενότητα περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση του πατέρα και της μητέρας.

Γ) Στοιχεία αναπηρίας παιδιών: Η ενότητα περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις σχετικά με το είδος αναπηρίας, την κατηγορία οπτικής, ακουστικής και κινητικής αναπηρίας, τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας και την ονομασία κινητικής αναπηρίας.

Δ) Γονεϊκή προσκόλληση: Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα PBI (Parental Bonding Instrument) των Parker, Tupling & Brown (1979) η οποία περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις κλίμακας Likert 1-4 (1=Σχεδόν ποτέ, 2=Λίγες φορές, 3=Αρκετά συχνά, 4=Πολύ συχνά) και 2 παράγοντες για την μητέρα και τον πατέρα:

1)Φροντίδα: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 6 αναφέρονται στην ύπαρξη φροντίδας του γονέα προς το παιδί όπως π.χ. «*Η μητέρα/Ο πατέρας μου ήταν τρυφερή/ος απέναντί μου*», «*Η μητέρα/Ο πατέρας μου, μου μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή*» και 6 αναφέρονται στην απουσία φροντίδας του γονέα προς το παιδί όπως π.χ. «*Η μητέρα μου/Ο πατέρας μου, μου έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου*», «*Η μητέρα μου/Ο πατέρας μου, δεν μου μιλούσε πολύ*» οι οποίες αντιστρέφονται [R] κατά τον σχηματισμό του παράγοντα ($1 \leftrightarrow 4$, $2 \leftrightarrow 3$). Ο παράγοντας «Φροντίδα μητέρας» εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας μέσω του δείκτη Cronbach Alpha (Nunnally & Bernstein, 1994), τόσο για παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,824$) όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,840$). Ο παράγοντας «Φροντίδα πατέρα» εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,881$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,860$).

Πίνακας 1: Ανάλυση αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach Alpha για την κλίμακα PBI

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Αναπηρίες	Τυπικής
Φροντίδα μητέρας	1,2R,4R,5,6,11,12,14R,16,R17,18R,24R	0,824	0,840
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας ⁽¹⁾	3R,7R,8,9,10,13,15R,19,20,21R,22R,23,25R	0,805 ⁽¹⁾	0,830
Φροντίδα πατέρα	1,2R,4R,5,6,11,12,14R,16,R17,18R,24R	0,881	0,860
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα ⁽²⁾	3R,7R,8,9,10,13,15R,19,20,21R,22R,23,25R	0,839 ⁽¹⁾	0,846

(1)Εξαιρέθηκε η ερώτηση 13 λόγω χαμηλής φόρτισης

2)Υπερπροστατευτικότητα: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις, εκ των οποίων 7 αναφέρονται στην ύπαρξη υπερπροστατευτικότητας όπως π.χ. «*Η μητέρα μου/Ο πατέρας μου προσπαθούσε να ελέγχει ότι έκανα*», «*Η μητέρα μου/Ο πατέρας μου εισέβαλλε στην προσωπική μου ζωή*» και 6 ερωτήσεις οι οποίες εκφράζουν απουσία υπερπροστατευτικότητας όπως π.χ. «*Η μητέρα μου/Ο πατέρας μου με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου*», «*Η μητέρα μου/Ο πατέρας μου μου έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν*», οι οποίες αντιστρέφονται [R] κατά τον σχηματισμό του παράγοντα ($1 \leftrightarrow 4$, $2 \leftrightarrow 3$). Ο παράγοντας «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας μέσω του δείκτη Cronbach Alpha τόσο για παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,805$) όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,830$). Ωστόσο στα παιδιά με αναπηρίες η ερώτηση «13.Της/Του άρεσε να με 'νταντεύει'» εμφάνισε χαμηλές φορτίσεις στον παράγοντα «Υπερπροστατευτικότητα» τόσο για την μητέρα όσο και για τον πατέρα και για αυτό τον λόγο εξαιρέθηκε.

Αναφορικά με την εγκυρότητα του εργαλείου PBI οι κατασκευαστές (Parker, Tupling & Brown (1979) κάνουν λόγο για ύπαρξη εννοιολογικής παραγοντικής εγκυρότητας αλλά και συγκλίνουσας (Γαλάνης, 2013). Στην Ελλάδα η κλίμακα

μεταφράστηκε από τους Sideridis & Kafetsios, (2008). Η Παραγοντική εγκυρότητα επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα έρευνα με χρήση Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής Ανάλυσης, με την μέθοδο Principal Component Analysis και περιστροφή Varimax, όπως παρουσιάζουν οι Πίνακες 2-3 για την μητέρα και τον πατέρα αντίστοιχα.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 2, επιβεβαιώνεται η παραγοντική δομή που προτείνουν οι κατασκευαστές, αναλύοντας τις ερωτήσεις που αφορούν την μητρική προσκόλληση. Μειονέκτημα ωστόσο αποτελεί το χαμηλό ποσοστό της διακύμανσης (Kline, 2014) που εξηγούν οι 2 παράγοντες (38%), γεγονός που υποδηλώνει λύση με περισσότερους παράγοντες και οι χαμηλές φορτίσεις (Bryant & Yarnold, 1995) στον παράγοντα της «Φροντίδα» στις ερωτήσεις «2. Δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα.» (-0,213) και «16. Με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η.» (-0,157).

Πίνακας 2: Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση για την κλίμακα PBI για την μητέρα

Ερωτήσεις	Παράγοντες	
	Φροντίδα	Υπερπροστατευτικότητα
6. Ήταν τρυφερή απέναντί μου.	,757	
5. Φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου.	,739	
1. Μου μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή.	,723	
11. Της άρεσε να συζητάει μαζί μου.	,709	
17. Με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η.	,680	
12. Συχνά μου χαμογελούσε.	,641	
4. Έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου.	-,638	
18. Δε μου μιλούσε πολύ.	-,621	
24. Δε με επαινούσε.	-,500	
14. Δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω.	-,453	
2. Δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα.	-,213	
16. Με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η.	-,157	
9. Προσπαθούσε να ελέγχει ό,τι έκανα.		,710
10. Εισέβαλλε στην προσωπική μου ζωή.		,694
19. Προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτή.		,668
21. Μου έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν.		-,641
20. Αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία της δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου.		,637
15. Με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου.		-,593
23. Ήταν υπερπροστατευτική απέναντί μου.		,569
22. Με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα.		-,478
25. Μου επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα.		-,442
7. Της άρεσε να παίρνω μόνος/η μου αποφάσεις.		-,421
8. Δεν ήθελε να μεγαλώσω.		,360
3. Με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν.		-,324
Διακύμανση (%)	21,36%	16,64%
Μέθοδος: Principal Component Analysis		
Περисτροφή: Varimax		
KMO: 0,840		

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3, επιβεβαιώνεται η παραγοντική δομή που προτείνουν οι κατασκευαστές, αναλύοντας τις ερωτήσεις που αφορούν την πατρική προσκόλληση. Μειονέκτημα ωστόσο αποτελεί το χαμηλό ποσοστό της διακύμανσης που εξηγούν οι 2 παράγοντες (45,35%), γεγονός που υποδηλώνει λύση με περισσότερους παράγοντες και οι χαμηλές φορτίσεις στον παράγοντα της «Φροντίδα» στις ερωτήσεις «16. Με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η.» (-0,139).

Πίνακας 3: Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση για την κλίμακα PBI για τον πατέρα

	Παράγοντας	
	Φροντίδα	Υπερπροστα- τικότητα
11. Του άρεσε να συζητάει μαζί μου.	,765	
1. Μου μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή.	,763	
4. Έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορος απέναντί μου.	-,760	
17. Με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η.	,755	
12. Συχνά μου χαμογελούσε.	,728	
6. Ήταν τρυφερός απέναντί μου.	,713	
5. Φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου.	,697	
18. Δε μου μιλούσε πολύ.	-,692	
2. Δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα.	-,651	
24. Δε με επαινούσε.	-,614	
14. Δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω.	-,471	
16. Με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η.	-,139	
10. Εισέβαλλε στην προσωπική μου ζωή.		,752
20. Αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία του δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου.		,737
21. Μου έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν.		-,704
19. Προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτόν.		,673
9. Προσπαθούσε να ελέγχει ό,τι έκανα.		,667
23. Ήταν υπερπροστατευτικός απέναντί μου.		,641
22. Με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα.		-,618
15. Με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου.		-,550
8. Δεν ήθελε να μεγαλώσω.		,519
25. Μου επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα.		-,503
7. Του άρεσε να παίρνω μόνος/η μου αποφάσεις.		-,340
3. Με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν.		-,328
Διακύμανση (%)	26,77%	18,58%
Μέθοδος: Principal Component Analysis		
Περιστροφή: Varimax		
KMO: 0,883		

Ε) Αντιμετώπιση προβλημάτων: Αρχικά χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτήσεις σχετικές με κάποιο πρόβλημα-στρεσογόνα κατάσταση που βίωσαν στο παρελθόν και την στενοχώρια-άγχος που τους προκάλεσε. Έπειτα, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ΣΑΚΑ (Στρατηγικές Αντιμετώπισης Καταστάσεων Άγχους) του Μπεξεβέγκη (2001). Η κλίμακα περιλαμβάνει 35 ερωτήσεις κλίμακας Likert από 1-4 (1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Συχνά) και τις παρακάτω 7 στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων-καταστάσεων άγχους:

1) Οικογενειακή στήριξη: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις σχετικές με την προσπάθεια του παιδιού να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του με αναζήτηση βοήθειας από την οικογένεια όπως π.χ. «*Συζήτησα το πρόβλημα με τους γονείς μου.*». Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,883$) όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,784$).

2)Αποφυγή-Λήθη: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις που υποδηλώνουν μία τάση του παιδιού να αποφύγει να λύσει το πρόβλημα όπως π.χ. «*Προσπάθησα να ασχολούμαι με άλλα πράγματα.*». Ο παράγοντας εμφάνισε μέτρια αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,681$), όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,644$). Στα παιδιά με αναπηρίες η ερώτηση «*1. Άρχισα να το ξεχνάω κι έτσι δεν έκανα τίποτα*» εξαιρέθηκε λόγω χαμηλής φόρτισης.

3)Αδυναμία-Παραίτηση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις σχετικές με την αίσθηση αδυναμίας του παιδιού να αντιμετωπίσει το πρόβλημα όπως π.χ. «*14. Δεν έκανα τίποτα γιατί μου φάνηκε ότι δεν υπήρχε λύση.*». Ο παράγοντας εμφάνισε μέτρια αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,690$), όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,672$). Η ερώτηση «*34. Σκέφτηκα ότι υπάρχουν και χειρότερα και δεν ωφελεί να στενοχωριέμαι.*» εξαιρέθηκε λόγω αρνητικής φόρτισης τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης.

4)Λύση προβλήματος: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις σχετικές με την προσπάθεια του παιδιού να λύσει το πρόβλημα με τις δικές του δυνάμεις, όπως π.χ. «*Σκέφτηκα ότι έπρεπε εγώ να κάνω κάτι για το πρόβλημα.*». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,772$), όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,776$).

5)Απομόνωση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις σχετικές με την τάση του παιδιού να απομονωθεί όπως π.χ. «*12. Κλείστηκα στον εαυτό μου.*». Ο παράγοντας εμφάνισε μέτρια αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,674$) και ικανοποιητική για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,739$). Η ερώτηση «*18. Συζήτησα το πρόβλημα με τον εαυτό μου.*» εξαιρέθηκε λόγω μέτριας φόρτισης τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Επιπλέον, στα παιδιά με αναπηρίες εξαιρέθηκε και η ερώτηση «*9. Ξέσπασα σε κλάματα.*» λόγω μέτριας φόρτισης.

6)Αναζήτηση Βοήθειας: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις σχετικές με την τάση του παιδιού να αναζητήσει βοήθεια για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει όπως π.χ. «3. Μίλησα σε κάποιον που αισθάνομαι δικό μου και πήρα συμβουλές.». Ο παράγοντας εμφάνισε μέτρια αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,607$) και ικανοποιητική για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,717$). Η ερώτηση «32. Ζήτησα από κάποιον να μεσολαβήσει, για να λυθεί το πρόβλημα.» εξαιρέθηκε για τα παιδιά με αναπηρίες και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης λόγω μέτριας φόρτισης, ενώ επιπλέον στα παιδιά με αναπηρίες εξαιρέθηκε και η ερώτηση «11. Συζήτησα με άλλους που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα.» για τον ίδιο λόγο.

7)Αναθεώρηση – Ανασύνταξη: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις σχετικές με την προσπάθεια του παιδιού να ανασυνταχθεί για να λύσει το πρόβλημα, όπως π.χ. «31. Προσπάθησα να βελτιωθώ, να γίνω καλύτερος.». Ο παράγοντας εμφάνισε μέτρια αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,613$) όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,690$).

Πίνακας 4: Ανάλυση αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach Alpha για την κλίμακα ΣΑΚΑ

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Αναπηρίες	Τυπικής
Οικογενειακή στήριξη	2,15,20,26,29	0,833	0,784
Αποφυγή-Λήθη	1,4,8,10,21,25	0,681 ⁽¹⁾	0,644
Αδυναμία-Παραίτηση	6,14,16,22,34,35	0,690 ⁽²⁾	0,672 ⁽²⁾
Λύση προβλήματος	7,13,17,23,27,28	0,772	0,776
Απομόνωση	9,12,18,19	0,674 ^(3.1)	0,739 ^(3.2)
Αναζήτηση βοήθειας	3,11,24,32	0,607 ^(4.1)	0,717 ^(4.2)
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	5,30,31,33	0,613	0,690

(1)Εξαιρέθηκε η ερώτηση 1 λόγω χαμηλής φόρτισης (<0,100)

(2)Εξαιρέθηκε η ερώτηση 34 λόγω αρνητικής φόρτισης

(3.1)Εξαιρέθηκαν οι ερωτήσεις 9 και 18 λόγω μέτριας φόρτισης (<0,220)

(3.2)Εξαιρέθηκε η ερώτηση 18 λόγω μέτριας φόρτισης (<0,22)

(4.1) Εξαιρέθηκαν οι ερωτήσεις 11 και 32 λόγω μέτριας φόρτισης (<0,320)

(4.2) Εξαιρέθηκε η ερώτηση 32 λόγω μέτριας φόρτισης (<0,200)

Αναφορικά με την εγκυρότητα, ο κατασκευαστής (Μπεζεβέγκης, 2001) αναφέρει την εγκυρότητα περιεχομένου, δηλαδή ότι οι αναφερόμενες στρατηγικές καλύπτουν το περιεχόμενο του άξονα «Στρατηγικές Αντιμετώπισης Καταστάσεων Άγχους» αλλά και την ύπαρξη παραγοντικής εγκυρότητας μέσω παραγοντικής ανάλυσης (Γαλάνης, 2013).

Στην παρούσα διατριβή επιβεβαιώθηκε η παραγοντική δομή των κατασκευαστών για 26 από τις 29 ερωτήσεις (6 εξαιρέθηκαν από την διαδικασία της αξιοπιστίας), γεγονός που επιβεβαιώνει την εννοιολογική κατασκευή του εργαλείου σε

υψηλό ποσοστό (89,66%). Οι 3 ερωτήσεις που ταξινομήθηκαν λανθασμένα (με κόκκινο) είναι η «6. Δεν έκανα τίποτα.» που ταξινομήθηκε στον παράγοντα «Απομόνωση» αντί του «Αδυναμία-Παραίτηση» (σύμφωνα με τους κατασκευαστές), η «31. Προσπάθησα να βελτιωθώ, να γίνω καλύτερος.» και η «33. Αποφάσισα να αλλάξω συμπεριφορά, για να πετύχω τη λύση του προβλήματος» οι οποίες ταξινομήθηκαν στον παράγοντα «Αναζήτηση βοήθειας» αντί του παράγοντα «Αναθεώρηση-Ανασύνταξη» (σύμφωνα με τους κατασκευαστές). Στα θετικά επίσης το γεγονός πως οι 7 παράγοντες ερμήνευσαν υψηλό ποσοστό της συνολικής διακύμανσης (60,44%).

Πίνακας 5: Επιβεβαιωτική Παραγοντική ανάλυση για την κλίμακα ΣΑΚΑ

Ερωτήσεις	Παράγοντες						
	Οικογενειακή στήριξη	Λύση προβλήματος	Απομόνωση	Αποφυγή- Λήθη	Αναζήτηση βοήθειας	Αδυναμία- Παραίτηση	Αναθεώρηση - Ανασύνταξη
20. Μίλησα με τους γονείς μου για να λύσουμε μαζί το πρόβλημα.	,798						
29. Συζήτησα το πρόβλημα με τους γονείς μου.	,796						
15. Σκέφτηκα μια λύση και τη συζήτησα με τους γονείς μου.	,785						
26. Ζήτησα βοήθεια από κάποιο άτομο της οικογένειάς μου.	,681						
2. Με ενθάρρυναν και με καθυσήχασαν οι γονείς μου.	,655						
27. Προσπάθησα να επανορθώσω τη "ζημιά" .		,781					
23. Προσπάθησα να προσφέρω τη βοήθειά μου για να λυθεί το πρόβλημα.		,657					
13. Προσπάθησα να πλησιάσω το άτομο με το οποίο είχα πρόβλημα, για να το λύσουμε μαζί.		,603					
7. Σκέφτηκα ότι έπρεπε εγώ να κάνω κάτι για το πρόβλημα.		,588					
17. Προσπάθησα ακόμη περισσότερο, για να λύσω το πρόβλημα.		,341					
28. Προσπάθησα να κάνω κάτι, αλλά ήταν πολύ δύσκολο.		,348					
19. Απομονώθηκα, κλείστηκα στο δωμάτιό μου.			,749				
12. Κλείστηκα στον εαυτό μου.			,697				
6. Δεν έκανα τίποτα.			,594				
21. Αρχισα να σκέφτομαι άλλα πράγματα, περισσότερο ευχάριστα.				,752			
25. Προσπάθησα να ασχολούμαι με άλλα πράγματα.				,681			
8. Προσπάθησα να ηρεμήσω και να ξεχάσω το πρόβλημα.				,631			
4. Αρχισα να κάνω καινούρια πράγματα για να μην σκέφτομαι αυτό που με απασχολούσε.				,585			
10. Προσπάθησα να μην έρχομαι σε επαφή με προβλήματα ή με καταστάσεις που μου θύμιζαν το πρόβλημα				,358			
31. Προσπάθησα να βελτιωθώ, να γίνω καλύτερος.					,658		
24. Συζήτησα το πρόβλημα με φίλους-ες μου.					,531		
33. Αποφάσισα να αλλάξω συμπεριφορά, για να πετύχω τη λύση του προβλήματος.					,467		
3. Μίλησα σε κάποιον που αισθάνομαι δικό μου και πήρα συμβουλές.					,403		
35. Σκέφτηκα ότι δεν είναι στο χέρι μου να αντιμετωπίσω το πρόβλημα.						,784	
22. Σκέφτηκα ότι άλλοι πρέπει να λύσουν το πρόβλημα και όχι εγώ.						,514	
16. Αποφάσισα ότι δεν μπορούσα να κάνω τίποτα.						,502	
14. Δεν έκανα τίποτα γιατί μου φάνηκε ότι δεν υπήρχε λύση.						,391	
30. Έπεισα τον εαυτό μου ότι θα πάω καλύτερα στο μέλλον.							-,577
5. Άλλαξα τρόπο σκέψης, για να αντιμετωπίσω το πρόβλημα.							,394
Διακύμανση (%)	12,16%	10,82%	9,26%	9,18%	8,04%	6,03%	4,94%

Μέθοδος: Principal Component Analysis

Περιστροφή: Varimax

ΚΜΟ: 0,803

Στ)Στοιχεία προσωπικότητας: Η παρούσα ενότητα αποτελείται από 2 υποενότητες για τις διαστάσεις προσωπικότητας παιδιών 8-10 Ε-ΔΠΡΟΠΕ9, και 11-18 ετών Ε-ΔΠΡΟΠΕ11. (Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος, 2002).

Διαστάσεις Προσωπικότητας Παιδιών και Εφήβων 8-10 ετών (Ε-ΔΠΡΟΠΕ9): Η ενότητα περιλαμβάνει 121 ερωτήσεις κλίμακας Likert 1-5 (1=Σχεδόν καθόλου, 2=Λίγο, 3=Αρκετά, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ), σχετικά με τις παρακάτω διαστάσεις προσωπικότητας για παιδιά και εφήβους 8-10 ετών:

1)Συναισθηματική αντιδραστικότητα: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 33 ερωτήσεις και 3 επιμέρους παράγοντες: α)Διαγωγή, β) Ατομισμός/Εγωισμός, γ)Συναισθηματική Αστάθεια. Ο παράγοντας εμφάνισε άριστη αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,932$) όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,972$). Στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης εξαιρέθηκε η ερώτηση «3. Είναι υποχωρητικό παιδί» λόγω αρνητικής φόρτισης. Παρακάτω περιγράφονται οι 3 υποπαράγοντες:

α)Διαγωγή: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις εκ των οποίων 8 εκφράζουν την ύπαρξη καλής διαγωγής όπως π.χ. «Σέβεται τους μεγαλύτερους» και 7 ερωτήσεις οι οποίες εκφράζουν την απουσία διαγωγής όπως π.χ. «Είναι ατίθασο παιδί» οι οποίες αντιστρέφονται [R] κατά τον σχηματισμό του παράγοντα ($1 \leftrightarrow 5, 2 \leftrightarrow 4$). Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,832$) και άριστη για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,931$).

β)Ατομισμός/Εγωισμός: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις που εκφράζουν την ύπαρξη ατομισμού όπως π.χ. «Τα θέλει όλα δικά του». Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,843$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,879$).

γ)Συναισθηματική αστάθεια: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις εκ των οποίων 8 εκφράζουν την ύπαρξη συναισθηματικής αστάθειας, όπως π.χ. «Είναι ευέξαπτο, οξύθυμο.» και 1 που εκφράζει την ύπαρξη συναισθηματικής σταθερότητας «Είναι ήρεμο παιδί.», η οποία αντιστρέφεται [R]. κατά τον σχηματισμό του παράγοντα ($1 \leftrightarrow 5, 2 \leftrightarrow 4$). Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,770$) και άριστη για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,917$).

2)Ευσυνειδησία: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις και 3 επιμέρους παράγοντες: α)Επιμέλεια, β)Κίνητρα απόδοσης, γ)Σχολική επάρκεια. Ο παράγοντας εμφάνισε άριστη αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,910$) όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,963$). Παρακάτω περιγράφονται οι 3 υποπαράγοντες:

α)Επιμέλεια: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την ύπαρξη επιμέλειας του παιδιού όπως π.χ. «Είναι συνεπής στις υποχρεώσεις του.» Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,848$) και άριστη για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,918$).

β) Κίνητρα απόδοσης: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την απουσία κινήτρων απόδοσης όπως π.χ. «Είναι τεμπέλικο», οι οποίες αντιστρέφονται [R] κατά τον σχηματισμό του παράγοντα ($1\leftrightarrow 5, 2\leftrightarrow 4$). Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,780$) και υψηλή για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,890$).

γ) Σχολική επάρκεια: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις, εκ των οποίων 5 εκφράζουν την ύπαρξη σχολικής επάρκειας όπως π.χ. «Του αρέσει το σχολείο. Το αγαπάει.» και 2 οι οποίες εκφράζουν την απουσία σχολικής επάρκειας, όπως π.χ. «Χρειάζεται πίεση για να διαβάσει τα μαθήματα», οι οποίες αντιστρέφονται [R] κατά τον σχηματισμό του παράγοντα ($1\leftrightarrow 5, 2\leftrightarrow 4$). Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,812$) και άριστη για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,910$).

3)Προσήνεια: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και 3 επιμέρους παράγοντες: α)Συμμόρφωση, β)Εγκαρδιότητα, γ) Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός. Ο παράγοντας εμφάνισε άριστη αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,909$) όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,900$). Στα παιδιά με αναπηρίες και στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, εξαιρέθηκε η ερώτηση «Κλαίει με το παραμικρό.», λόγω χαμηλής φόρτισης. Παρακάτω περιγράφονται οι 3 υποπαράγοντες:

α)Συμμόρφωση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την συμμόρφωση του παιδιού σε καταστάσεις όπως π.χ. «Δείχνει κατανόηση στους άλλους». Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,846$) και άριστη για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,843$).

β)Εγκαρδιότητα: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την εγκαρδιότητα του παιδιού όπως π.χ. «Είναι ευχάριστο παιδί». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,743$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,720$).

γ) Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την ευσυγκινησία και αλτρουισμό του παιδιού όπως π.χ. «Είναι συμπονετικό» και «Προσφέρει τη βοήθειά του στους άλλους». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,781$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,755$). Στα παιδιά με αναπηρίες εξαιρέθηκε η ερώτηση «Κλαίει με το παραμικρό.», λόγω χαμηλής φόρτισης.

4)Εξωστρέφεια: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 19 ερωτήσεις και 3 επιμέρους παράγοντες: α)Απόσυρση, β)Δραστηριότητα, γ)Κοινωνικότητα. Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,865$) όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,848$).

α)Απόσυρση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν μία τάση απόσυρσης του παιδιού όπως π.χ. «Είναι κλειστό παιδί». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,753$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,782$).

β)Δραστηριότητα: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 4 εκφράζουν την ύπαρξη δραστηριότητας στο παιδί, όπως π.χ. «Έχει μεγάλη ενεργητικότητα» και 1 ερώτηση η οποία εκφράζει την απουσία δραστηριότητας «Είναι αργό στις κινήσεις του» η οποία αντιστρέφεται [R] κατά τον σχηματισμό του παράγοντα ($1 \leftrightarrow 5$, $2 \leftrightarrow 4$). Ο παράγοντας εμφάνισε μέτρια αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,650$) και χαμηλή για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,541$).

γ)Κοινωνικότητα: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 6 εκφράζουν την ύπαρξη κοινωνικότητας του παιδιού όπως π.χ. «Είναι κοινωνικό παιδί» και 1 ερώτηση η οποία εκφράζει την απουσία κοινωνικότητας «Είναι λιγόλογος.». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,758$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,756$).

5)Διανοητική ανάπτυξη: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις και 3 επιμέρους παράγοντες: α)Νόηση, β)Αυτοπεποίθηση, γ) Κυριαρχία/Επιβολή. Ο παράγοντας

εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,877$) και άριστη για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,910$).

α) Νόηση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν θετικά στοιχεία για την νοητική κατάσταση του παιδιού, όπως π.χ. «Είναι έξυπνο παιδί.». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,770$) και υψηλή για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,883$).

β) Αυτοπεποίθηση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την ύπαρξη αυτοπεποίθησης, όπως π.χ. «Ξέρει να πετυχαίνει αυτό που θέλει». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,776$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,786$).

γ) Κυριαρχία/Επιβολή: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την ύπαρξη κυριαρχίας-επιβολής του παιδιού όπως π.χ. «Θέλει να είναι ο αρχηγός της παρέας». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,711$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,785$).

Πίνακας 6: Ανάλυση αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach Alpha για την κλίμακα Ε-ΔΠΡΟΠΕ9

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Αναπηρίες	Τυπικής
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	3R,4R,5,8R,15R,17R,19,22R,25,31,32R,38,41,45,46,50 53,58,62,63,64,66,68,69R,72,79,83,93,97,100,102,111R,121	0,932	0,972 ⁽¹⁾
Διαγωγή	3,4,5R,8,15,17,22,32,41R,46R,50R,63R,97R,102R	0,832	0,931
Ατομισμός/Εγωισμός	19,31,38,45,53,62,68,72,121	0,843	0,879
Συναισθηματική αστάθεια	25,58,64,66,79,83,93,100,111R	0,770	0,917
Ευσυνειδησία	7,9,20,23,29,33,36,40,43,44,49,57R,59R,65R,71R,74R 75,77R,81R,82R,86R,89R,92R,96,106,112R,115	0,910	0,963
Επιμέλεια	7,20,29,33,36,43,49,96,106,115	0,848	0,918
Κίνητρα απόδοσης	59R,65R,71R,74R,77R,81R,86R,89R,92R,112R	0,780	0,890
Σχολική επάρκεια	9,23,40,44,57R,75,82R	0,812	0,910
Προσήνεια	11,26,60,61,67,78,87,88,90,91,94,99,101 103,104,107,108,109,116,117,119,120	0,909 ⁽²⁾	0,900 ⁽²⁾
Συμμόρφωση	11,60,87,99,103,119	0,836	0,843
Εγκαρδιότητα	88,91,94,101,104,107	0,743	0,720
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	26,61,67,78,90,108,109,116,120	0,781 ⁽²⁾	0,755
Εξωστρέφεια	1,6R,10,13,18,21,27,34,35R,37R, 39R,42,47R,54,56,76R,84R,98R,110R	0,865	0,848
Απόσυρση	35,37,39,47,84,98,110	0,753	0,782
Δραστηριότητα	10,18,34,54,76R	0,650	0,541 ⁽³⁾
Κοινωνικότητα	1,6R,13,21,27,42,56	0,758	0,756
Διανοητική ανάπτυξη	2,12,14,16,30,24,28,48,51,52,55, 70,73,80,85,95,105,113,114,118	0,877	0,910
Νόηση	2,12,30,48,55,73,105,114	0,770	0,883
Αυτοπεποίθηση	14,16,51,52,113,118	0,776	0,786
Κυριαρχία/Επιβολή	24,28,70,80,85,95	0,711	0,785

(1)Εξαιρέθηκε η ερώτηση 3 λόγω χαμηλής φόρτισης

(2)Εξαιρέθηκε η ερώτηση 117 λόγω αρνητικής φόρτισης

(3)Εξαιρέθηκε η ερώτηση 76 λόγω αρνητικής φόρτισης

Οι κατασκευαστές στηρίζουν την εγκυρότητα του εργαλείου Ε-ΔΠΡΟΠΕ9 στην συγκλίνουσα εγκυρότητα, δηλαδή στην ύπαρξη ισχυρών συσχετίσεων με άλλα ψυχομετρικά εργαλεία (Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος, 2002).

Διαστάσεις Προσωπικότητας Παιδιών και Εφήβων 11-13 ετών (Ε-ΔΠΡΟΠΕ12):

Η ενότητα περιλαμβάνει 99 ερωτήσεις κλίμακας Likert 1-5 (1=Σχεδόν καθόλου, 2=Λίγο, 3=Αρκετά, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ), σχετικά με τις παρακάτω διαστάσεις προσωπικότητας για παιδιά-εφήβους ηλικίας 11-13 ετών, ωστόσο στην παρούσα έρευνα απαντήθηκε από παιδιά-εφήβους 11-18 ετών:

1)Συναισθηματική αντιδραστικότητα: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις και 3 επιμέρους παράγοντες: α)Διαγωγή, β) Ατομισμός/Εγωισμός, γ)Συναισθηματική Αστάθεια. Ο παράγοντας εμφάνισε άριστη αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες

($\alpha=0,911$) όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,911$). Παρακάτω περιγράφονται οι 3 υποπαράγοντες:

α) Διαγωγή: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις οι οποίες εκφράζουν την απουσία καλής διαγωγής όπως π.χ. «Μαλώνει με τα άλλα παιδιά, φιλονικεί», οι οποίες αντιστρέφονται [R] κατά τον σχηματισμό του παράγοντα ($1 \leftrightarrow 5$, $2 \leftrightarrow 4$). Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,742$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,759$).

β) Ατομισμός/Εγωισμός: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις που εκφράζουν την ύπαρξη ατομισμού και εγωισμού όπως π.χ. «Είναι ξεροκέφαλο, πεισματάρικο». Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,867$) και ικανοποιητική για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,757$).

γ) Συναισθηματική αστάθεια: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις οι οποίες εκφράζουν την ύπαρξη συναισθηματικής αστάθειας, όπως π.χ. «Θυμώνει εύκολα, είναι απότομος χαρακτήρας». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,713$) και υψηλή για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,860$).

2) Ευσυνειδησία: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 19 ερωτήσεις και 3 επιμέρους παράγοντες: α) Επιμέλεια, β) Κίνητρα απόδοσης, γ) Σχολική επάρκεια. Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,898$) και άριστη για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,920$). Παρακάτω περιγράφονται οι 3 υποπαράγοντες:

α) Επιμέλεια: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις, εκ των οποίων 5 εκφράζουν την ύπαρξη επιμέλειας του παιδιού όπως π.χ. «Είναι υπεύθυνο παιδί.» και 3 την απουσία επιμέλειας, όπως π.χ. «Είναι αμελής» οι οποίες αντιστρέφονται [R] κατά τον σχηματισμό του παράγοντα ($1 \leftrightarrow 5$, $2 \leftrightarrow 4$). Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,791$) και υψηλή για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,823$).

β) Κίνητρα απόδοσης: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την ύπαρξη κινήτρων απόδοσης όπως π.χ. «19. Είναι τελειομανής, θέλω να τα κάνει όλα τέλεια.». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,742$) και υψηλή για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,737$).

γ) Σχολική επάρκεια: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις, εκ των οποίων 2 εκφράζουν την ύπαρξη σχολικής επάρκειας όπως π.χ. «Είναι μελετηρό παιδί.» και 3 οι οποίες εκφράζουν την απουσία σχολικής επάρκειας, όπως π.χ. «Χρειάζεται πίεση για να διαβάσει τα μαθήματα», οι οποίες αντιστρέφονται [R] κατά τον σχηματισμό του παράγοντα ($1 \leftrightarrow 5$, $2 \leftrightarrow 4$). Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,796$) και υψηλή για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,837$).

3) Προσήνεια: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και 3 επιμέρους παράγοντες: α) Συμμόρφωση, β) Αλτρουισμός, γ) Ευσυγκινησία. Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,865$) και ικανοποιητική για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,737$).

α) Συμμόρφωση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την συμμόρφωση του παιδιού σε καταστάσεις όπως π.χ. «Είναι ευγενικός-ή». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,761$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,791$).

β) Αλτρουισμός: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την ύπαρξη αλτρουισμού στο παιδί όπως π.χ. «Δείχνει στοργή προς τους άλλους». Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,818$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,889$).

γ) Ευσυγκινησία: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την ύπαρξη ευσυγκινησίας στο παιδί όπως π.χ. «50. Απογοητεύεται αν το αποπάρουν.» Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,739$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,735$).

4) Εξωστρέφεια: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις και 3 επιμέρους παράγοντες: α) Απόσυρση, β) Εγκαρδιότητα, γ) Κοινωνικότητα. Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία τόσο για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,893$) όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,873$). Στα παιδιά με αναπηρίες εξαιρέθηκε η ερώτηση «86. Προτιμάει να μη μένει μόνο του.» λόγω χαμηλής φόρτισης.

α) Απόσυρση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν μία τάση απόσυρσης του παιδιού όπως π.χ. «Είναι κλειστός χαρακτήρας». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,799$) και υψηλή για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,804$).

β)Εγκαρδιότητα: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την ύπαρξη εγκαρδιότητας στο παιδί, όπως π.χ. «Είναι χαρούμενο παιδί». Ο παράγοντας εμφάνισε χαμηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,555$) και μέτρια για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,605$). Στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης εξαιρέθηκε η ερώτηση «24. Είναι εκδηλωτικό παιδί» λόγω χαμηλής φόρτισης.

γ)Κοινωνικότητα: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις οι οποίες εκφράζουν την ύπαρξη κοινωνικότητας του παιδιού όπως π.χ. «Του αρέσει να παίζει με τα άλλα παιδιά». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,783$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,783$).

5)Διανοητική ανάπτυξη: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις και 3 επιμέρους παράγοντες: α)Νόηση, β)Αυτοπεποίθηση, γ) Δεκτικότητα σε εμπειρίες. Ο παράγοντας εμφάνισε άριστη αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,914$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,916$).

α)Νόηση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν θετικά στοιχεία για την νοητική κατάσταση του παιδιού, όπως π.χ. «Έχει καλή μνήμη.». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,729$) και υψηλή για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,835$).

β)Αυτοπεποίθηση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την ύπαρξη αυτοπεποίθησης, όπως π.χ. «Είναι δυναμικό παιδί». Ο παράγοντας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,850$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,804$).

γ) Δεκτικότητα σε εμπειρίες: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν την προσαρμογή του παιδιού σε νέες καταστάσεις με γνώμονα την διανοητική του ανάπτυξη όπως π.χ. «Είναι εφευρετικό παιδί». Ο παράγοντας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία για τα παιδιά με αναπηρίες ($\alpha=0,788$) και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ($\alpha=0,848$).

Πίνακας 7: Ανάλυση αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach Alpha για την κλίμακα Ε-ΔΠΡΟΠΕ12

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Αναπηρίες	Τυπικής
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	2,7,10,16,21,23,29,32,36,41,48,52, 56,62,64,71,76,78,80,83,87,91,99	0,911	0,911
Διαγωγή	2R,7R,29R,80R,91R	0,742	0,759
Ατομισμός/Εγωισμός	23,36,48,52,62,64,71,78,87	0,867	0,757
Συναισθηματική Αστάθεια	10,16,21,32,41,56,76,83,99	0,713	0,860
Ευσυνειδησία	1,8,13R,19,26,28,38R,42R,45R,47,49, 55R,59,65,72,81R,92,93,95	0,898	0,920
Επιμέλεια	1,28,45R,49,55R,59,72,81R	0,791	0,823
Κίνητρα απόδοσης	19,26,47,65,93,95	0,742	0,737
Σχολική επάρκεια	8,13R,38R,42R,92	0,796	0,837
Προσήνεια	4,6,11,15,20,27,31,34,40,50,51, 60,66,69,74,75,82,84,89,90,94,98	0,865	0,737
Συμμόρφωση	4,15,31,34,66,75,84	0,761	0,791
Αλτρουισμός	6,11,20,40,51,60,69,82,89,98	0,818	0,889
Ευσυγκινησία	27,50,74,90,94	0,739	0,735
Εξωστρέφεια⁽¹⁾	5,9,14,18,24,30,35,37,44,54,58,63,68,73,79,86,96	0,893 ⁽¹⁾	0,873
Απόσυρση	18,30,37,58	0,799	0,804
Εγκαρδιότητα	5,14,24,79	0,555	0,605 ⁽²⁾
Κοινωνικότητα	9,35,44,54,63,68,73,86,96	0,783	0,783
Διανοητική ανάπτυξη	3,12,17,22,25,33,39,43,46,53,57,61,67,70,77,85,88,97	0,914	0,916
Νόηση	3,12,53,61,85	0,729	0,835
Αυτοπεποίθηση	17,39,43,77,88,97	0,850	0,804
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	22,25,33,46,57,67,70	0,788	0,848

(1)Εξαιρέθηκε η ερώτηση 86 λόγω χαμηλής φόρτισης (<0,100)

(2)Εξαιρέθηκε η ερώτηση 24 λόγω χαμηλής φόρτισης (<0,100)

Οι κατασκευαστές στηρίζουν την εγκυρότητα του εργαλείου Ε-ΔΠΡΟΠΕ11 στην συγκλίνουσα εγκυρότητα, δηλαδή στην ύπαρξη ισχυρών συσχετίσεων με άλλα ψυχομετρικά εργαλεία (Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος, 2002).

8.5. Δείγμα έρευνας και Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή παιδιών με αναπηρία από διάφορα σχολεία της Ελλάδας. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν κωφά και βαρήκοα παιδιά από το Σχολείο Κωφών και Βαρήκων Αργυρούπολης κ.ά. Επίσης, στη μελέτη έλαβαν μέρος παιδιά με τύφλωση ή σοβαρά προβλήματα όρασης από το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (ΚΕΑΤ) Αθήνας, το Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Τυφλών Καλλιθέας κ.ά. Επιπλέον, συμμετείχαν παιδιά με κινητικές αναπηρίες από σχολεία όπως το Ειδικό Γυμνάσιο & Λύκειο Κινητικά Αναπήρων Αθηνών, το Ειδικό Δημοτικό Σωματικά Ανάπηρων Παιδιών Ιωαννίνων κ.ά.. Συμμετείχαν επίσης μαθητές από διάφορα Εργαστήρια Ειδικής και Επαγγελματικής

Εκπαίδευσης (Ε.Ε.Ε.Ε.Κ.) και Ενιαία Ειδικά και Επαγγελματικά Γυμνάσια και Λύκεια (ΕΝ.Ε.Ε.Γ.Υ.Λ.), καθώς και από διάφορα ειδικά δημοτικά σχολεία. Συμμετείχαν επίσης παιδιά που φοιτούσαν στην ΕΛΕΠΑΠ (Ελληνική Εταιρία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Προσώπων). Λόγω της ιδιότητας του ερευνητή ως εκπαιδευτικός και Προϊστάμενος σχολικής μονάδας, υπήρξε η δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας με διευθυντές διαφόρων σχολείων προκειμένου να συλλεχτεί δείγμα από πολλές περιοχές της χώρας. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, συμπεριλήφθηκαν μαθητές από την Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, την Πάτρα, το Ηράκλειο, τα Ιωάννινα, τη Λάρισα, τον Βόλο, τα Τρίκαλα, την Καλαμάτα, τη Ρόδο, την Αλεξανδρούπολη, την Άρτα, την Πρέβεζα, την Ηγουμενίτσα, το Αγρίνιο, το Μεσολόγγι και άλλες πόλεις της Ελλάδας, εξασφαλίζοντας ένα αντιπροσωπευτικό και ποικιλόμορφο δείγμα. Η μέθοδος δειγματοληψίας θεωρείται ως η δειγματοληψία κατά ομάδες ανάλογα με το είδος της αναπηρίας (ακουστική, κινητική, οπτική) (Creswell, 2014) και η συλλογή πραγματοποιήθηκε είτε διαδικτυακά είτε δια ζώσης μέσω έντυπης μορφής.

Στην έρευνα συμμετείχαν 179 παιδιά (85 αγόρια, 94 κορίτσια) με οπτική, κινητική ή ακουστική αναπηρία, 8-18 ετών, τα οποία στη πλειοψηφία τους διαμένουν σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές και έχουν αδέρφια. Τα παιδιά οπτικής αναπηρίας ήταν είτε μερικώς βλέποντες είτε με ολική τύφλωση. Τα παιδιά με ακουστική αναπηρία είχαν είτε αναπηρία αγωγής, είτε νευροαισθητήρια είτε μεικτή με τον βαθμό αναπηρίας να χαρακτηρίζεται τουλάχιστον σοβαρός στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Τα παιδιά με κινητική αναπηρία είχαν είτε επίκτητη είτε συγγενή. Η πλειοψηφία των γονέων των παιδιών με αναπηρίες ήταν περίπου 40 ετών, με επίπεδο εκπαίδευσης Λυκείου ή Πανεπιστημίου, εργαζόμενοι και παντρεμένοι. Χρησιμοποιήθηκε επίσης και ένα δείγμα ελέγχου 99 παιδιών τυπικής ανάπτυξης, χωρίς αναπηρίες με παρόμοια χαρακτηριστικά με αυτά των παιδιών με αναπηρίες, προκειμένου να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις μεταξύ των 2 δειγμάτων.

8.5.1. Δημογραφικά στοιχεία παιδιών

Ο Πίνακας 10 (Γραφήματα 5-9) παρουσιάζει τα δημογραφικά στοιχεία των 179 παιδιών δείγματος, με αναπηρία.

Πίνακας 8: Δημογραφικά στοιχεία παιδιών				
Στοιχείο	Κατηγορία	N	%	
Φύλο παιδιού	Αγόρι	85	47,49	
	Κορίτσι	94	52,51	
Ηλικία παιδιού	8-10 ετών	83	46,37	
	11-18 ετών	96	53,63	
Τόπος κατοικίας	Αστική περιοχή	48	28,24	
	Ημιαστική περιοχή	40	23,53	
	Αγροτική περιοχή	82	48,24	
Αδέλφια	Όχι	30	17,05	
	Ναι	146	82,95	
Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι	3	33	18,64	
	4	58	32,77	
	5	47	26,55	
	6	26	14,69	
	7 και άνω	13	7,34	

Σχετικά με το φύλο του παιδιού, το 52,51% ($N=94$) είναι κορίτσια, ενώ το 47,49% ($N=85$) αγόρια. Όσον αφορά την ηλικία παιδιού, το 53,63% ($N=96$) είναι 11-18 ετών, ενώ το 46,37% ($N=83$) 8-10 ετών. Αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, το 48,24% ($N=82$) διαμένουν σε αγροτική περιοχή, το 28,24% ($N=48$) σε αστική και το 23,53% ($N=40$) σε ημιαστική. Το 82,95% ($N=146$) έχουν αδέρφια, ενώ το 17,05% ($N=30$) δεν έχουν. Αναφορικά με τον αριθμό ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι, το 32,77% ($N=58$) κατοικούν συνολικά 4 άτομα, το 26,55% ($N=47$) με 5, το 18,64% ($N=33$) με 3, το 14,69% ($N=26$) με 6 και το 7,34% ($N=13$) κατοικούν με 7 άτομα και άνω.

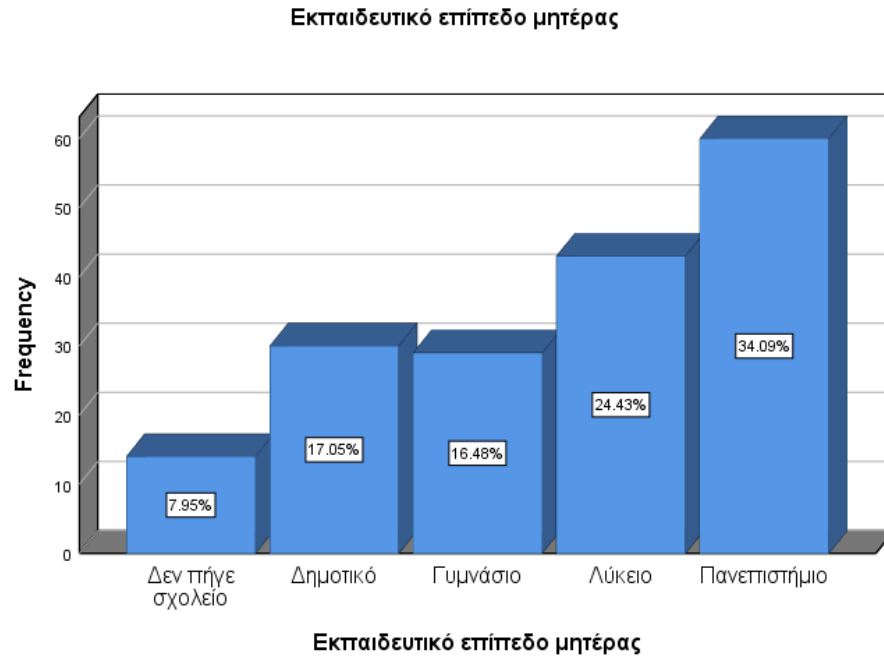
8.5.2. Δημογραφικά στοιχεία γονιών

Στον Πίνακα 11 (Γραφήματα 10-17) παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των γονιών.

Πίνακας 9: Δημογραφικά στοιχεία γονιών

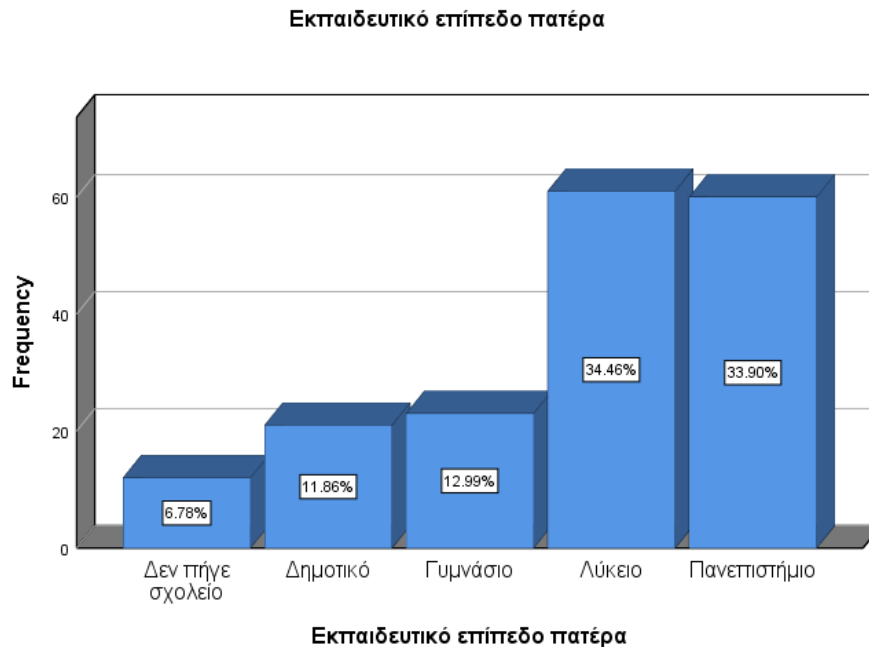
Κατηγορική μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Δεν πήγε σχολείο	14	7,95
	Δημοτικό	30	17,05
	Γυμνάσιο	29	16,48
	Λύκειο	43	24,43
	Πανεπιστήμιο	60	34,09
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Δεν πήγε σχολείο	12	6,78
	Δημοτικό	21	11,86
	Γυμνάσιο	23	12,99
	Λύκειο	61	34,46
	Πανεπιστήμιο	60	33,90
Επάγγελμα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	50	28,57
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	29,71
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	17,71
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	24,00
Επάγγελμα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	34	19,43
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	26,29
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	48,57
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	5,71
Οικογενειακή κατάσταση μητέρας	Παντρεμένη	126	70,79
	Διαζευγμένη	21	11,80
	Σε διάσταση	20	11,24
	Ξαναπαντρεμένη	9	5,06
	Δε ζει/ απεβίωσε	2	1,12
Οικογενειακή κατάσταση πατέρα	Παντρεμένος	124	69,66
	Διαζευγμένος	16	8,99
	Σε διάσταση	22	12,36
	Ξαναπαντρεμένος	11	6,18
	Δε ζει/ απεβίωσε	5	2,81
Ποσοτική μεταβλητή	Ελάχιστη-Μέγιστη	M.O.	T.A.
Ηλικία μητέρας	27 - 56	38,89	6,75
Ηλικία πατέρα	26 - 66	42,59	7,64

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, το 34,09% ($N=60$) είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου, το 24,43% ($N=43$) λυκείου, το 17,05% ($N=30$) Δημοτικού, το 16,48% ($N=29$) Γυμνασίου, ενώ το 7,95% ($N=14$) δεν πήγαν σχολείο.



Γράφημα 2: Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

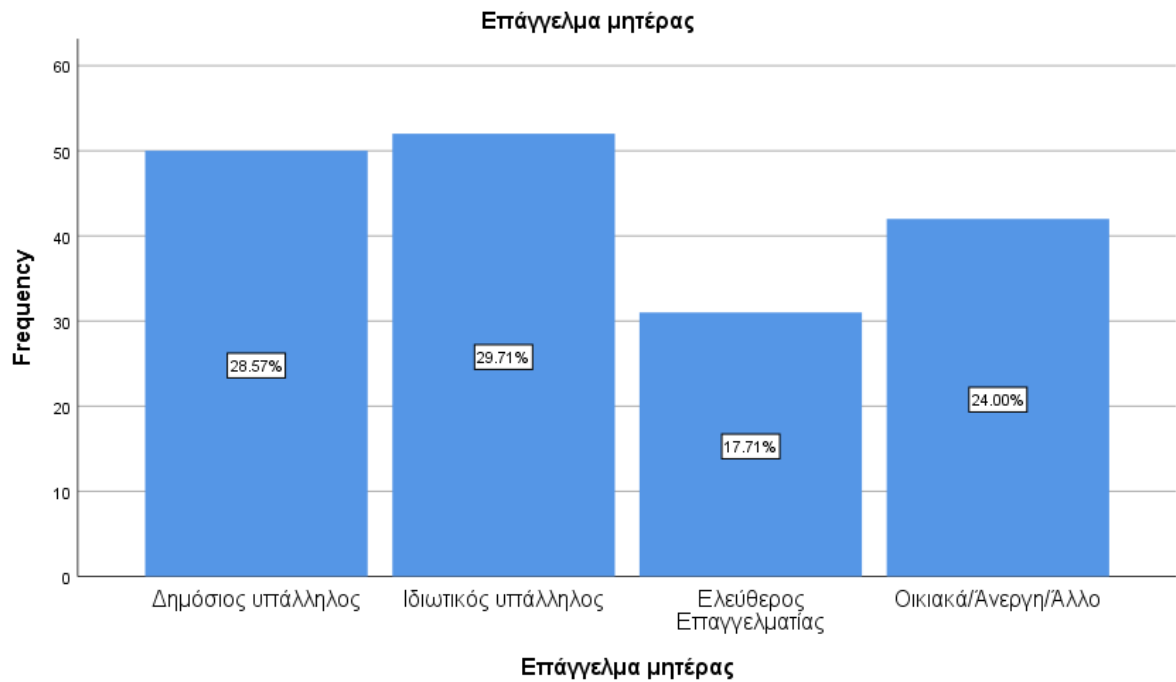
Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα, το 34,46% ($N=61$) είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 33,90% ($N=60$) Πανεπιστημίου, το 12,99% ($N=23$) Γυμνασίου, το 11,86% ($N=21$) Δημοτικού, ενώ το 6,78% ($N=12$) δεν πήγαν σχολείο.



Γράφημα 3: Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

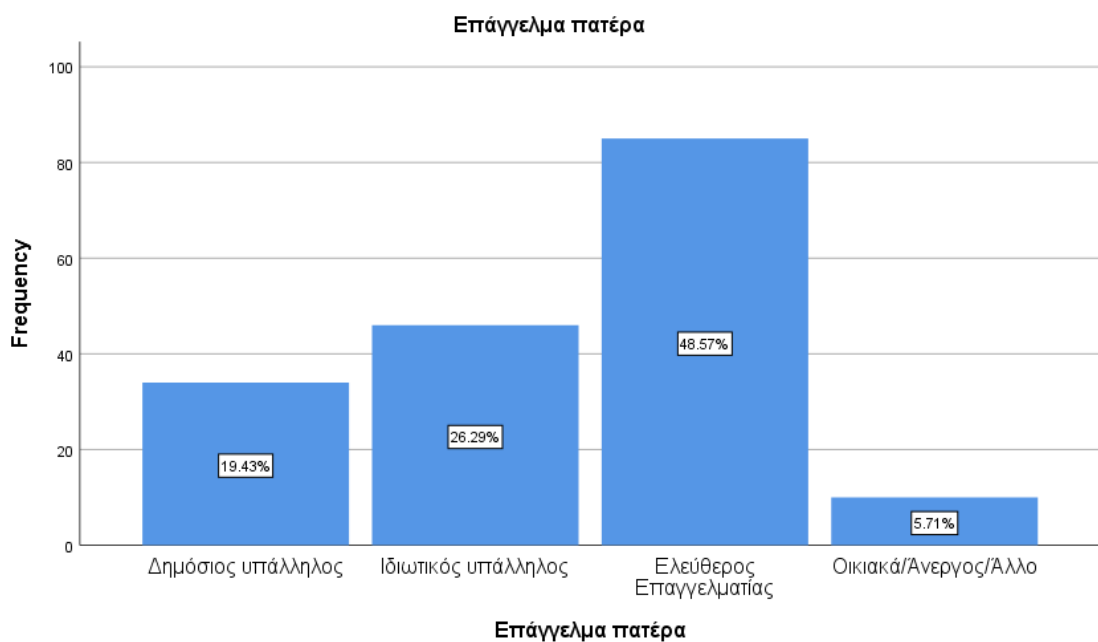
Σχετικά με το επάγγελμα της μητέρας, το 29,71% ($N=52$) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 28,57% ($N=50$) δημόσιοι υπάλληλοι, το 24,00% ($N=42$) ασχολούνται με τα

οικιακά/είναι άνεργες/έχουν άλλη ασχολία και το 17,71% ($N=31$) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες.



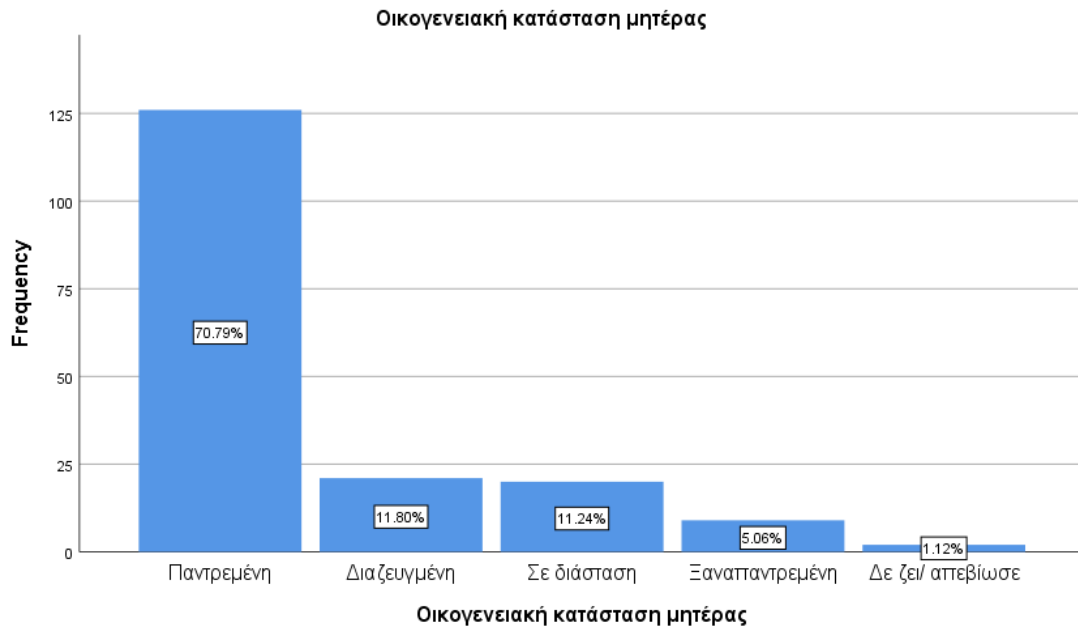
Γράφημα 4: Επάγγελμα μητέρας

Αναφορικά με το επάγγελμα του πατέρα, το 48,57% ($N=85$) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 26,29% ($N=46$) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 19,43% ($N=34$) δημόσιοι υπάλληλοι και το 5,71% ($N=10$) ασχολούνται με τα οικιακά/είναι άνεργοι/έχουν άλλη ασχολία.



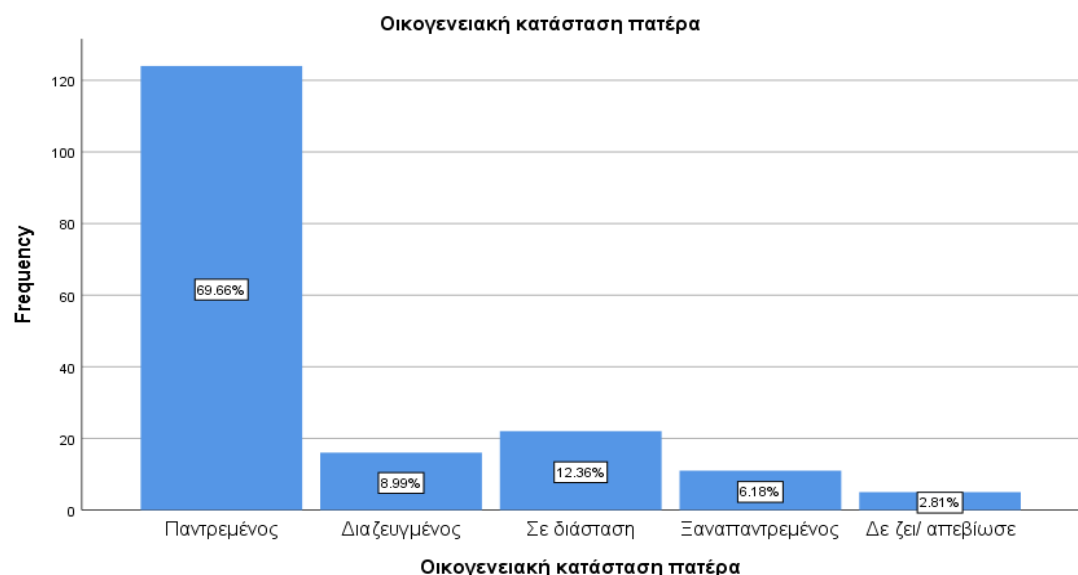
Γράφημα 5: Επάγγελμα πατέρα

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση της μητέρας, το 70,79% ($N=126$) είναι παντρεμένες, το 11,80% ($N=21$) διαζευγμένες, το 11,24% ($N=20$) σε διάσταση, το 5,06% ($N=9$) ξαναπαντρεμένες ενώ το 1,12% ($N=2$) δεν ζουν/απεβίωσαν.



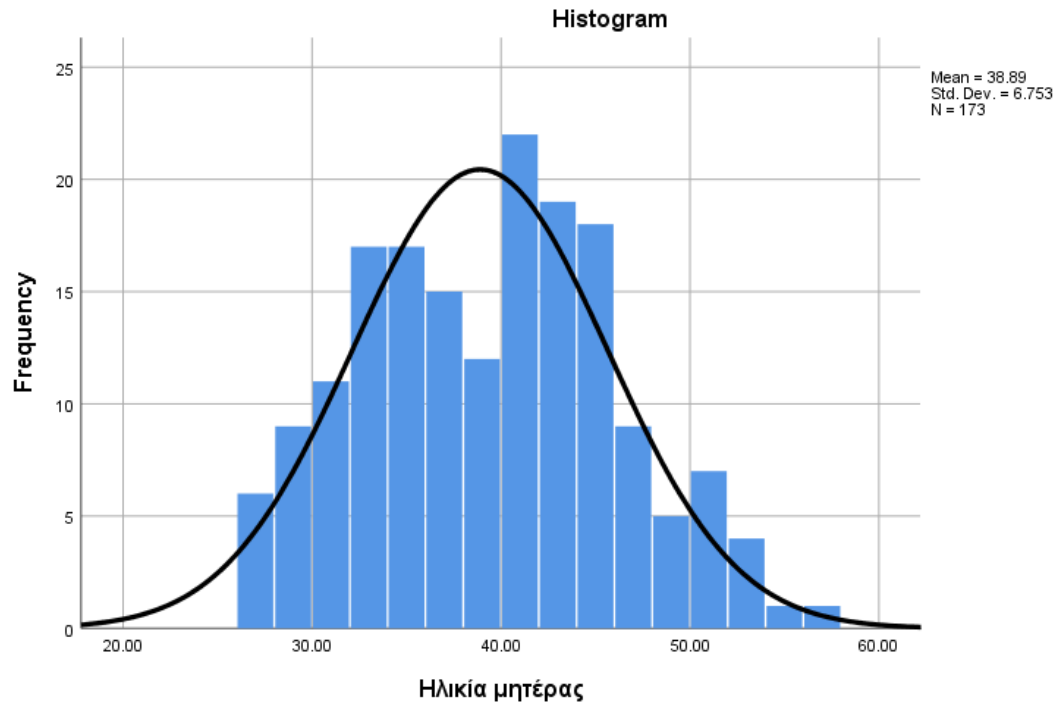
Γράφημα 6: Οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση του πατέρα, το 69,66% ($N=124$) είναι παντρεμένοι, το 12,36% ($N=22$) σε διάσταση, το 8,99% ($N=16$) διαζευγμένοι, το 6,18% ($N=11$) ξαναπαντρεμένοι, ενώ το 2,81% ($N=5$) δεν ζουν/απεβίωσαν.



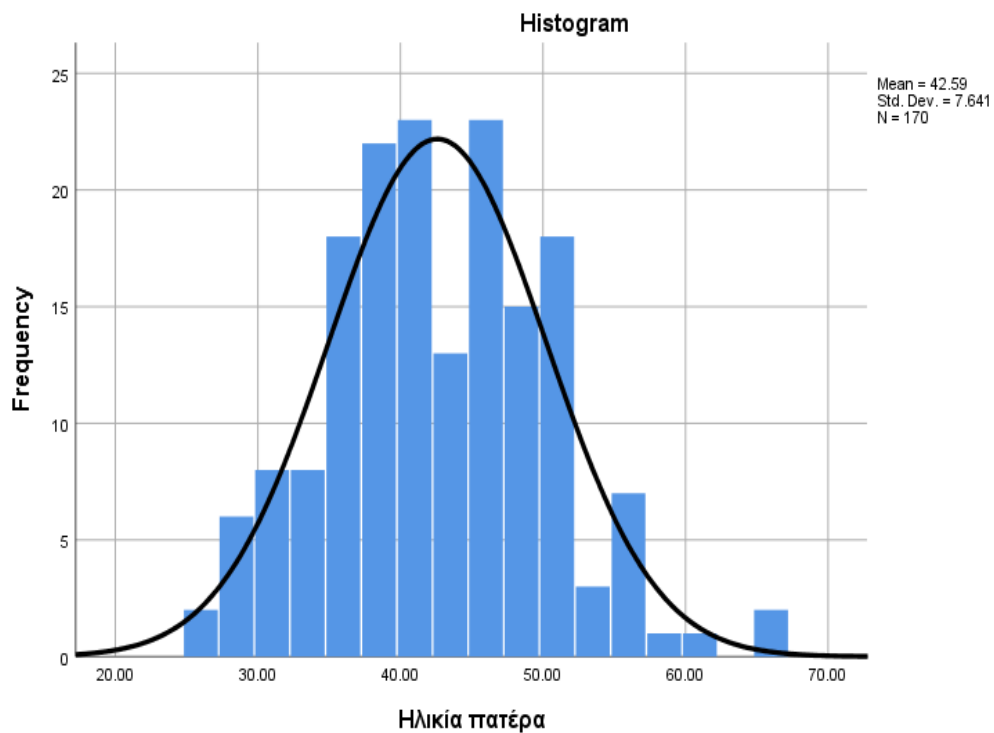
Γράφημα 7: Οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Αναφορικά με την ηλικία της μητέρας, οι μητέρες είναι κατά μέσο όρο 38 ετών ($M.O. = 38,89$, $T.A. = 6,75$) με τη νεότερη να είναι 27 ετών και τη γηραιότερη 56.



Γράφημα 8: Ηλικία μητέρας

Σχετικά με την ηλικία του πατέρα, οι πατεράδες είναι κατά μέσο όρο 42 ετών ($M.O. = 42,59$, $T.A. = 7,64$), με τον νεότερο να είναι 26 ετών και τον γηραιότερο 66.



Γράφημα 9: Ηλικία πατέρα

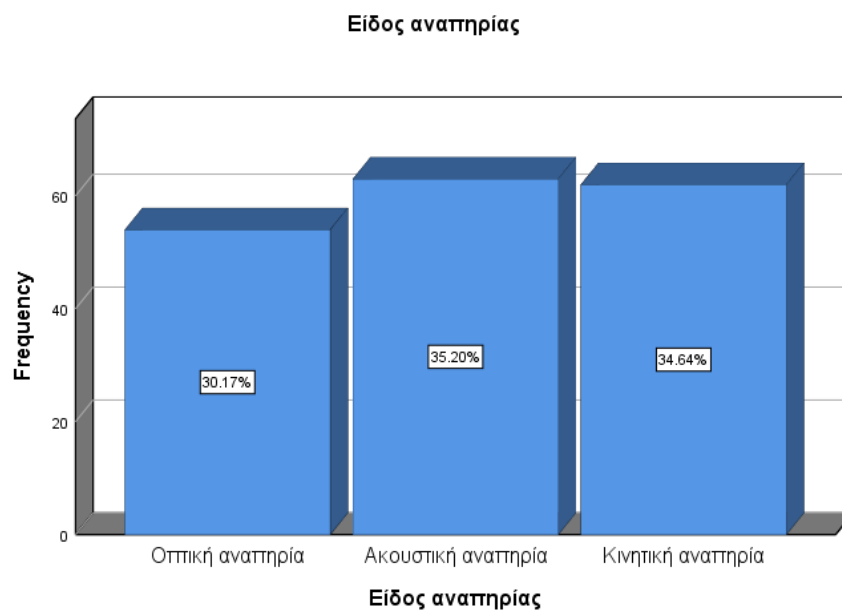
8.5.3. Αναπηρία παιδιών

Ο Πίνακας 12 (Γραφήματα 18-23) παρουσιάζει το είδος της αναπηρίας των παιδιών.

Πίνακας 10:Είδος αναπηρίας παιδιών

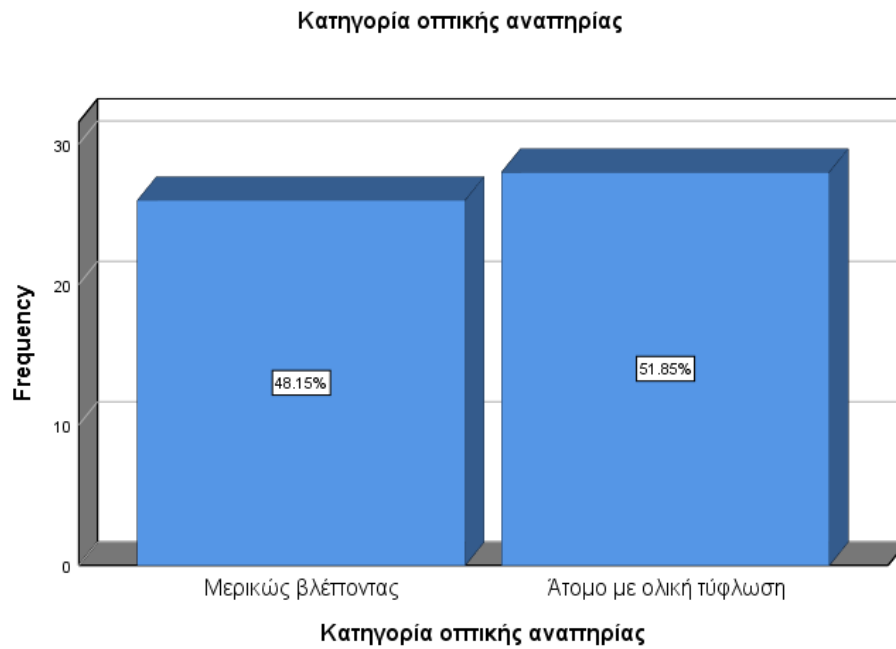
Αναπηρία	Κατηγορία	N	%
Είδος αναπηρίας	Οπτική αναπηρία	54	30,17
	Ακουστική αναπηρία	63	35,20
	Κινητική αναπηρία	62	34,64
Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	Μερικώς βλέποντας	26	48,15
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	51,85
Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	Αγωγής	20	31,75
	Νευροαισθητήρια	22	34,92
	Μεικτή	21	33,33
Βαθμός ακουστικής αναπηρία	Ήπια απώλεια ακοής	11	17,46
	Μέτρια απώλεια ακοής	12	19,05
	Σοβαρή απώλεια ακοής	15	23,81
	Πολύ σοβαρή απώλεια ακοής	12	19,05
	Βαθιά απώλεια ακοής (Κώφωση)	13	20,63
Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	50,00
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	50,00
Ονομασία κινητικής αναπηρίας	Αταξία λόγω ατροφίας παρεγκεφαλίδας	1	25,00
	Σύνδρομο κλάματος γαλής	1	25,00
	Εγκεφαλική παράλυση	1	25,00
	Σύνδρομο Rett-Παραλυτική παράλυση	1	25,00

Όσον αφορά το είδος της αναπηρίας, το 35,20% ($N=63$) έχουν ακουστική αναπηρία, το 34,64% ($N=62$) κινητική και το 30,17% ($N=54$) έχουν οπτική αναπηρία.



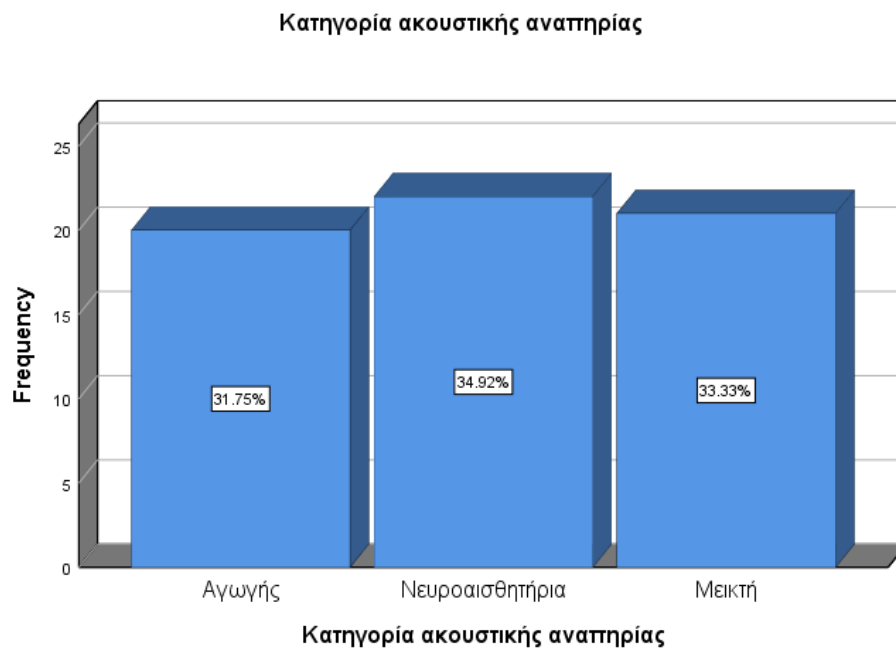
Γράφημα 10: Είδος αναπηρίας

Σχετικά με την κατηγορία της οπτικής αναπηρίας, το 51,85% ($N=28$) είναι άτομα με ολική τύφλωση και το 48,15% ($N=26$) άτομα μερικώς βλέποντες.



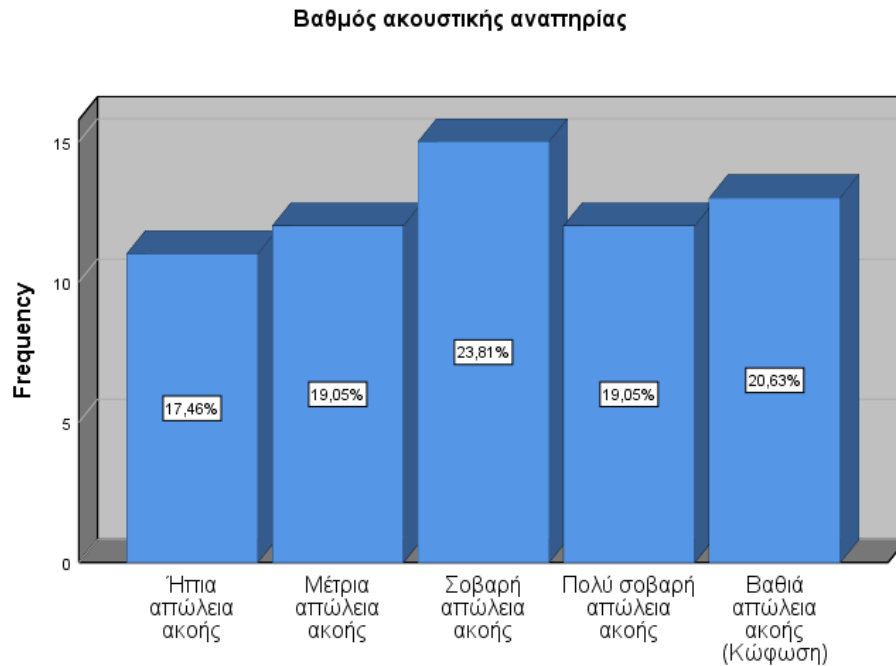
Γράφημα 11: Κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Αναφορικά με την κατηγορία της ακουστικής αναπηρίας, το 34,92% ($N=22$) έχουν νευροαισθητήρια ακουστική αναπηρία, το 33,33% ($N=21$) μεικτή και το 31,75% ($N=20$) ακουστική αναπηρία αγωγής.



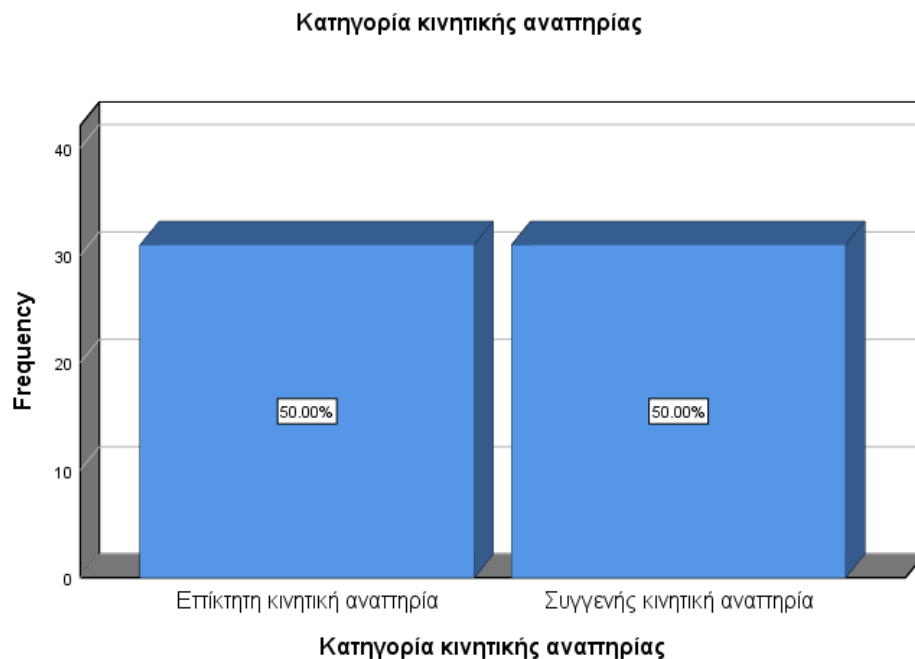
Γράφημα 12: Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Σχετικά με τον βαθμό της ακουστικής αναπηρίας, το 23,81% ($N=15$) έχει σοβαρή απώλεια ακοής, το 20,63% ($N=13$) βαθιά (κώφωση), το ίδιο ποσοστό 19,05% ($N=12$) μέτρια και πολύ σοβαρή και το 17,46% ($N=11$) ήπια ακουστική αναπηρία.



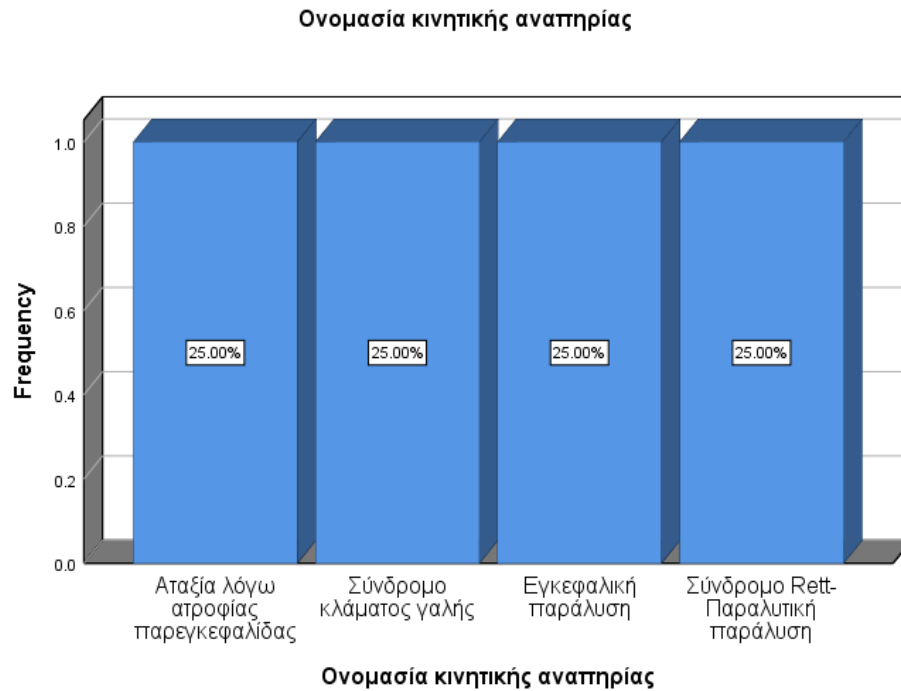
Γράφημα 13: Βαθμός ακουστικής αναπηρίας

Σχετικά με την κατηγορία της κινητικής αναπηρίας, το ίδιο ποσοστό 50,00% ($N=31$) έχουν επίκτητη κινητική αναπηρία και συγγενής.



Γράφημα 14: Κατηγορία κινητικής αναπηρίας

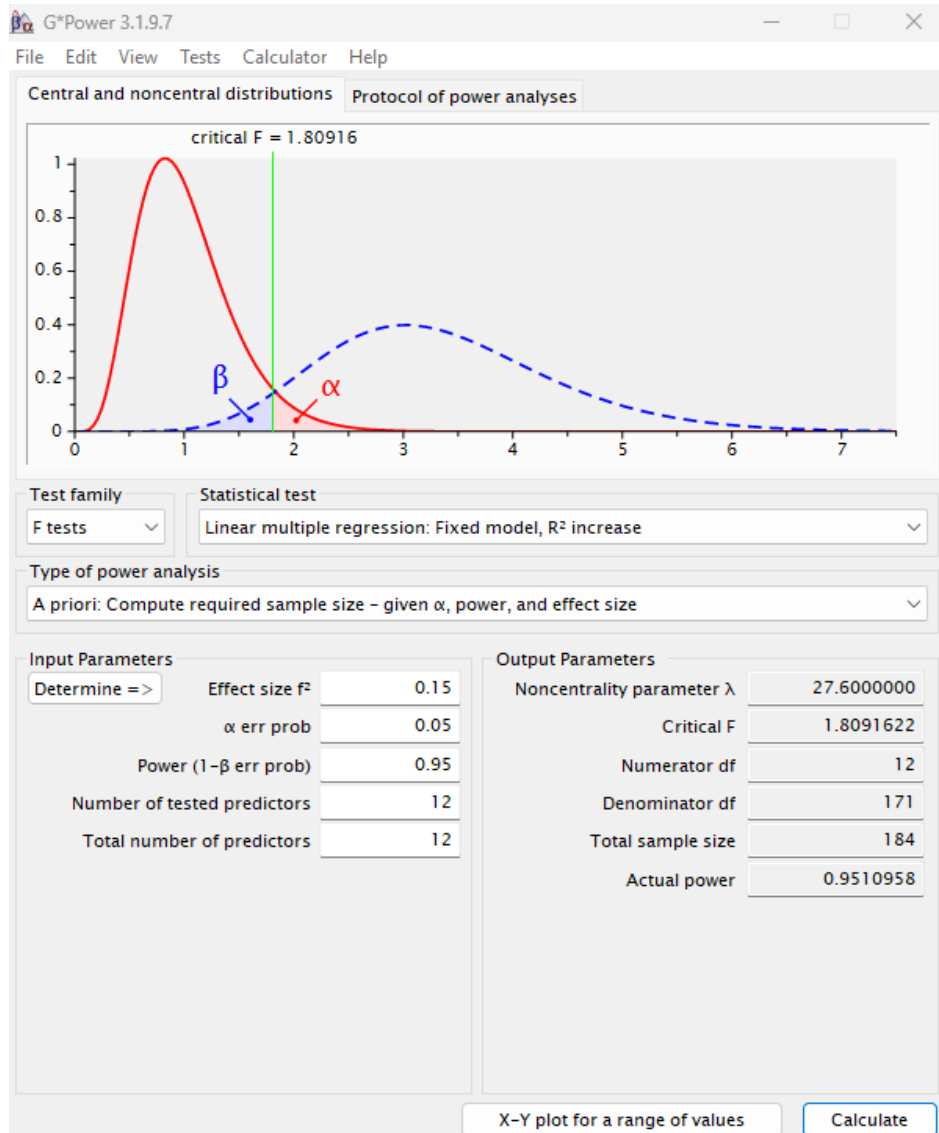
Αναφορικά με την ονομασία της κινητικής αναπηρίας, μόνο 4 απαντήσεις συγκεντρώθηκαν που αναφέρουν σε ίδιο ποσοστό 25,00% ($N=1$) την αταξία λόγω ατροφίας παρεγκεφαλίδας, το σύνδρομο κλάματος γαλής, την εγκεφαλική παράλυση και το σύνδρομο Rett-παραλυτική παράλυση.



Γράφημα 15: Ονομασία κινητικής αναπηρίας

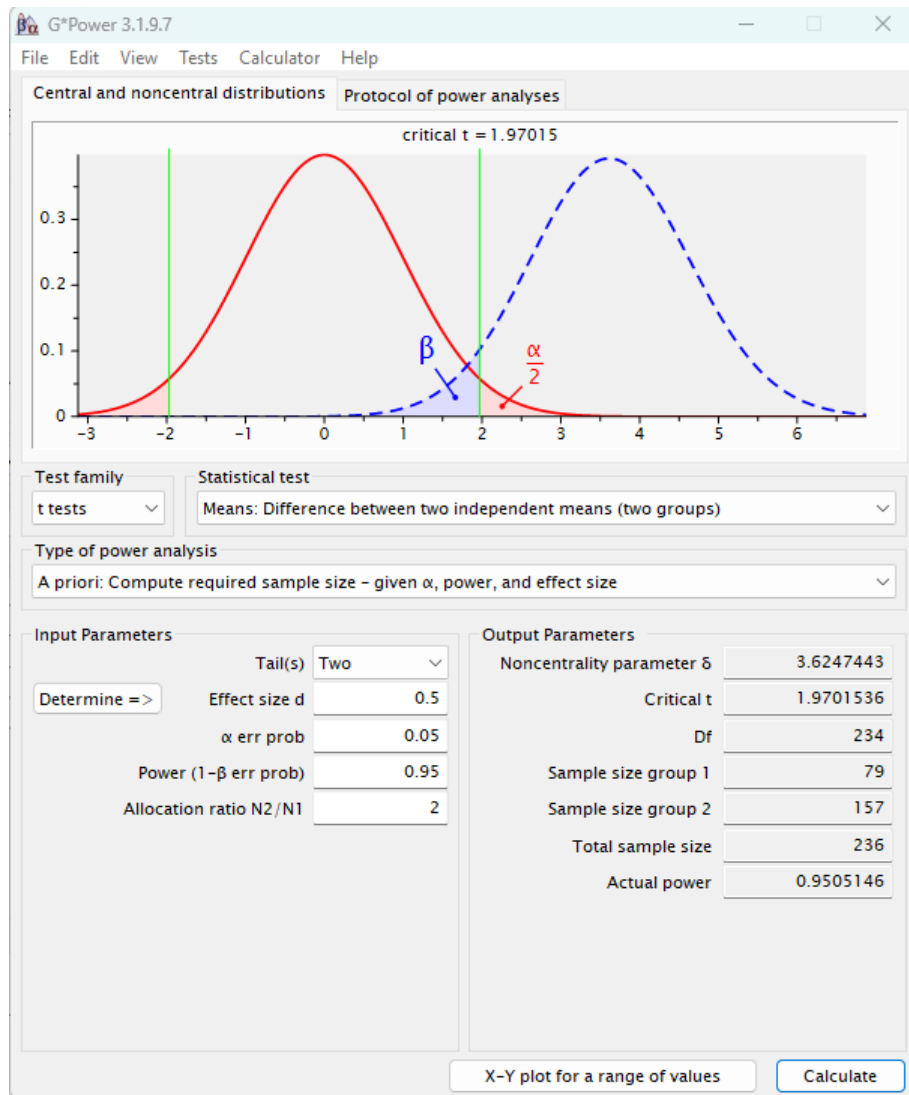
8.5.4. Αναλύσεις ισχύος

Στο Γράφημα 2 βλέπουμε την ανάλυση ισχύος (Cohen, 2013) για εφαρμογή πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με 12 ανεξάρτητες μεταβλητές, καθώς αυτό ήταν το μοντέλο με τις περισσότερες ανεξάρτητες που προέκυψε (βλ. Πίνακας 276). Η ανάλυση ισχύος ανέδειξε δείγμα 184 συμμετεχόντων, αρκετά κοντά στο μέγεθος του δείγματος της παρούσας έρευνας (179 παιδιά με αναπηρίες).



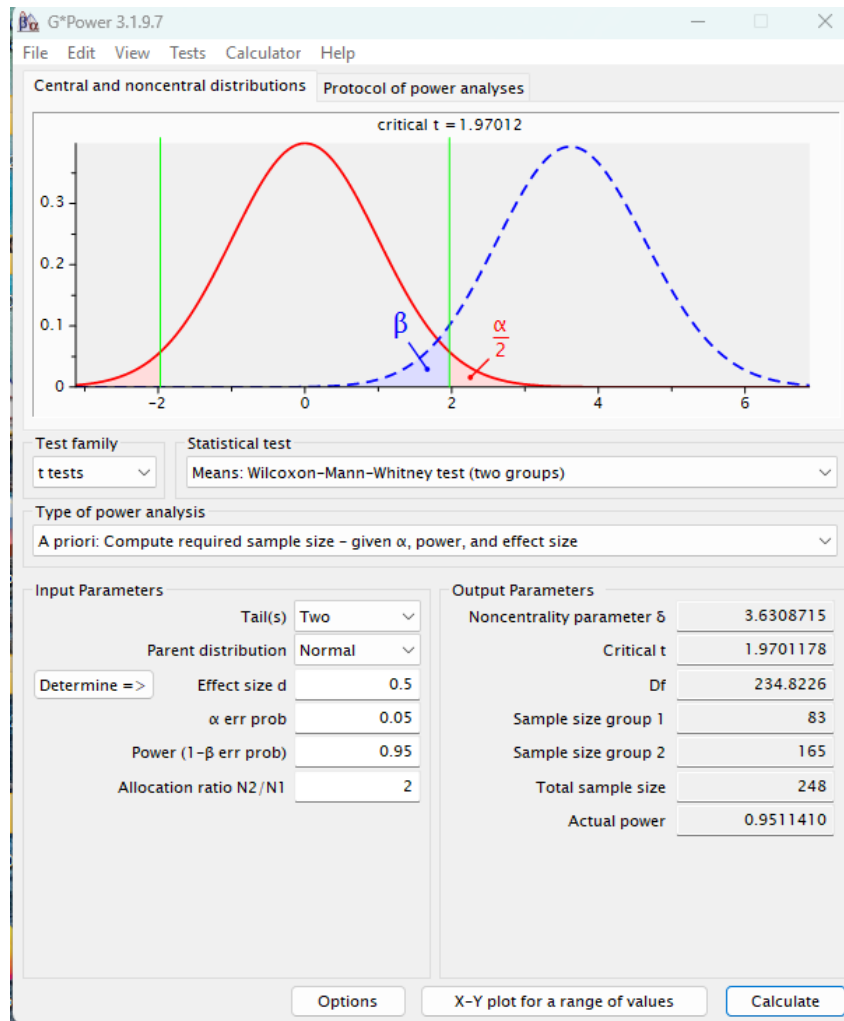
Γράφημα 16: Ανάλυση ισχύος για εφαρμογή πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

Σύμφωνα με το Γράφημα 3, η ανάλυση ισχύος για εφαρμογή του δίπλευρου παραμετρικού ελέγχου independent samples t-test με αναλογία 2 προς 1 ανέδειξε 157 παιδιά με αναπηρίες και 79 παιδιά τυπικής ανάπτυξης, συνεπώς το δείγμα που συλλέχτηκε (179 παιδιά με αναπηρίες και 99 παιδιά τυπικής ανάπτυξης) θεωρείται επαρκές για την κάλυψη της απαραίτητης στατιστικά ισχύος (Cohen, 2013).



Γράφημα 17: Ανάλυση ισχύος για εφαρμογή independent samples t-test

Σύμφωνα με το Γράφημα 4, η ανάλυση ισχύος για εφαρμογή του δίπλευρου μη παραμετρικού ελέγχου Mann Whitney με αναλογία 2 προς 1 ανέδειξε 165 παιδιά με αναπηρίες και 83 παιδιά τυπικής ανάπτυξης, συνεπώς το δείγμα που συλλέχτηκε (179 παιδιά με αναπηρίες και 99 παιδιά τυπικής ανάπτυξης) θεωρείται επαρκές για την κάλυψη της απαραίτητης στατιστικά ισχύς (Cohen, 2013).



Γράφημα 18: Ανάλυση ισχύος για εφαρμογή του ελέγχου Mann Whitney

Η έγκριση την διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε στις 13/3/2023 από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τις 14/10/2023 έως τις 19/4/2024. Οι συμμετέχοντες γονείς ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και ότι διεξάγεται στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων με τίτλο «Η γονεϊκή προσκόλληση ως παράγοντας διαμόρφωσης της προσωπικότητας παιδιών με αναπηρία και η συμβολή της ως προς την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων». Επιπλέον ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους θα είναι ανώνυμη και ότι θα προστατευτούν τα προσωπικά τους δεδομένα όπως ορίζουν οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας (BPS, 2014). Ο ερευνητής ευχαρίστησε τους γονείς για την συμμετοχή τους και τους κοινοποίησε το προσωπικό του e-mail σε περίπτωση που θελήσουν επικοινωνία για οποιονδήποτε λόγο.

8.6. Μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με συνδυασμό των προγραμμάτων Microsoft Office Excel 2016 και IBM SPSS 26. Το πρόγραμμα Microsoft Office Excel 2016 χρησιμοποιήθηκε για την κωδικοποίηση των δεδομένων τα οποία εισήχθησαν σε υπολογιστικό φύλλο από έντυπη μορφή. Πραγματοποιήθηκαν περιγραφικές και επαγωγικές αναλύσεις.

Στην Περιγραφική Στατιστική χρησιμοποιήθηκαν ποσοστά και συχνότητες για τις κατηγορικές μεταβλητές που αναφέρονται στα χαρακτηριστικά των γονέων, των παιδιών και στο είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, ενώ για τις ποσοτικές δημογραφικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά μέτρα του μέσου όρου, της τυπικής απόκλισης, της ελάχιστης και μέγιστης τιμής. Οι ερωτήσεις που αναφέρονται στην γονεϊκή προσκόλληση, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων παρουσιάστηκαν με ποσοστά, μέσο όρο και τυπική απόκλιση (Field, 2017)

Η Επαγωγική Στατιστική πραγματοποιήθηκε σε σημαντικότητα 5%, δηλαδή στατιστικά σημαντικά θεωρήθηκαν τα ευρήματα για $p\text{-value} < 0,05$. Δημιουργήθηκαν οι παράγοντες που αναφέρονται στην γονεϊκή προσκόλληση, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων, με χρήση του μέσου όρου των ερωτήσεων οι οποίες ανέδειξαν τουλάχιστον αποδεκτή αξιοπιστία ($\geq 0,6$) (Nunnally & Bernstein, 1994). Εκτιμήθηκαν τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης της μέσης τιμής των παραγόντων προκειμένου να επιτευχθεί γενίκευση για τον πληθυσμό (Field, 2017).

Οι παράγοντες που αναφέρονται στην γονεϊκή προσκόλληση, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων ελέγχθηκαν για ύπαρξη κανονικής κατανομής με χρήση του Shapiro Wilk test που επιφέρει ακριβέστερα αποτελέσματα (Razali & Wah, 2011).

Από τον Πίνακα 8, προκύπτει ότι για τα παιδιά με οπτική, κινητική και ακουστική αναπηρία:

- ❖ Οι παράγοντες της κλίμακας PBI δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ($p \leq 0,028$) εκτός από την «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» ($p = 0,229$).

- ❖ Οι παράγοντες της αντιμετώπισης προβλημάτων δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ($p \leq 0,014$).
- ❖ Οι παράγοντες της συναισθηματικής αντιδραστικότητας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ($p \leq 0,019$) εκτός από την «Συναισθηματική αστάθεια» ($p = 0,060$).
- ❖ Οι παράγοντες της ευσυνειδησίας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ($p \leq 0,021$) εκτός από τα «Κίνητρα απόδοσης» ($p = 0,090$).
- ❖ Ο παράγοντας «Προσήνεια» δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή ($p = 0,002$) αλλά οι υποπαράγοντες «Συμμόρφωση» ($p = 0,050$), «Εγκαρδιότητα» ($p = 0,086$) και «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ($p = 0,052$) ακολουθούν.
- ❖ Οι παράγοντες της εξωστρέφειας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ($p \leq 0,020$) εκτός από «Κοινωνικότητα» ($p = 0,589$).
- ❖ Από τους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης δεν ακολουθούν κανονική κατανομή η «Διανοητική ανάπτυξη» και η «Νόηση» ($p \leq 0,007$), ενώ η «Αυτοπεποίθηση» και η «Δεκτικότητα σε εμπειρίες» ακολουθούν κανονική κατανομή ($p \geq 0,076$).

Πίνακας 11: Έλεγχος κανονικότητας των παραγόντων για τα παιδιά με αναπηρίες

Ερωματολόγιο	Παράγοντες	W	df	p-value
PBI	Φροντίδα μητέρας	0,983	179	0,028
	Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	0,968	179	<0,001
	Φροντίδα πατέρα	0,972	179	0,001
	Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	0,990	179	0,229
Αντιμετώπιση προβλημάτων	Οικογενειακή στήριξη	0,956	179	<0,001
	Αποφυγή-Λήθη	0,979	179	0,008
	Αδυναμία-Παραίτηση	0,981	179	0,014
	Λύση προβλήματος	0,978	179	0,007
	Απομόνωση	0,918	177	<0,001
	Αναζήτηση βοήθειας	0,941	179	<0,001
	Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	0,968	179	<0,001
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Συναισθηματική αντιδραστικότητα	0,979	179	0,009
	Διαγωγή	0,980	179	0,011
	Ατομισμός/Εγωισμός	0,982	179	0,019
	Συναισθηματική αστάθεια	0,985	179	0,060
Ευσυνειδησία	Ευσυνειδησία	0,980	179	0,012
	Επιμέλεια	0,978	179	0,007
	Κίνητρα απόδοσης	0,987	179	0,090
	Σχολική επάρκεια	0,982	179	0,021
Προσήγεια	Προσήγεια	0,975	179	0,002
	Συμμόρφωση	0,985	179	0,050
	Εγκαρδιότητα	0,987	179	0,086
	Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	0,985	179	0,052
Εξωστρέφεια	Εξωστρέφεια	0,982	179	0,020
	Απόσυρση	0,970	179	0,001
	Δραστηριότητα	0,959	83	0,009
	Κοινωνικότητα	0,993	179	0,589
Διανοητική ανάπτυξη	Διανοητική ανάπτυξη	0,978	179	0,007
	Νόηση	0,978	179	0,006
	Αυτοπεποίθηση	0,986	179	0,076
	Δεκτικότητα σε εμπειρίες	0,982	96	0,227

Συνεπώς, χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω παραμετρικοί έλεγχοι στις περιπτώσεις ύπαρξης κανονικής κατανομής:

A)Independent samples t-test για σύγκριση μέσων όρων των παραγόντων που αναφέρονται στην γονεϊκή προσκόλληση, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων που ορίζονται από διχοτομική μεταβλητή που αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των γονέων και των παιδιών.

B)One-Way ANOVA για σύγκριση μέσων όρων των παραγόντων που αναφέρονται στην γονεϊκή προσκόλληση, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων μεταξύ 3 ή περισσότερων ανεξάρτητων

δειγμάτων που ορίζονται από κατηγορική μεταβλητή που αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των γονέων και των παιδιών. Σε όσες περιπτώσεις εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα χρησιμοποιήθηκε Post Hoc Analysis LSD για ίσες διακυμάνσεις και Games Howell για άνισες, προκειμένου να προσδιοριστούν τα δείγματα που διαφοροποιούνται.

Γ) Pearson για έλεγχο συσχετίσεων των παραγόντων που αναφέρονται στην γονεϊκή προσκόλληση, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων μεταξύ τους αλλά και με άλλες ποσοτικές μεταβλητές δημογραφικών στοιχείων των γονέων (Field, 2017).

Στις περιπτώσεις ύπαρξης μη κανονικής κατανομής χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω μη παραμετρικοί έλεγχοι:

Α) Mann Whitney U για σύγκριση μέσων όρων των παραγόντων που αναφέρονται στην γονεϊκή προσκόλληση, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων που ορίζονται από διχοτομική μεταβλητή που αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των γονέων και των παιδιών.

Β) Kruskal Wallis για σύγκριση μέσων όρων των παραγόντων που αναφέρονται στην γονεϊκή προσκόλληση, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων μεταξύ 3 ή περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων που ορίζονται από κατηγορική μεταβλητή που αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των γονέων και των παιδιών. Σε όσες περιπτώσεις εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα χρησιμοποιήθηκε Post Hoc Analysis Bonferonni, προκειμένου να προσδιοριστούν τα δείγματα που διαφοροποιούνται.

Γ) Spearman για έλεγχο συσχετίσεων των παραγόντων που αναφέρονται στην γονεϊκή προσκόλληση, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων μεταξύ τους αλλά και με άλλες ποσοτικές μεταβλητές στοιχείων των γονέων και των παιδιών (Field, 2017).

Μετά το πέρας της διμεταβλητής ανάλυσης, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, προκειμένου να διαπιστωθούν οι προβλεπτικοί παράγοντες των εξαρτημένων μεταβλητών. Στα μοντέλα εισήχθησαν οι ανεξάρτητες μεταβλητές οι οποίες εμφάνισαν γραμμικότητα με

την εκάστοτε εξαρτημένη μεταβλητή. Οι κατηγορικές μεταβλητές μετατράπηκαν σε ψευδομεταβλητές πριν την είσοδο τους στο μοντέλο. Τα μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ελέγχθηκαν για τον βαθμό προσαρμογής τους μέσω του συντελεστή προσδιορισμού R^2 ($\geq 25\%$) Επιπλέον, τα μοντέλα ελέγχθηκαν για ύπαρξη πολυσυγγραμμικότητας μέσω του συντελεστή VIF (< 3) και οι μεταβλητές που εμφάνισαν πολυσυγγραμμικότητα αφαιρέθηκαν. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Field, 2017).

A) Παράγοντας γονεϊκής προσκόλλησης $= \alpha_0$
 $+ \sum_{i=1}^5$ δημογραφικό στοιχείο (ι) παιδιού $+ \sum_{j=1}^8$ δημογραφικό στοιχείο (j) γονέα
 $+ \sum_{k=1}^6$ στοιχείο αναπηρίας (κ) παιδιού, για κάθε έναν από τους 4 παράγοντες της γονεϊκής προσκόλλησης (1.Φροντίδα μητέρας, 2.Υπερπροστατευτικότητα μητέρας, 3.Φροντίδα πατέρα, 4.Υπερπροστατευτικότητα πατέρα)

B) Παράγοντας προσωπικότητας $= \alpha_0$
 $+ \sum_{i=1}^4$ Παράγοντας (μ) γονεϊκής προσκόλλησης
 $+ \sum_{i=1}^5$ δημογραφικό στοιχείο (ι) παιδιού $+ \sum_{j=1}^8$ δημογραφικό στοιχείο (j) γονέα
 $+ \sum_{k=1}^6$ στοιχείο αναπηρίας (κ) παιδιού, για κάθε έναν από τους 5 παράγοντες της προσωπικότητας (1.Συναισθηματική αντιδραστικότητα, 2.Ευσυνειδησία, 3.Προσήνεια, 4.Εξωστρέφεια και 5.Διανοητική ανάπτυξη)

Γ) Παράγοντας αντιμετώπισης συγκρούσεων =

$\alpha_0 + \sum_{i=1}^4$ Παράγοντας (μ) γονεϊκής προσκόλλησης
 $+ \sum_{i=1}^5$ Παράγοντας (ν) προσωπικότητας
 $+ \sum_{i=1}^5$ δημογραφικό στοιχείο (ι) παιδιού $+ \sum_{j=1}^8$ δημογραφικό στοιχείο (j) γονέα
 $+ \sum_{k=1}^6$ στοιχείο αναπηρίας (κ) παιδιού, για κάθε έναν από τους 7 παράγοντες αντιμετώπισης συγκρούσεων (1.Οικογενειακή στήριξη, 2.Αποφυγή-Λήθη, 3.Αδυναμία-Παραίτηση, 4.Λύση προβλήματος, 5.Απομόνωση, 6.Αναζήτηση βοήθειας, 7.Αναθεώρηση-Ανασύνταξη).

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 προκειμένου να πραγματοποιηθούν συσχετίσεις μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών με την μεταβλητή «Κατηγορία παιδιού» που είναι διχοτομική με 2 επιλογές, α)Τυπικής ανάπτυξης, β)Με αναπηρία.

Στον Πίνακα 9 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ελέγχου κανονικότητας για το σύνολο του δείγματος όπου η κανονικότητα επαληθεύτηκε μόνο για τους παράγοντες «Δραστηριότητα» ($p=0,123$), «Κοινωνικότητα» ($p=0,359$) και «Δεκτικότητα σε εμπειρίες» ($p=0,090$).

Πίνακας 12: Έλεγχος κανονικότητας των παραγόντων για το σύνολο του δείγματος

Ερωματολόγιο	Παράγοντες	W	df	p-value
PBI	Φροντίδα μητέρας	0,982	278	0,001
	Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	0,975	278	0,000
	Φροντίδα πατέρα	0,975	278	0,000
	Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	0,988	278	0,018
Αντιμετώπιση προβλημάτων	Οικογενειακή στήριξη	0,958	278	<0,001
	Αποφυγή-Λήθη	0,985	278	0,005
	Αδυναμία-Παραίτηση	0,980	278	0,001
	Λύση προβλήματος	0,977	278	<0,001
	Απομόνωση	0,928	276	<0,001
	Αναζήτηση βοήθειας	0,954	278	<0,001
	Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	0,961	278	<0,001
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Συναισθηματική αντιδραστικότητα	0,983	278	0,002
	Διαγωγή	0,989	278	0,039
	Ατομισμός/Εγωισμός	0,983	278	0,002
	Συναισθηματική αστάθεια	0,980	278	0,001
Ευσυνειδησία	Ευσυνειδησία	0,989	278	0,041
	Επιμέλεια	0,989	278	0,033
	Κίνητρα απόδοσης	0,982	278	0,001
	Σχολική επάρκεια	0,980	278	0,001
Προσήνεια	Προσήνεια	0,983	278	0,002
	Συμμόρφωση	0,988	278	0,018
	Εγκαρδιότητα	0,987	278	0,016
	Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	0,988	278	0,026
Εξωστρέφεια	Εξωστρέφεια	0,986	278	0,009
	Απόσυρση	0,969	278	<0,001
	Δραστηριότητα	0,984	134	0,123
	Κοινωνικότητα	0,994	278	0,359
Διανοητική ανάπτυξη	Διανοητική ανάπτυξη	0,985	278	0,005
	Νόηση	0,981	278	0,001
	Αυτοπεποίθηση	0,986	278	0,009
	Δεκτικότητα σε εμπειρίες	0,984	144	0,090

Συνεπώς, για σύγκριση των μέσων τιμών των παραγόντων που αναφέρονται στην γονεϊκή προσκόλληση, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων μεταξύ παιδιών τυπικής ανάπτυξης και παιδιών με αναπηρίες χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος Independent samples t-test για κανονικές κατανομές και ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann Whitney U για μη κανονικές (Field, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

9.1. Περιγραφική στατιστική παιδιών με αναπηρίες

9.1.1. Γονεϊκή προσκόλληση (PBI)

Στην τρέχουσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων για την γονεϊκή προσκόλληση στους επιμέρους παράγοντες: 1) Φροντίδα μητέρας, 2) Υπερπροστατευτικότητα μητέρας, 3) Φροντίδα πατέρα και 4) Υπερπροστατευτικότητα πατέρα. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε κλίμακα 1-4 (1= Σχεδόν ποτέ, 2= Λίγες φορές, 3= Αρκετά συχνά, 4= Πολύ συχνά).

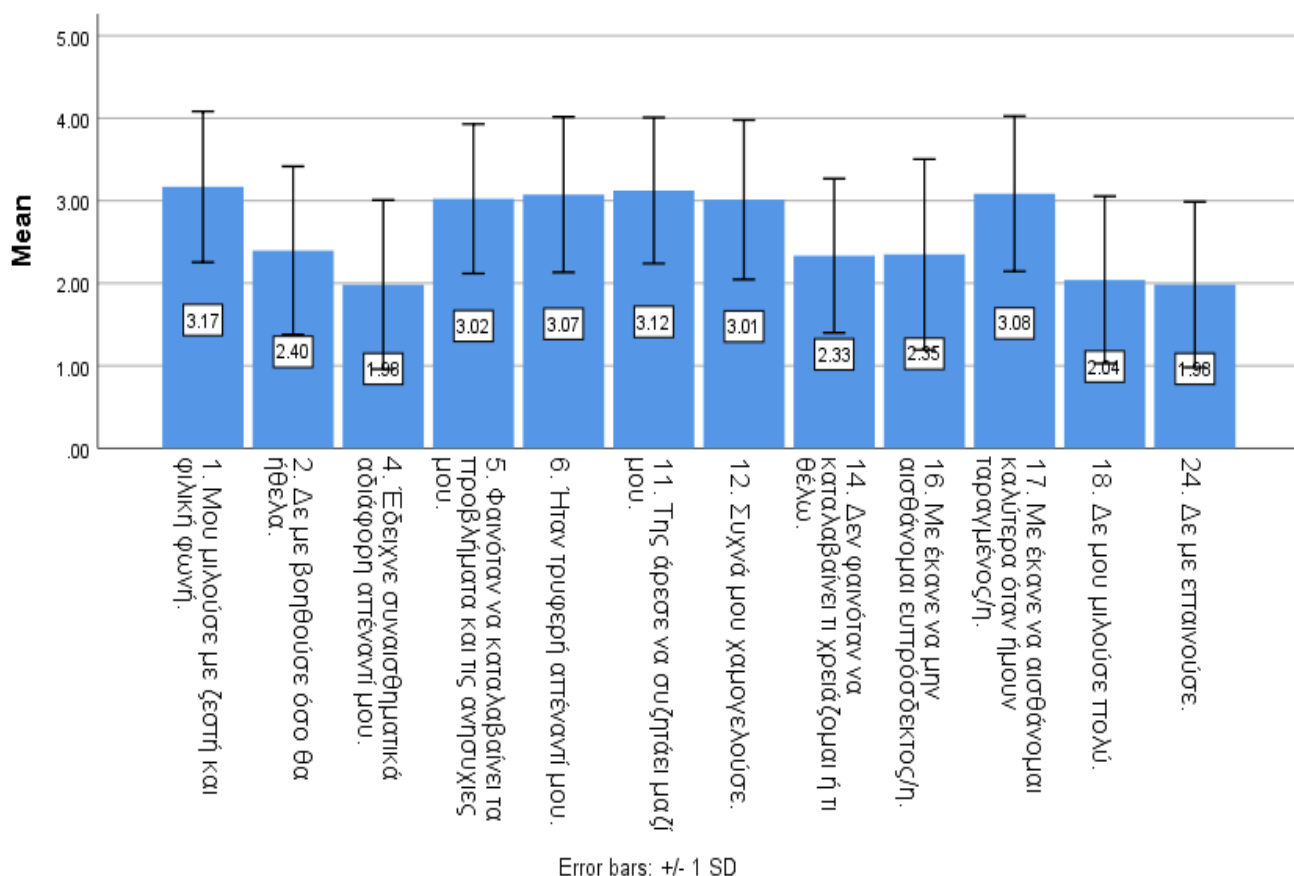
Φροντίδα μητέρας

Ο Πίνακας 13 (Γράφημα 24) παρουσιάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη φροντίδα της μητέρας. Οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι αρκετά ή πολύ συχνά η μητέρα τους τους μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή (76,54%, $M.O.=3,17$, $T.A.=0,91$), της άρεσε να συζητάει μαζί τους (77,65%, $M.O.=3,12$, $T.A.=0,88$), τους έκανε να αισθάνονται καλύτερα όταν ήταν ταραγμένοι/ες (73,45%, $M.O.=3,08$, $T.A.=0,94$), ήταν τρυφερή απέναντί τους (72,88%, $M.O.=3,07$, $T.A.=0,94$), φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους (71,51%, $M.O.=3,02$, $T.A.=0,91$) και τους χαμογελούσε (69,84%, $M.O.=3,01$, $T.A.=0,97$). Επιπλέον, σχεδόν ποτέ ή λίγες φορές δεν φαινόταν να καταλαβαίνει η μητέρα τους τι χρειάζονται τα παιδιά ή τι θέλουν (60,45%, $M.O.=2,33$, $T.A.=0,93$), δεν τους μιλούσε πολύ (69,49%, $M.O.=2,04$, $T.A.=1,01$), δεν τους επαινούσε (69,83%, $M.O.=1,98$, $T.A.=1,00$) και έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί τους (70,05%, $M.O.=1,98$, $T.A.=1,03$).

Πίνακας 13: Φροντίδα μητέρας

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Π.	Λ.Φ.	Α.Σ.	Π.Σ.
1. Μου μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή.	3,17	0,91	5,59%	17,88%	30,73%	45,81%
11. Της άρεσε να συζητάει μαζί μου.	3,12	0,88	5,59%	16,76%	37,43%	40,22%
17. Με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η.	3,08	0,94	6,78%	19,77%	31,64%	41,81%
6. Ήταν τρυφερή απέναντί μου.	3,07	0,94	6,78%	20,34%	31,64%	41,24%
5. Φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου.	3,02	0,91	5,59%	22,91%	35,20%	36,31%
12. Συχνά μου χαμογελούσε.	3,01	0,97	7,82%	22,35%	30,73%	39,11%
2. Δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα. [R]	2,40	1,02	21,23%	36,31%	24,02%	18,44%
16. Με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η. [R]	2,35	1,16	32,58%	22,47%	22,47%	22,47%
14. Δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω. [R]	2,33	0,93	19,21%	41,24%	26,55%	12,99%
18. Δε μου μιλούσε πολύ. [R]	2,04	1,01	37,85%	31,64%	19,21%	11,30%
24. Δε με επαινούσε. [R]	1,98	1,00	41,34%	28,49%	20,67%	9,50%
4. Έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου. [R]	1,98	1,03	42,37%	27,68%	19,21%	10,73%

ΣΠ= Σχεδόν ποτέ, ΛΦ= Λίγες φορές, ΑΣ= Αρκετά συχνά, ΠΣ= Πολύ συχνά



Γράφημα 19: Φροντίδα μητέρας

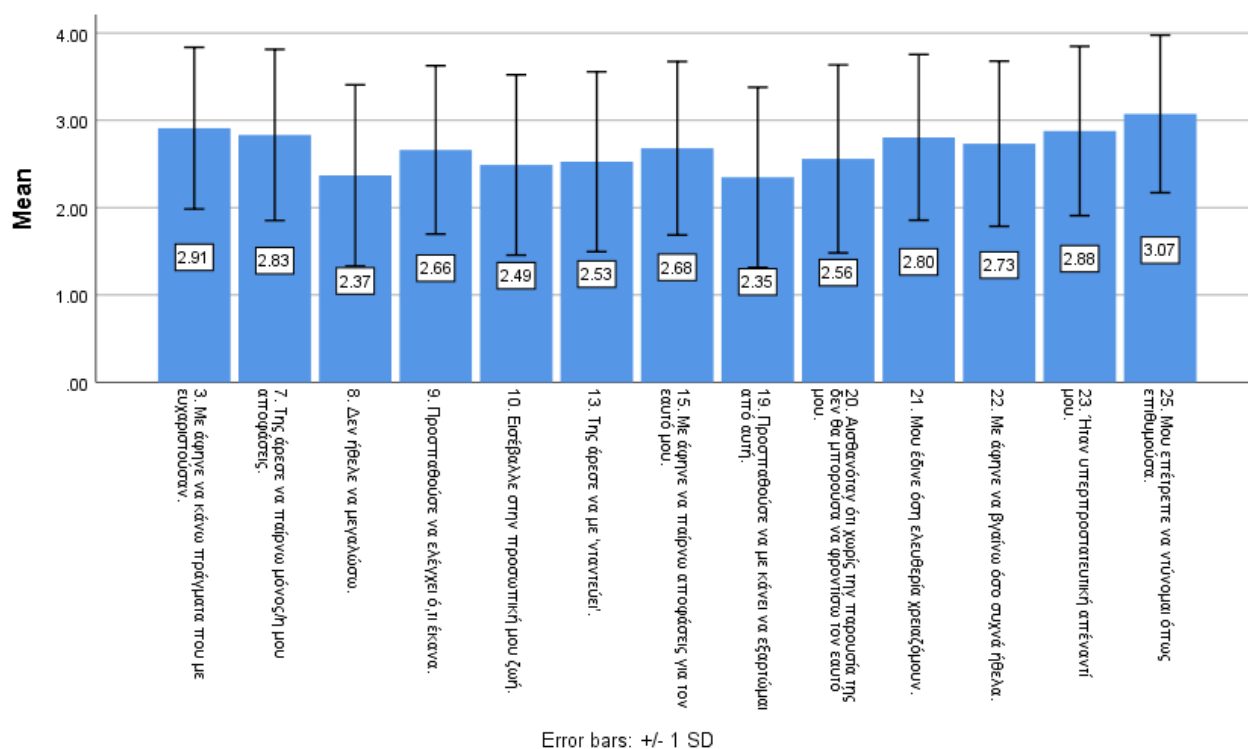
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας

Στον Πίνακα 14 (Γράφημα 25) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την υπερπροστατευτικότητα της μητέρας. Οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι αρκετά ή πολύ συχνά η μητέρα της, της επέτρεπε να ντύνονται της επιθυμούσαν (75,28%, $M.O.=3,07$, $T.A.=0,90$), της άφηνε να κάνουν πράγματα που της ευχαριστούσαν (67,03%, $M.O.=2,91$, $T.A.=0,93$), της άρεσε να παίρνουν μόνοι/ες της αποφάσεις (62,57%, $M.O.=2,83$, $T.A.=0,98$), της έδινε όση ελευθερία χρειαζόνταν (62,57%, $M.O.=2,80$, $T.A.=0,95$) και της άφηνε να παίρνουν αποφάσεις για τον εαυτό της (60,11%, $M.O.=2,68$, $T.A.=0,99$). Ωστόσο, αρκετά ή πολύ συχνά η μητέρα της ήταν υπερπροστατευτική απέναντί της (65,36%, $M.O.=2,88$, $T.A.=0,97$),

Πίνακας 14: Υπερπροστατευτικότητα μητέρας

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Π.	Λ.Φ.	Α.Σ.	Π.Σ.
25. Μου επέτρεπε να ντύνομαι της επιθυμούσα. [R]	3,07	0,90	6,18%	18,54%	37,08%	38,20%
3. Με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν. [R]	2,91	0,93	7,26%	25,70%	35,75%	31,28%
23. Ήταν υπερπροστατευτική απέναντί μου.	2,88	0,97	9,50%	25,14%	33,52%	31,84%
7. Της άρεσε να παίρνω μόνος/η μου αποφάσεις. [R]	2,83	0,98	10,06%	27,37%	31,84%	30,73%
21. Μου έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν. [R]	2,80	0,95	9,50%	27,93%	35,20%	27,37%
22. Με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα. [R]	2,73	0,95	10,61%	29,61%	35,75%	24,02%
15. Με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου. [R]	2,68	0,99	15,17%	24,72%	37,08%	23,03%
9. Προσπαθούσε να ελέγχει ό,τι έκανα.	2,66	0,96	12,99%	29,94%	35,03%	22,03%
20. Αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία της δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου.	2,56	1,08	20,67%	27,37%	27,37%	24,58%
13. Της άρεσε να με 'νταντεύει'.	2,53	1,03	18,44%	32,40%	27,37%	21,79%
10. Εισέβαλλε στην προσωπική μου ζωή.	2,49	1,03	19,66%	32,58%	26,97%	20,79%
8. Δεν ήθελε να μεγαλώσω.	2,37	1,04	23,46%	34,64%	23,46%	18,44%
19. Προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτή.	2,35	1,03	24,43%	33,52%	25,00%	17,05%

(ΣΠ= Σχεδόν ποτέ, ΛΦ= Λίγες φορές, ΤΗΣ= Αρκετά συχνά, ΠΣ= Πολύ συχνά)



Γράφημα 20: Υπερπροστατευτικότητα μητέρας

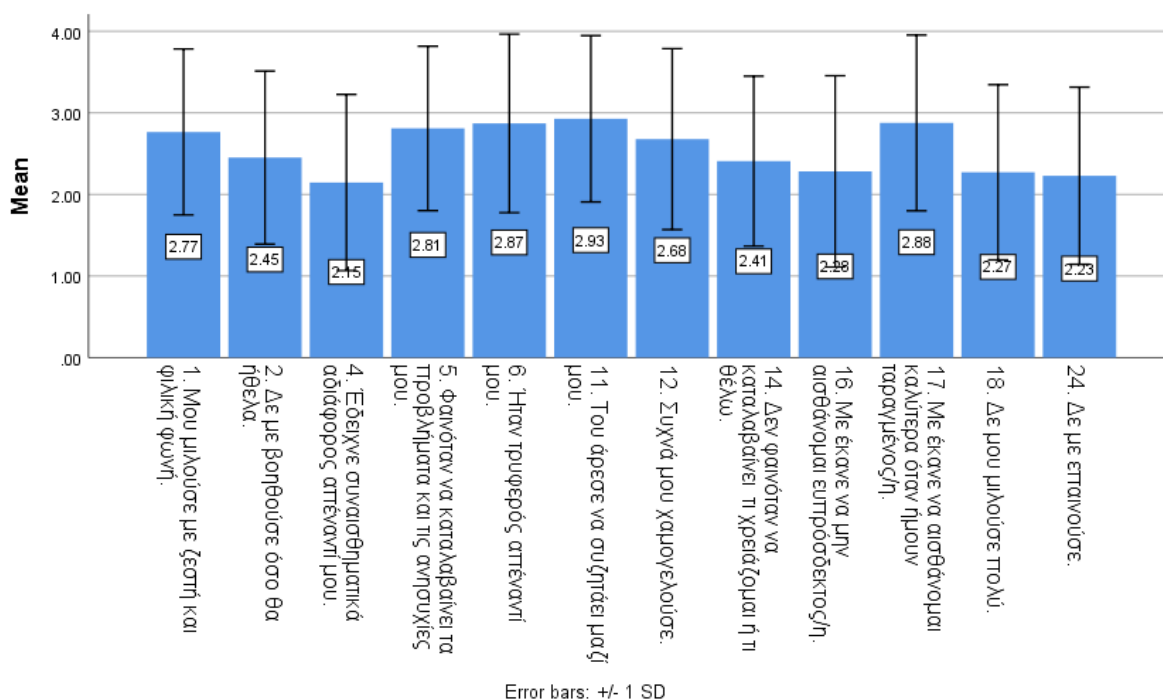
Φροντίδα πατέρα

Ο Πίνακας 15 (Γράφημα 26) παρουσιάζει της απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη φροντίδα του πατέρα. Οι συμμετέχοντες αποκρίθηκαν ότι αρκετά ή πολύ συχνά ο πατέρας της, του άρεσε να συζητάει μαζί της (65,73%, $M.O.=2,93$, $T.A.=1,02$), της έκανε να αισθάνονται καλύτερα όταν ήταν ταραγμένοι/ες (63,48%, $M.O.=2,88$, $T.A.=1,08$), ήταν τρυφερός απέναντί της (61,24%, $M.O.=2,87$, $T.A.=1,09$) και φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και της ανησυχίες της (60,67%, $M.O.=2,81$, $T.A.=1,01$). Επιπλέον, σχεδόν ποτέ ή λίγες φορές, ο πατέρας της δεν της μιλούσε πολύ (60,45%, $M.O.=2,27$, $T.A.=1,07$) και έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορος απέναντί της (61,80%, $M.O.=2,15$, $T.A.=1,08$).

Πίνακας 15: Φροντίδα πατέρα

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Π.	Λ.Φ.	Α.Σ.	Π.Σ.
11. Του άρεσε να συζητάει μαζί μου.	2,93	1,02	10,67%	23,60%	28,09%	37,64%
17. Με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η.	2,88	1,08	14,04%	22,47%	25,28%	38,20%
6. Ήταν τρυφερός απέναντί μου.	2,87	1,09	14,04%	24,72%	21,35%	39,89%
5. Φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και της ανησυχίες μου.	2,81	1,01	11,24%	28,09%	29,21%	31,46%
1. Μου μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή.	2,77	1,02	12,85%	27,37%	30,17%	29,61%
12. Συχνά μου χαμογελούσε.	2,68	1,11	18,64%	26,55%	23,16%	31,64%
2. Δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα. [R]	2,45	1,06	22,60%	30,51%	25,99%	20,90%
14. Δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω. [R]	2,41	1,04	24,58%	27,37%	30,73%	17,32%
16. Με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η. [R]	2,28	1,17	35,59%	23,16%	18,64%	22,60%
18. Δε μου μιλούσε πολύ. [R]	2,27	1,07	29,94%	30,51%	22,03%	17,51%
24. Δε με επαινούσε. [R]	2,23	1,09	33,52%	26,26%	24,02%	16,20%
4. Έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορος απέναντί μου. [R]	2,15	1,08	37,64%	24,16%	24,16%	14,04%

(ΣΠ= Σχεδόν ποτέ, ΛΦ= Λίγες φορές, ΤΗΣ= Αρκετά συχνά, ΠΣ= Πολύ συχνά)



Γράφημα 21: Φροντίδα πατέρα

Υπερπροστατευτικότητα πατέρα

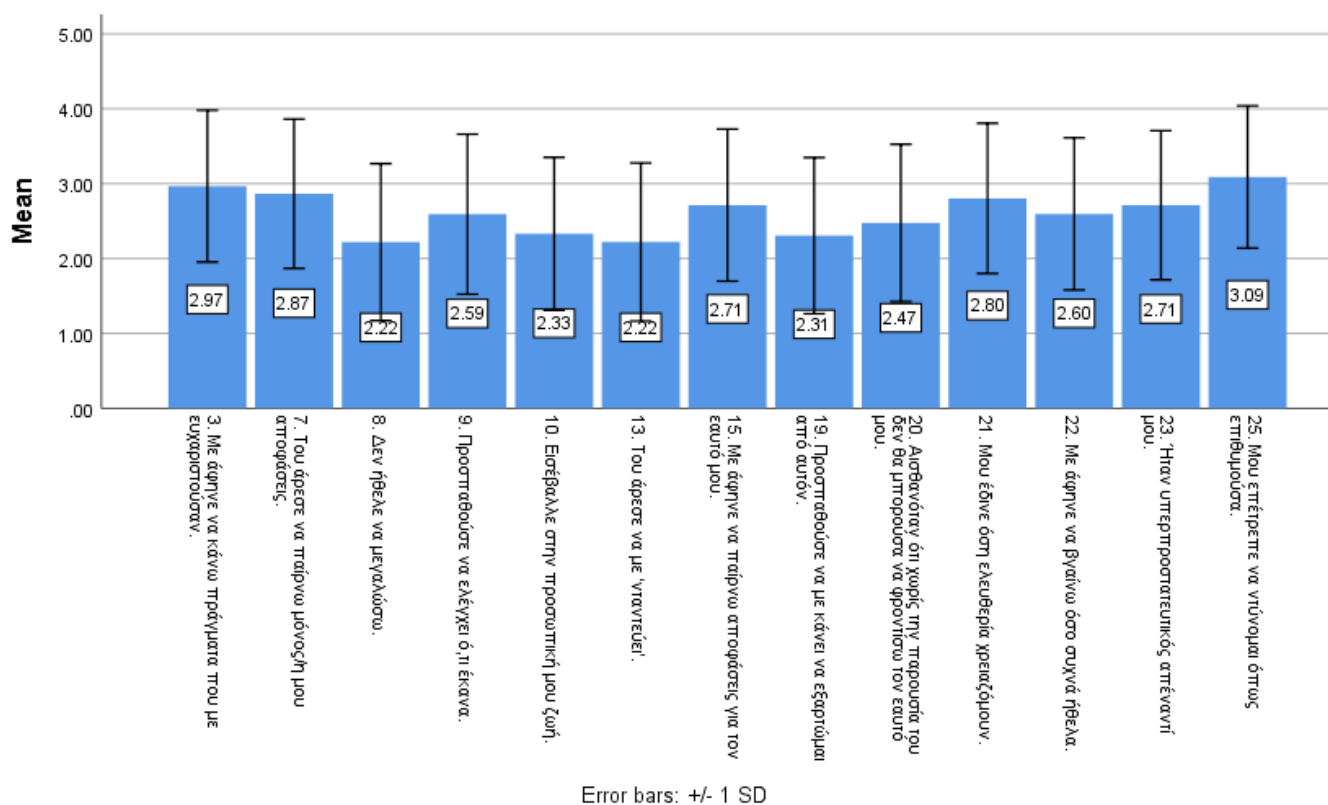
Στον Πίνακα 16 (Γράφημα 27) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την υπερπροστατευτικότητα του πατέρα. Οι συμμετέχοντες αποκρίθηκαν ότι αρκετά συχνά ο πατέρας της, της επέτρεπε να ντύνονται της επιθυμούσαν (75,98%, $M.O.=3,09$, $T.A.=0,95$), της άφηνε να κάνουν πράγματα που της ευχαριστούσαν (66,29%, $M.O.=2,97$, $T.A.=1,01$), του άρεσε να παίρνουν μόνοι/ες της αποφάσεις (68,72%, $M.O.=2,87$, $T.A.=1,00$), της έδινε όση ελευθερία χρειάζονταν (64,04%, $M.O.=2,80$, $T.A.=1,00$) και της άφηνε να παίρνουν αποφάσεις για τον εαυτό

της (60,67%, $M.O.=2,71$, $T.A.=1,02$). Επιπλέον, σχεδόν ποτέ ή λίγες φορές άρεσε στον πατέρα της να της ‘νταντεύει’ (60,45%, $M.O.=2,22$, $T.A.=1,06$) και δεν ήθελε να μεγαλώσουν (62,36%, $M.O.=2,22$, $T.A.=1,05$).

Πίνακας 16: Υπερπροστατευτικότητα πατέρα

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Π.	Λ.Φ.	Α.Σ.	Π.Σ.
25. Μου επέτρεπε να ντύνομαι της επιθυμούσα. [R]	3,09	0,95	8,38%	15,64%	34,64%	41,34%
3. Με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν. [R]	2,97	1,01	9,55%	24,16%	26,40%	39,89%
7. Του άρεσε να παίρνω μόνος/η μου αποφάσεις. [R]	2,87	1,00	12,85%	18,44%	37,99%	30,73%
21. Μου έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν. [R]	2,80	1,00	12,92%	23,03%	34,83%	29,21%
15. Με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου. [R]	2,71	1,02	15,17%	24,16%	34,83%	25,84%
23. Ήταν υπερπροστατευτικός απέναντί μου.	2,71	1,00	12,43%	30,51%	30,51%	26,55%
22. Με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα. [R]	2,60	1,02	16,85%	29,21%	31,46%	22,47%
9. Προσπαθούσε να ελέγχει ό,τι έκανα.	2,59	1,07	19,55%	26,82%	28,49%	25,14%
20. Αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία του δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου.	2,47	1,05	20,67%	32,96%	24,58%	21,79%
10. Εισέβαλλε στην προσωπική μου ζωή.	2,33	1,02	24,58%	34,08%	25,14%	16,20%
19. Προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτόν.	2,31	1,04	27,68%	29,94%	26,55%	15,82%
13. Του άρεσε να με ‘νταντεύει’.	2,22	1,06	32,20%	28,25%	24,86%	14,69%
8. Δεν ήθελε να μεγαλώσω.	2,22	1,05	30,90%	31,46%	22,47%	15,17%

(ΣΠ= Σχεδόν ποτέ, ΛΦ= Λίγες φορές, ΤΗΣ= Αρκετά συχνά, ΠΣ= Πολύ συχνά)



Γράφημα 22: Υπερπροστατευτικότητα πατέρα

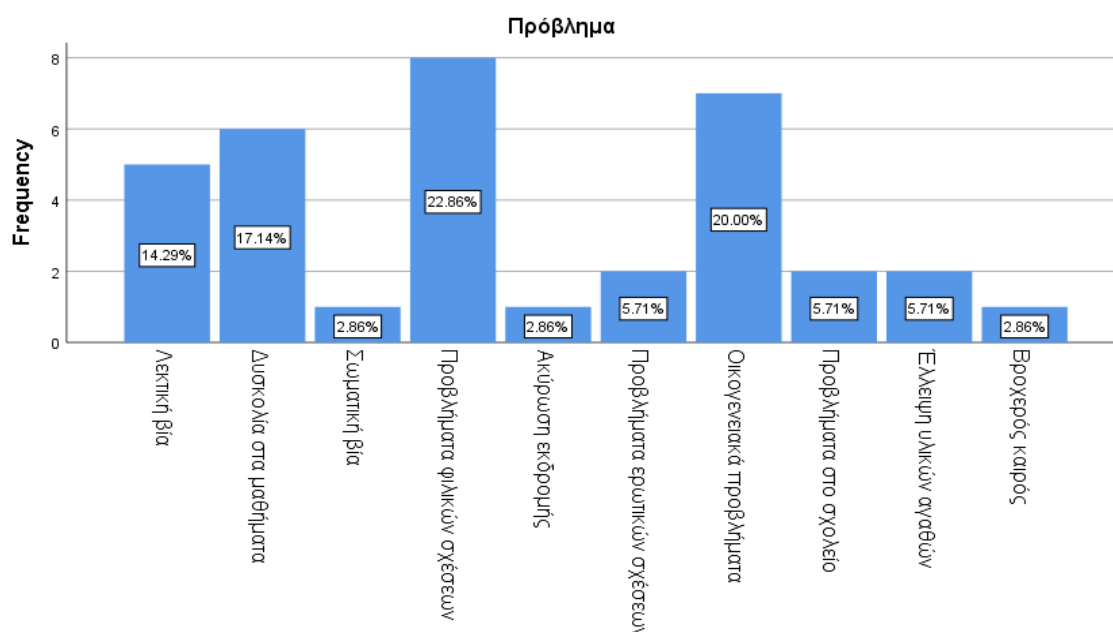
9.1.2. Περιστατικό προβλήματος

Ο Πίνακας 17 (Γραφήματα 28-29) παρουσιάζει τα αποτελέσματα σχετικά με το περιστατικό πρόβληματος που αντιμετώπισαν και την στεναχώρια που της προκάλεσε.

Πίνακας 17: Πρόβλημα

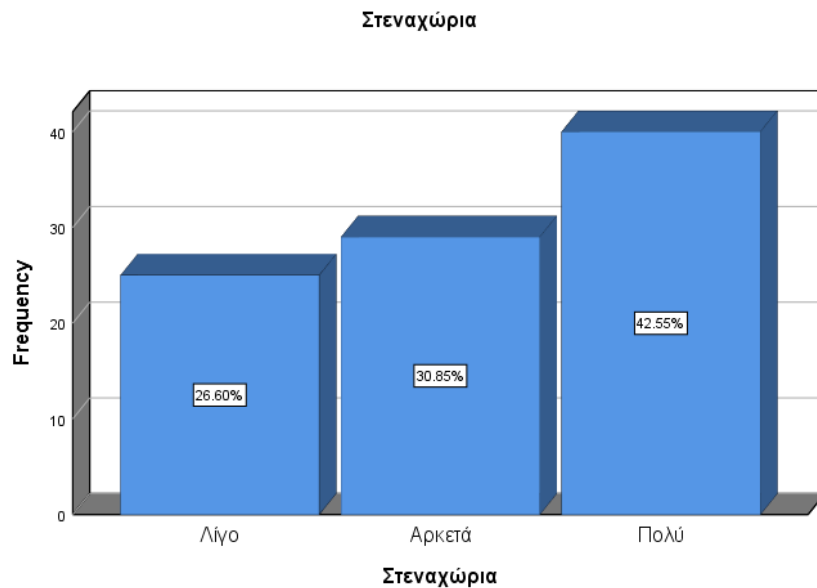
Μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Πρόβλημα	Λεκτική βία	5	14,29
	Δυσκολία στα μαθήματα	6	17,14
	Σωματική βία	1	2,86
	Προβλήματα φιλικών σχέσεων	8	22,86
	Ακύρωση εκδρομής	1	2,86
	Προβλήματα ερωτικών σχέσεων	2	5,71
	Οικογενειακά προβλήματα	7	20,00
	Προβλήματα στο σχολείο	2	5,71
	Έλλειψη υλικών αγαθών	2	5,71
	Βροχερός καιρός	1	2,86
Στεναχώρια	Λίγο	25	26,60
	Αρκετά	29	30,85
	Πολύ	40	42,55

Το 22,86% ($N=8$) ανέφερε πρόβλημα φιλικών σχέσεων, το 20,00% ($N=7$) οικογενειακά προβλήματα, το 17,14% ($N=6$) δυσκολία στα μαθήματα, το 14,29% ($N=5$) αντιμετώπισε λεκτική βία, το ίδιο ποσοστό 5,71% ($N=2$) αντιμετωπίζει προβλήματα ερωτικών σχέσεων, προβλήματα στο σχολείο και έλλειψη υλικών αγαθών και το ίδιο ποσοστό 2,86% ($N=1$) έχει έρθει αντιμέτωπο με σωματική βία, έχει πρόβλημα λόγω ακύρωσης εκδρομής και λόγω του βροχερού καιρού.



Γράφημα 23: Πρόβλημα

Σχετικά με τη στεναχώρια, απάντησαν οι 94 από της 179 συμμετέχοντες. Το 42,55% ($N=40$) στεναχωρήθηκε πολύ, το 30,85% ($N=29$) αρκετά και το 26,60% ($N=25$) λίγο.



Γράφημα 24: Στεναχώρια

9.1.3. Αντιμετώπιση προβλημάτων (ΣΑΚΑ)

Η παρούσα ενότητα παρουσιάζει τα αποτελέσματα αναφορικά με της απαντήσεις των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, της επιμέρους παράγοντες: 1) Οικογενειακή στήριξη, 2) Αποφυγή-Λήθη, 3) Αδυναμία-Παραίτηση 4) Λύση Προβλήματος, 5) Απομόνωση, 6) Αναζήτηση βοήθειας και 7) Αναθεώρηση – Ανασύνταξη. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα 1-4 (1= Ποτέ, 2= Σπάνια, 3= Της Φορές, 4= Συχνά).

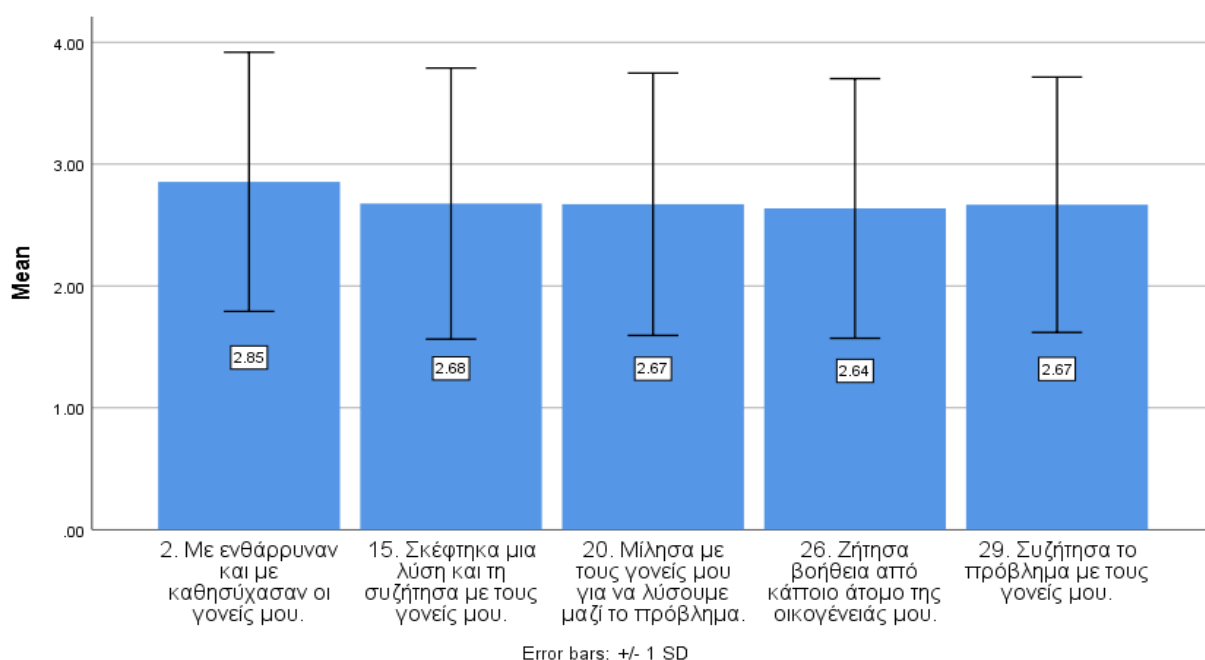
Οικογενειακή στήριξη

Ο Πίνακας 18 (Γράφημα 30) παρουσιάζει της απαντήσεις σχετικά με την οικογενειακή στήριξη. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι της φορές ή συχνά της ενθάρρυναν και της καθησύχασαν οι γονείς της (65,69%, $M.O.=2,85$, $T.A.=1,06$), σκέφτηκαν μια λύση και τη συζήτησαν με της γονείς της (60,23%, $M.O.=2,68$, $T.A.=1,11$) και μίλησαν με της γονείς της για να λύσουν μαζί το πρόβλημα (62,50%, $M.O.=2,67$, $T.A.=1,08$).

Πίνακας 18: Οικογενειακή στήριξη

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Π.	ΣΠ.	Μ.Φ.	Σ.
2. Με ενθάρρυναν και με καθησύχασαν οι γονείς μου.	2,85	1,06	15,12%	19,19%	30,81%	34,88%
15. Σκέφτηκα μια λύση και τη συζήτησα με της γονείς μου.	2,68	1,11	21,59%	18,18%	31,25%	28,98%
20. Μίλησα με της γονείς μου για να λύσουμε μαζί το πρόβλημα.	2,67	1,08	21,02%	16,48%	36,93%	25,57%
29. Συζήτησα το πρόβλημα με της γονείς μου.	2,67	1,05	18,08%	22,60%	33,90%	25,42%
26. Ζήτησα βοήθεια από κάποιο άτομο της οικογένειάς μου.	2,64	1,07	17,05%	30,11%	25,00%	27,84%

(Π= Ποτέ, ΣΠ= Σπάνια, ΜΦ= Της φορές, Σ= Συχνά)

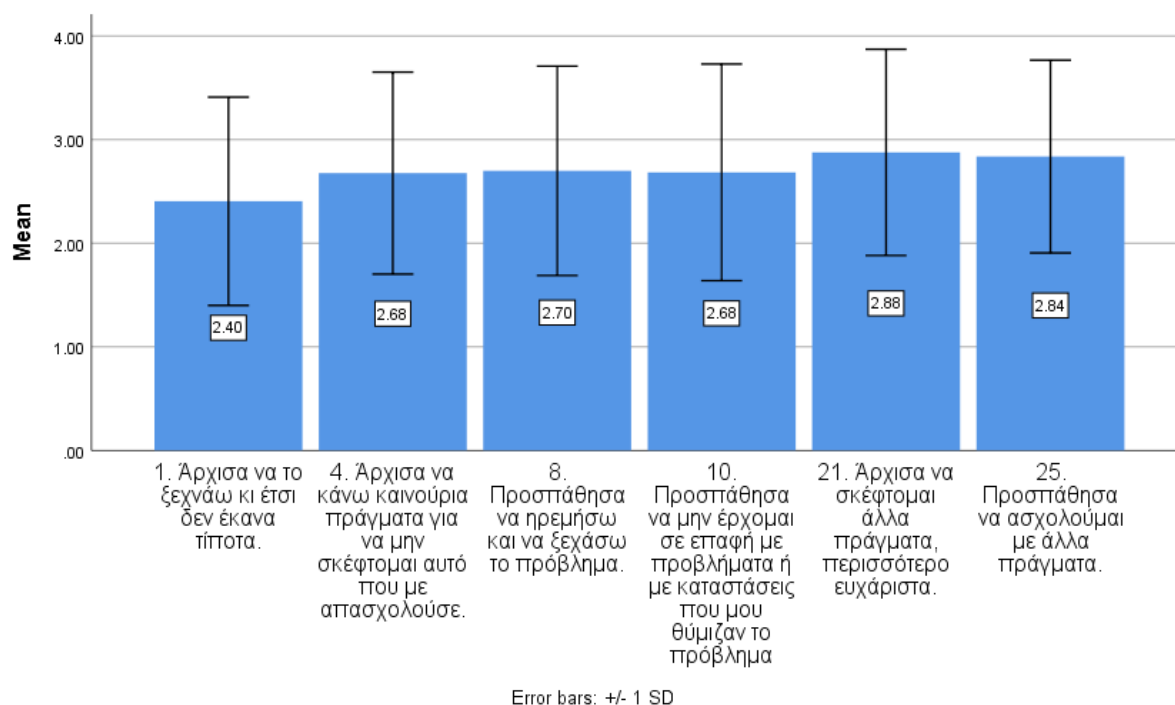
**Γράφημα 25:** Οικογενειακή στήριξηΑποφυγή-Λήθη

Ο Πίνακας 19 (Γράφημα 31) παρουσιάζει της απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την αποφυγή – λήθη. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τα παιδιά της φορές ή συχνά άρχισαν να σκέφτονται άλλα πράγματα, περισσότερο ευχάριστα (66,29%, $M.O.=2,88$, $T.A.=1,00$), προσπάθησαν να ασχολούνται με άλλα πράγματα (67,80%, $M.O.=2,84$, $T.A.=0,93$) και άρχισαν να κάνουν καινούρια πράγματα για να μην σκέφτονται αυτό που της απασχολούσε (60,34%, $M.O.=2,68$, $T.A.=0,97$).

Πίνακας 19: Αποφυγή-Λήθη

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Π.	ΣΠ.	Μ.Φ.	Σ.
21. Άρχισα να σκέφτομαι άλλα πράγματα, περισσότερο ευχάριστα.	2,88	1,00	11,24%	22,47%	33,71%	32,58%
25. Προσπάθησα να ασχολούμαι με άλλα πράγματα.	2,84	0,93	10,17%	22,03%	41,81%	25,99%
8. Προσπάθησα να ηρεμήσω και να ξεχάσω το πρόβλημα.	2,70	1,01	13,97%	28,49%	31,28%	26,26%
10. Προσπάθησα να μην έρχομαι σε επαφή με προβλήματα ή με καταστάσεις που μου θύμιζαν το πρόβλημα	2,68	1,05	15,82%	27,68%	28,81%	27,68%
4. Άρχισα να κάνω καινούρια πράγματα για να μην σκέφτομαι αυτό που με απασχολούσε.	2,68	0,97	14,53%	25,14%	38,55%	21,79%
1. Άρχισα να το ξεχνάω κι έτσι δεν έκανα τίποτα.	2,40	1,00	20,81%	35,26%	26,59%	17,34%

(Π= Ποτέ, ΣΠ= Σπάνια, ΜΦ= Της φορές, Σ= Συχνά)



Γράφημα 26: Αποφυγή-Λήθη

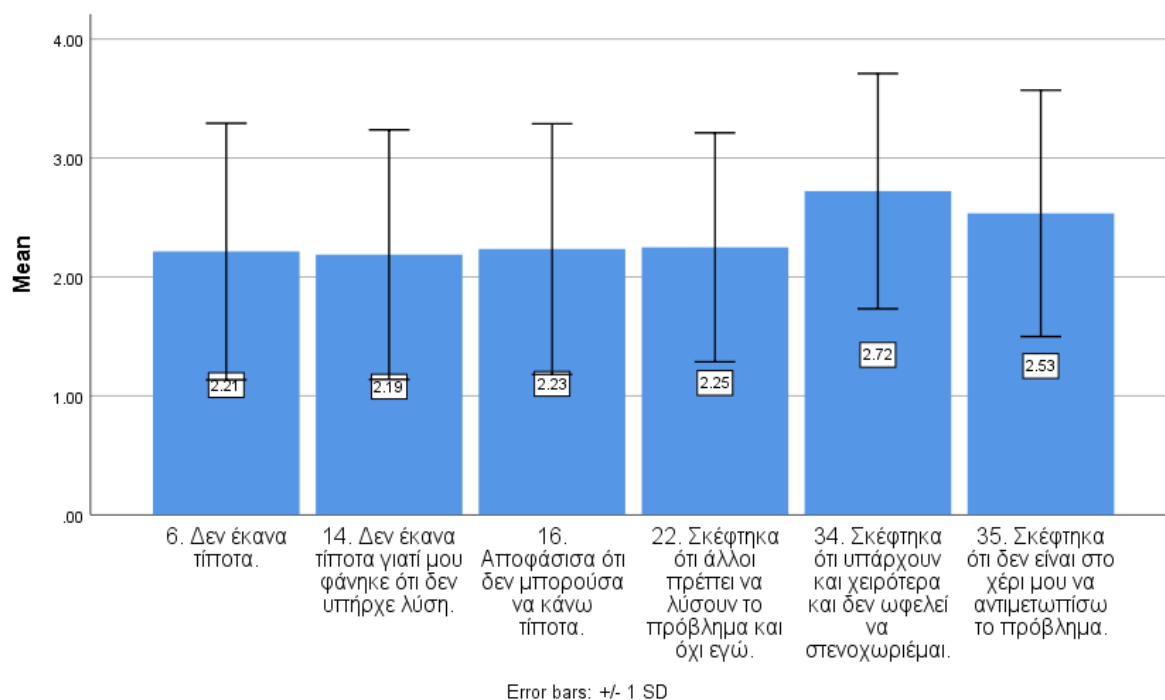
Αδυναμία-Παραίτηση

Στον Πίνακα 20 (Γράφημα 32) παρουσιάζονται οι αποκρίσεις των συμμετεχόντων όσον αφορά την αδυναμία – παραίτηση. Οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι της φορές έως συχνά σκέφτηκαν ότι υπάρχουν και χειρότερα και δεν ωφελεί να στενοχωριούνται (61,93%, $M.O.=2,72$, $T.A.=0,99$). Ωστόσο, ποτέ ή σπάνια σκέφτηκαν ότι οι άλλοι πρέπει να λύσουν το πρόβλημα και όχι εκείνοι (62,15%, $M.O.=2,25$, $T.A.=0,96$), αποφάσισαν ότι δεν μπορούσαν να κάνουν τίποτα (61,15%, $M.O.=2,23$, $T.A.=1,05$), δεν έκαναν τίποτα γενικώς (60,68%, $M.O.=2,21$, $T.A.=1,08$) και γιατί της φάνηκε ότι δεν υπήρχε λύση (62,50%, $M.O.=2,19$, $T.A.=1,05$).

Πίνακας 20: Αδυναμία-Παραίτηση

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Π.	ΣΠ.	Μ.Φ.	Σ.
34. Σκέφτηκα ότι υπάρχουν και χειρότερα και δεν ωφελεί να στενοχωριέμαι.	2,72	0,99	14,20%	23,86%	37,50%	24,43%
35. Σκέφτηκα ότι δεν είναι στο χέρι μου να αντιμετωπίσω το πρόβλημα.	2,53	1,04	21,02%	24,43%	34,66%	19,89%
22. Σκέφτηκα ότι άλλοι πρέπει να λύσουν το πρόβλημα και όχι εγώ.	2,25	0,96	24,86%	37,29%	25,99%	11,86%
16. Αποφάσισα ότι δεν μπορούσα να κάνω τίποτα.	2,23	1,05	30,86%	30,29%	23,43%	15,43%
6. Δεν έκανα τίποτα.	2,21	1,08	33,71%	26,97%	23,60%	15,73%
14. Δεν έκανα τίποτα γιατί μου φάνηκε ότι δεν υπήρχε λύση.	2,19	1,05	32,95%	29,55%	23,30%	14,20%

(Π= Ποτέ, ΣΠ= Σπάνια, ΜΦ= Της φορές, Σ= Συχνά)



Γράφημα 27: Αδυναμία-Παραίτηση

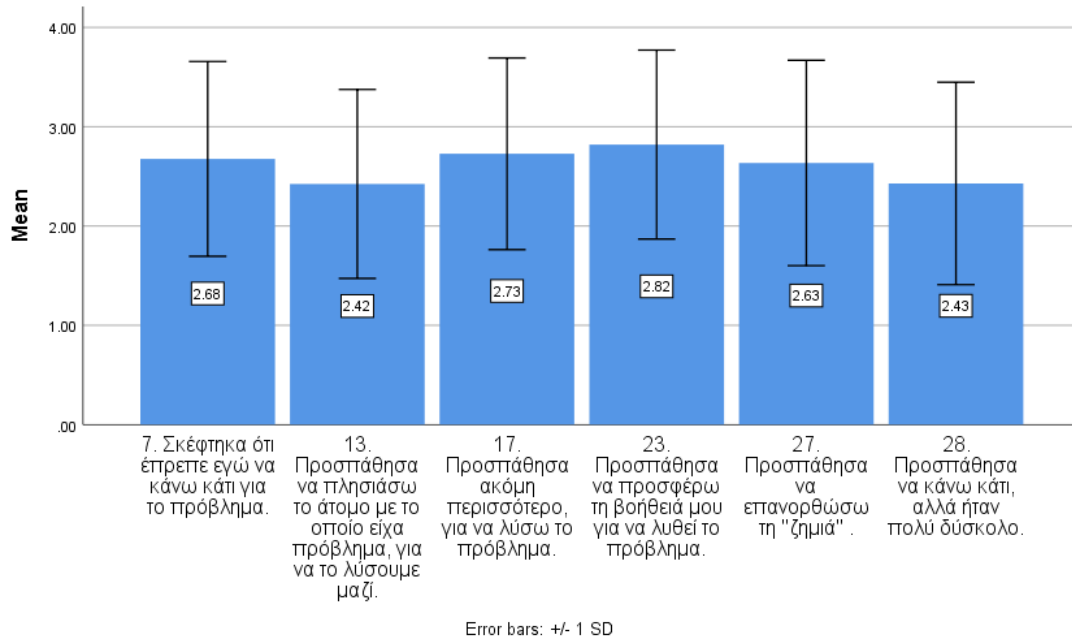
Λύση προβλήματος

Στον Πίνακα 21 (Γράφημα 33) παρουσιάζονται οι αποκρίσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την λύση του προβλήματος. Οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι τα παιδιά της φορές ή συχνά προσπάθησαν να προσφέρουν τη βοήθειά της για να λυθεί το πρόβλημα (66,85%, $M.O.=2,82$, $T.A.=0,95$) και προσπάθησαν ακόμη περισσότερο, για να λύσουν το πρόβλημα (61,36%, $M.O.=2,73$, $T.A.=0,96$).

Πίνακας 21: Λύση προβλήματος

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Π.	ΣΠ.	M.Φ.	Σ.
23. Προσπάθησα να προσφέρω τη βοήθειά μου για να λυθεί το πρόβλημα.	2,82	0,95	11,24%	21,91%	40,45%	26,40%
17. Προσπάθησα ακόμη περισσότερο, για να λύσω το πρόβλημα.	2,73	0,96	12,50%	26,14%	37,50%	23,86%
7. Σκέφτηκα ότι έπρεπε εγώ να κάνω κάτι για το πρόβλημα.	2,68	0,98	12,85%	30,73%	32,40%	24,02%
27. Προσπάθησα να επανορθώσω τη «ζημιά» .	2,63	1,03	17,42%	25,84%	32,58%	24,16%
28. Προσπάθησα να κάνω κάτι, αλλά ήταν πολύ δύσκολο.	2,43	1,02	24,00%	24,57%	36,00%	15,43%
13. Προσπάθησα να πλησιάσω το άτομο με το οποίο είχα πρόβλημα, για να το λύσουμε μαζί.	2,42	0,95	16,95%	39,55%	27,68%	15,82%

(Π= Ποτέ, ΣΠ= Σπάνια, ΜΦ= Της φορές, Σ= Συχνά)



Γράφημα 28: Λύση προβλήματος

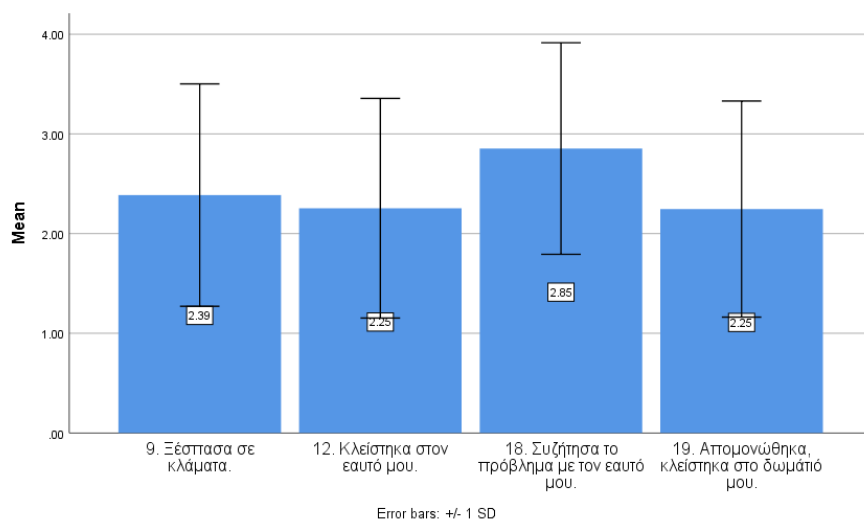
Απομόνωση

Ο Πίνακας 22 (Γράφημα 34) παρουσιάζει τα αποτελέσματα αναφορικά με την απομόνωση. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι της φορές ή συχνά συζήτησαν το πρόβλημα με τον εαυτό της (63,84%, $M.O.=2,85$, $T.A.=1,06$). Ωστόσο, ποτέ ή σπάνια απομονώθηκαν και κλείστηκαν στο δωμάτιό της (61,72%, $M.O.=2,25$, $T.A.=1,08$).

Πίνακας 22: Απομόνωση

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Π.	ΣΠ.	M.Φ.	Σ.
18. Συζήτησα το πρόβλημα με τον εαυτό μου.	2,85	1,06	14,12%	22,03%	28,25%	35,59%
9. Ξέσπασα σε κλάματα.	2,39	1,12	29,55%	22,73%	27,27%	20,45%
12. Κλείστηκα στον εαυτό μου.	2,25	1,10	35,59%	18,64%	30,51%	15,25%
19. Απομονώθηκα, κλείστηκα στο δωμάτιό μου.	2,25	1,08	31,43%	30,29%	20,57%	17,71%

(Π= Ποτέ, ΣΠ= Σπάνια, ΜΦ= Της φορές, Σ= Συχνά)



Γράφημα 29: Απομόνωση

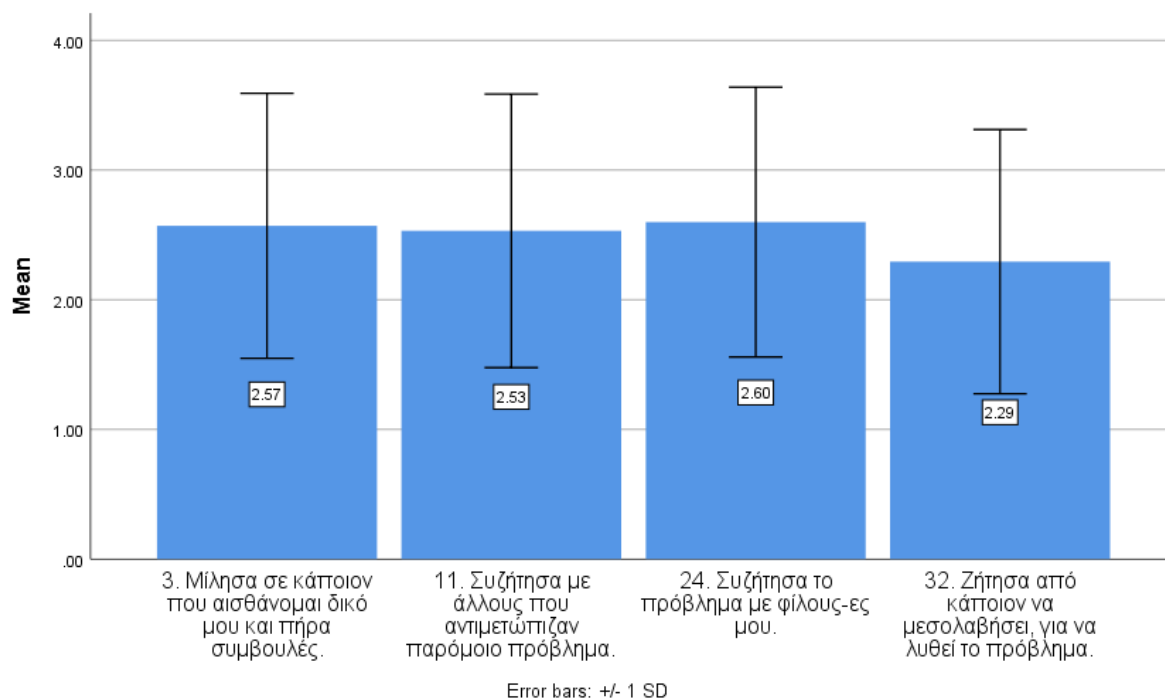
Αναζήτηση βοήθειας

Ο Πίνακας 23 (Γράφημα 35) παρουσιάζει τα αποτελέσματα των απαντήσεων των συμμετεχόντων αναφορικά με την αναζήτηση βοήθειας. Τα αποτελέσματα δεν ανέδειξαν συγκεκριμένη τάση σε κάποια ερώτηση, δηλαδή σε μέτριο βαθμό τα παιδιά χρησιμοποιούν της στρατηγικές αναζήτησης βοήθειας για επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.

Πίνακας 23: Αναζήτηση βοήθειας

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Π.	ΣΠ.	Μ.Φ.	Σ.
24. Συζήτησα το πρόβλημα με φίλους-ες μου.	2,60	1,04	19,77%	22,60%	35,59%	22,03%
3. Μίλησα σε κάποιον που αισθάνομαι δικό μου και πήρα συμβουλές.	2,57	1,02	17,32%	30,73%	29,61%	22,35%
11. Συζήτησα με της που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα.	2,53	1,05	21,14%	26,29%	30,86%	21,71%
32. Ζήτησα από κάποιον να μεσολαβήσει, για να λυθεί το πρόβλημα.	2,29	1,02	27,68%	28,81%	29,94%	13,56%

(Π= Ποτέ, ΣΠ= Σπάνια, ΜΦ= Της φορές, Σ= Συχνά)

**Γράφημα 30: Αναζήτηση βοήθειας**Αναθεώρηση – Ανασύνταξη

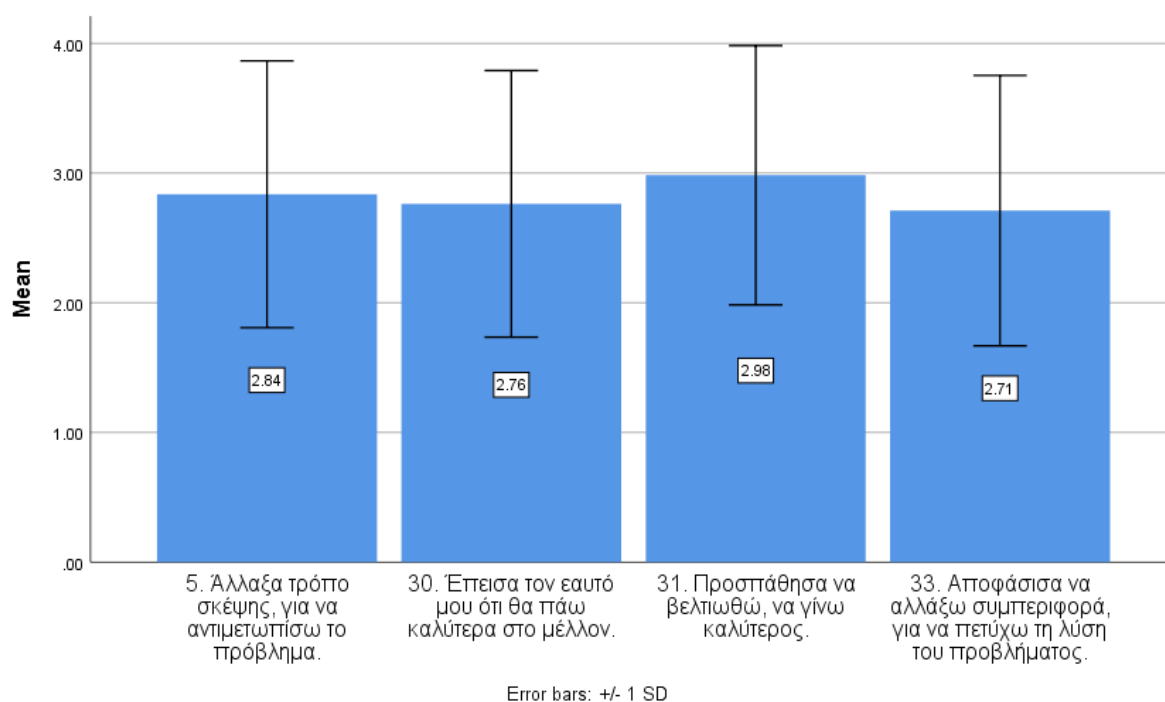
Από τον Πίνακα 24 (Γράφημα 36) προκύπτουν τα αποτελέσματα των αποκρίσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την αναθεώρηση – ανασύνταξη. Οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι της φορές ή συχνά προσπάθησαν να βελτιωθούν, να γίνουν καλύτεροι/ες (70,78%, $M.O.=2,98$, $T.A.=1,00$), άλλαξαν τρόπο σκέψης για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα (66,10%, $M.O.=2,84$, $T.A.=1,03$), έπεισαν τον εαυτό της ότι θα πάνε καλύτερα στο μέλλον (63,28%, $M.O.=2,76$, $T.A.=1,03$) και αποφάσισαν να

αλλάζουν συμπεριφορά, για να πετύχουν τη λύση του προβλήματος (61,36%, $M.O.=2,71$, $T.A.=1,04$).

Πίνακας 24: Αναθεώρηση – Ανασύνταξη

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Π.	ΣΠ.	Μ.Φ.	Σ.
31. Προσπάθησα να βελτιωθώ, να γίνω καλύτερος.	2,98	1,00	10,67%	18,54%	32,58%	38,20%
5. Άλλαξα τρόπο σκέψης, για να αντιμετωπίσω το πρόβλημα.	2,84	1,03	14,12%	19,77%	34,46%	31,64%
30. Έπεισα τον εαυτό μου ότι θα πάω καλύτερα στο μέλλον.	2,76	1,03	15,25%	21,47%	35,03%	28,25%
33. Αποφάσισα να αλλάξω συμπεριφορά, για να πετύχω τη λύση του προβλήματος.	2,71	1,04	17,05%	21,59%	34,66%	26,70%

(Π= Ποτέ, ΣΠ= Σπάνια, ΜΦ= Της φορές, Σ= Συχνά)



Error bars: +/- 1 SD

Γράφημα 31: Αναθεώρηση – Ανασύνταξη

9.1.4. Ε-ΔΙΠΡΟΠΕ9 (8-10 ετών)

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν από της συμμετέχοντες ηλικίας 8-10 ετών, της επιμέρους παράγοντες: 1) Συναισθηματική αντιδραστικότητα, 2) Ευσυνειδησία, 3) Προσήνεια 4) Εξωστρέφεια και 5) Διανοητική ανάπτυξη. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα 1-5 (1= Σχεδόν καθόλου, 2= Λίγο, 3= Αρκετά, 4= Πολύ, 5= Πάρα πολύ).

9.1.4.1. Συναισθηματική αντιδραστικότητα

Η τρέχουσα ενότητα παρουσιάζει τα αποτελέσματα των απαντήσεων σχετικά με τη συναισθηματική αντιδραστικότητα, της επιμέρους παράγοντες: 1) Διαγωγή, 2) Ατομισμός/Εγωισμός και 3) Συναισθηματική αστάθεια.

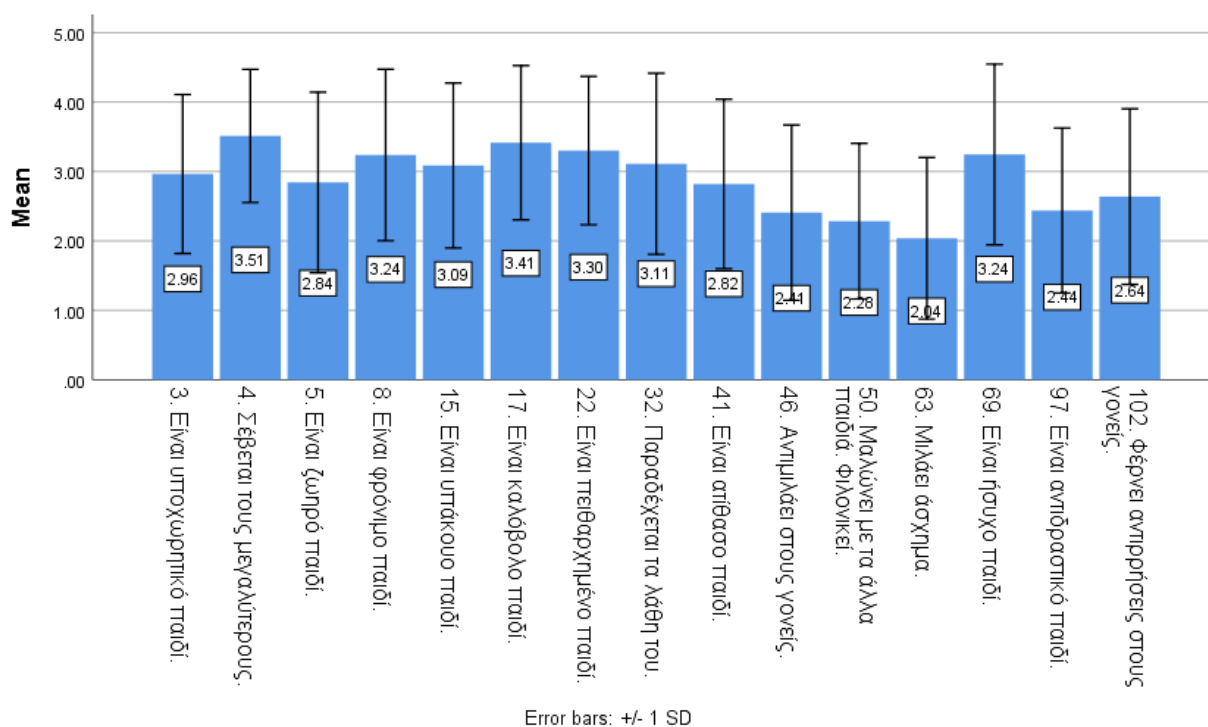
Διαγωγή

Ο Πίνακας 25 (Γράφημα 37) παρουσιάζει τα αποτελέσματα των απαντήσεων σχετικά με τη διαγωγή. Προκύπτει ότι ταιριάζει στη συμπεριφορά του παιδιού αρκετά, πολύ ή πάρα πολύ ότι σέβεται της μεγαλύτερους (85,36%%, $M.O.=3,51$, $T.A.=0,96$), είναι καλόβολο παιδί (80,49%%, $M.O.=3,41$, $T.A.=1,11$), πειθαρχημένο (75,91%, $M.O.=3,30$, $T.A.=1,07$), ήσυχο (73,17%, $M.O.=3,24$, $T.A.=1,30$), φρόνιμο (73,75%, $M.O.=3,24$, $T.A.=1,23$), παιδί που παραδέχεται τα λάθη του (69,14%, $M.O.=3,11$, $T.A.=1,30$), υπάκουο (71,95%, $M.O.=3,09$, $T.A.=1,19$) και υποχωρητικό (69,13%, $M.O.=2,96$, $T.A.=1,15$). Επιπλέον το χαρακτηρίζει σχεδόν καθόλου έως λίγο ότι αντιμιλάει της γονείς (60,49%, $M.O.=2,41$, $T.A.=1,26$), μαλώνει με τα άλλα παιδιά, φιλονικεί (61,73%, $M.O.=2,28$, $T.A.=1,12$) και μιλάει άσχημα (72,50%, $M.O.=2,04$, $T.A.=1,16$).

Πίνακας 25: Διαγωγή

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
4. Σέβεται τους μεγαλύτερους.	3,51	0,96	-	14,63%	37,80%	29,27%	18,29%
17. Είναι καλόβολο παιδί.	3,41	1,11	4,88%	14,63%	34,15%	26,83%	19,51%
22. Είναι πειθαρχημένο παιδί.	3,30	1,07	3,61%	20,48%	32,53%	28,92%	14,46%
69. Είναι ήσυχο παιδί.	3,24	1,30	14,63%	12,20%	25,61%	29,27%	18,29%
8. Είναι φρόνιμο παιδί.	3,24	1,23	12,50%	13,75%	26,25%	32,50%	15,00%
32. Παραδέχεται τα λάθη του.	3,11	1,30	17,28%	13,58%	23,46%	32,10%	13,58%
15. Είναι υπάκουο παιδί.	3,09	1,19	12,20%	15,85%	36,59%	21,95%	13,41%
3. Είναι υποχωρητικό παιδί.	2,96	1,15	12,35%	18,52%	40,74%	17,28%	11,11%
5. Είναι ζωηρό παιδί. [R]	2,84	1,30	18,29%	25,61%	21,95%	21,95%	12,20%
41. Είναι ατίθασο παιδί. [R]	2,82	1,22	16,87%	22,89%	32,53%	16,87%	10,84%
102. Φέρνει αντιρρήσεις της γονείς. [R]	2,64	1,26	18,07%	36,14%	22,89%	9,64%	13,25%
97. Είναι αντιδραστικό παιδί. [R]	2,44	1,19	25,00%	31,25%	26,25%	10,00%	7,50%
46. Αντιμιλάει στους γονείς. [R]	2,41	1,26	27,16%	33,33%	22,22%	6,17%	11,11%
50. Μαλώνει με τα άλλα παιδιά. Φιλονικεί. [R]	2,28	1,12	28,40%	33,33%	24,69%	8,64%	4,94%
63. Μιλάει άσχημα. [R]	2,04	1,16	41,25%	31,25%	16,25%	5,00%	6,25%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 32: Διαγωγή

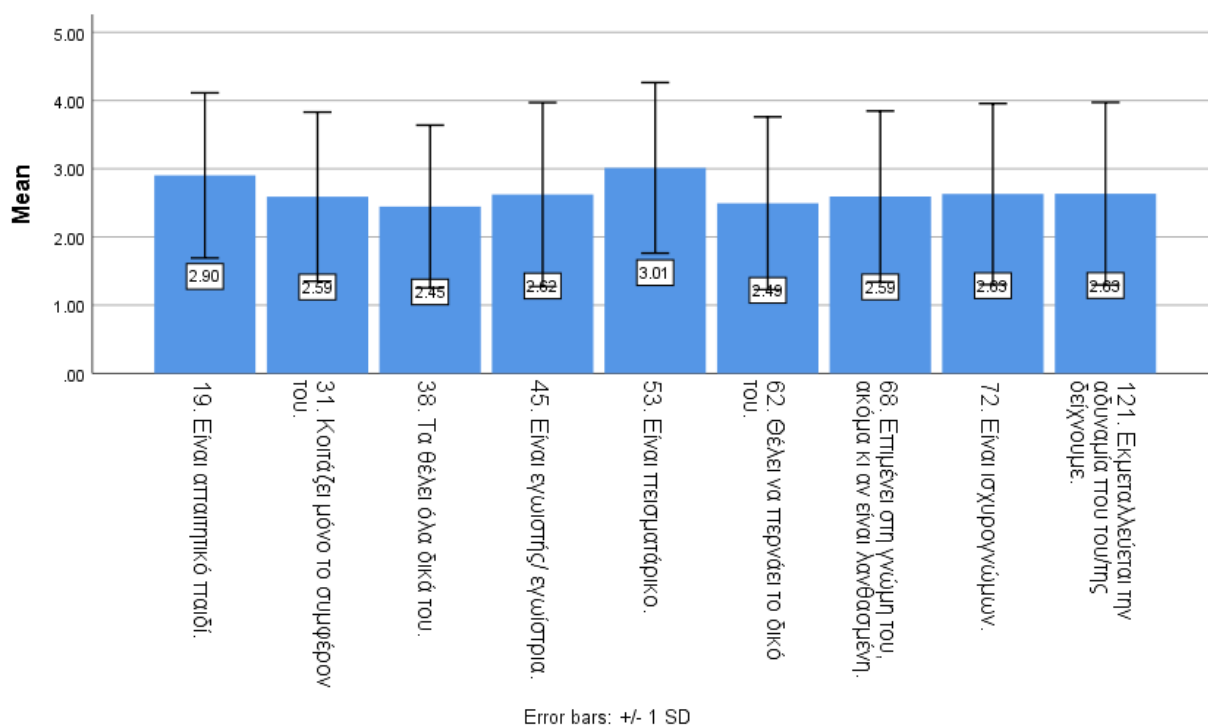
Ατομισμός/Εγωισμός

Ο Πίνακας 26 (Γράφημα 38) παρουσιάζει τα αποτελέσματα σχετικά με τον ατομισμό – εγωισμό. Σε βαθμό αρκετά και άνω αξιολόγησε η πλειοψηφία πως τα υπό μελέτη παιδιά είναι πεισματάρικα (64,20%, $M.O.=3,01$, $T.A.=1,25$) και απαιτητικά (60,5%, $M.O.=2,90$, $T.A.=1,21$). Ωστόσο γενικότερα, σχεδόν της οι ερωτήσεις βαθμολογήθηκαν κατά μέσο όρο κάτω του αρκετά, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο ατομισμός/εγωισμός δεν αντιπροσωπεύει ιδιαίτερα τα παιδιά της παρούσας μελέτης.

Πίνακας 26: Ατομισμός/Εγωισμός

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
53. Είναι πεισματάρικο.	3,01	1,25	13,58%	22,22%	27,16%	23,46%	13,58%
19. Είναι απαιτητικό παιδί.	2,90	1,21	13,58%	25,93%	28,40%	20,99%	11,11%
121. Εκμεταλλεύεται την αδυναμία που του/της δείχνουμε.	2,63	1,34	24,39%	28,05%	19,51%	15,85%	12,20%
72. Είναι ισχυρογνώμων.	2,63	1,33	25,93%	23,46%	23,46%	16,05%	11,11%
45. Είναι εγωιστής/ εγωίστρια.	2,62	1,35	24,39%	29,27%	19,51%	13,41%	13,41%
68. Επιμένει στη γνώμη του, ακόμα κι αν είναι λανθασμένη.	2,59	1,25	24,69%	23,46%	28,40%	14,81%	8,64%
31. Κοιτάζει μόνο το συμφέρον του.	2,59	1,24	24,10%	24,10%	28,92%	14,46%	8,43%
62. Θέλει να περνάει το δικό του.	2,49	1,27	24,69%	33,33%	19,75%	12,35%	9,88%
38. Τα θέλει όλα δικά του.	2,45	1,19	26,51%	27,71%	26,51%	13,25%	6,02%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 33: Ατομισμός/Εγωισμός

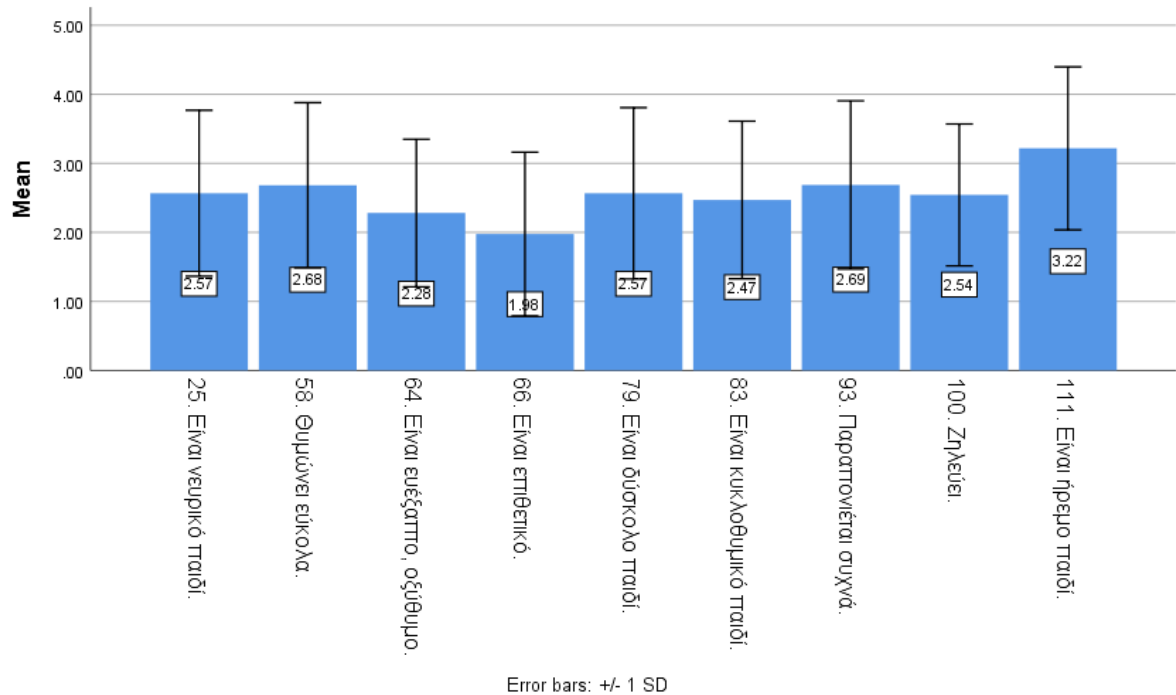
Συναισθηματική αστάθεια

Από τον Πίνακα 27 (Γράφημα 39) προκύπτουν τα αποτελέσματα σχετικά με τη συναισθηματική αστάθεια. Οι περισσότεροι γονείς ανέφεραν πως τα υπό μελέτη παιδιά σε βαθμό αρκετά και άνω είναι ήρεμα (71,09%, $M.O.=3,22$, $T.A.=1,18$). Της η πλειοψηφία ανέφερε πως τα αντιπροσωπεύει σχεδόν καθόλου ή λίγο πως είναι ευέξαπτα, οξύθυμα (65,85%, $M.O.=2,28$, $T.A.=1,07$) και επιθετικά (74,39%, $M.O.=1,98$, $T.A.=1,19$).

Πίνακας 27: Συναισθηματική αστάθεια

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
111. Είναι ήρεμο παιδί. [R]	3,22	1,18	7,23%	21,69%	30,12%	24,10%	16,87%
93. Παραπονιέται συχνά.	2,69	1,22	20,00%	25,00%	30,00%	16,25%	8,75%
58. Θυμώνει εύκολα.	2,68	1,20	14,63%	36,59%	25,61%	12,20%	10,98%
25. Είναι νευρικό παιδί.	2,57	1,20	20,48%	33,73%	21,69%	16,87%	7,23%
79. Είναι δύσκολο παιδί.	2,57	1,24	19,28%	39,76%	15,66%	15,66%	9,64%
100. Ζηλεύει.	2,54	1,03	15,66%	36,14%	28,92%	16,87%	2,41%
83. Είναι κυκλοθυμικό παιδί.	2,47	1,14	23,46%	30,86%	24,69%	17,28%	3,70%
64. Είναι ευέξαπτο, οξύθυμο.	2,28	1,07	24,39%	41,46%	19,51%	10,98%	3,66%
66. Είναι επιθετικό.	1,98	1,19	46,34%	28,05%	13,41%	6,10%	6,10%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 34: Συναισθηματική αστάθεια

9.1.4.2. *Ευσυνειδησία*

Στην τρέχουσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων όσον αφορά την ευσυνειδησία, της επιμέρους παράγοντες: 1) Επιμέλεια, 2) Κίνητρα απόδοσης και 3) Σχολική επάρκεια.

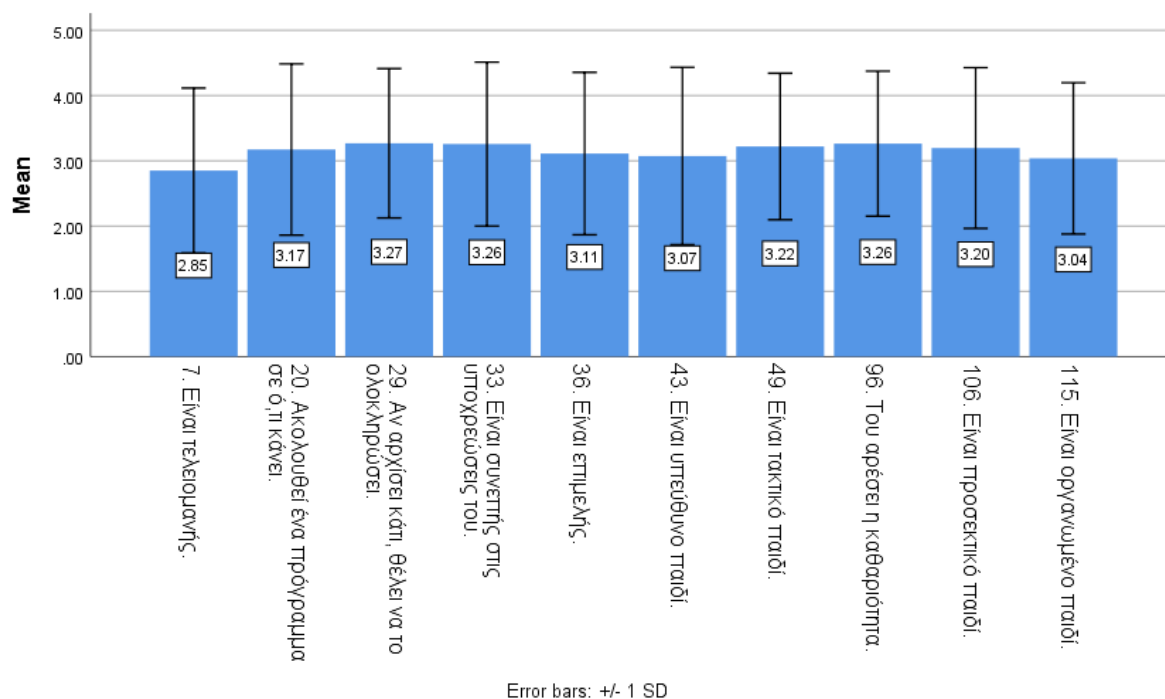
Επιμέλεια

Στον Πίνακα 28 (Γράφημα 40) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με την επιμέλεια. Προκύπτει ότι ταιριάζει σε βαθμό αρκετά και άνω στη συμπεριφορά του παιδιού ότι αν αρχίσει κάτι, θέλει να το ολοκληρώσει (76,83%, $M.O.=3,27$, $T.A.=1,14$), του αρέσει η καθαριότητα (75%, $M.O.=3,26$, $T.A.=1,11$), είναι συνεπής της υποχρεώσεις του (70,73%, $M.O.=3,26$, $T.A.=1,26$), είναι τακτικό (73,17%, $M.O.=3,22$, $T.A.=1,12$), προσεκτικό (69,51%, $M.O.=3,20$, $T.A.=1,23$), ακολουθεί ένα πρόγραμμα σε ό,τι κάνει (65,43%, $M.O.=3,17$, $T.A.=1,31$), είναι επιμελής (67,90%, $M.O.=3,11$, $T.A.=1,24$), είναι υπεύθυνο (65,44%, $M.O.=3,07$, $T.A.=1,36$) και οργανωμένο (65,85%, $M.O.=3,04$, $T.A.=1,16$).

Πίνακας 28: Επιμέλεια

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
29. Αν αρχίσει κάτι, θέλει να το ολοκληρώσει.	3,27	1,14	7,32%	15,85%	36,59%	23,17%	17,07%
96. Του αρέσει η καθαριότητα.	3,26	1,11	6,25%	18,75%	31,25%	30,00%	13,75%
33. Είναι συνεπής της υποχρεώσεις του.	3,26	1,26	8,54%	20,73%	29,27%	19,51%	21,95%
49. Είναι τακτικό παιδί.	3,22	1,12	6,10%	20,73%	32,93%	25,61%	14,63%
106. Είναι προσεκτικό παιδί.	3,20	1,23	9,76%	20,73%	26,83%	25,61%	17,07%
20. Ακολουθεί ένα πρόγραμμα σε ό,τι κάνει.	3,17	1,31	9,88%	24,69%	27,16%	14,81%	23,46%
36. Είναι επιμελής.	3,11	1,24	9,88%	22,22%	34,57%	13,58%	19,75%
43. Είναι υπεύθυνο παιδί.	3,07	1,36	16,05%	18,52%	28,40%	16,05%	20,99%
115. Είναι οργανωμένο παιδί.	3,04	1,16	8,54%	25,61%	32,93%	19,51%	13,41%
7. Είναι τελειομανής.	2,85	1,26	11,25%	37,50%	22,50%	12,50%	16,25%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 35: Επιμέλεια

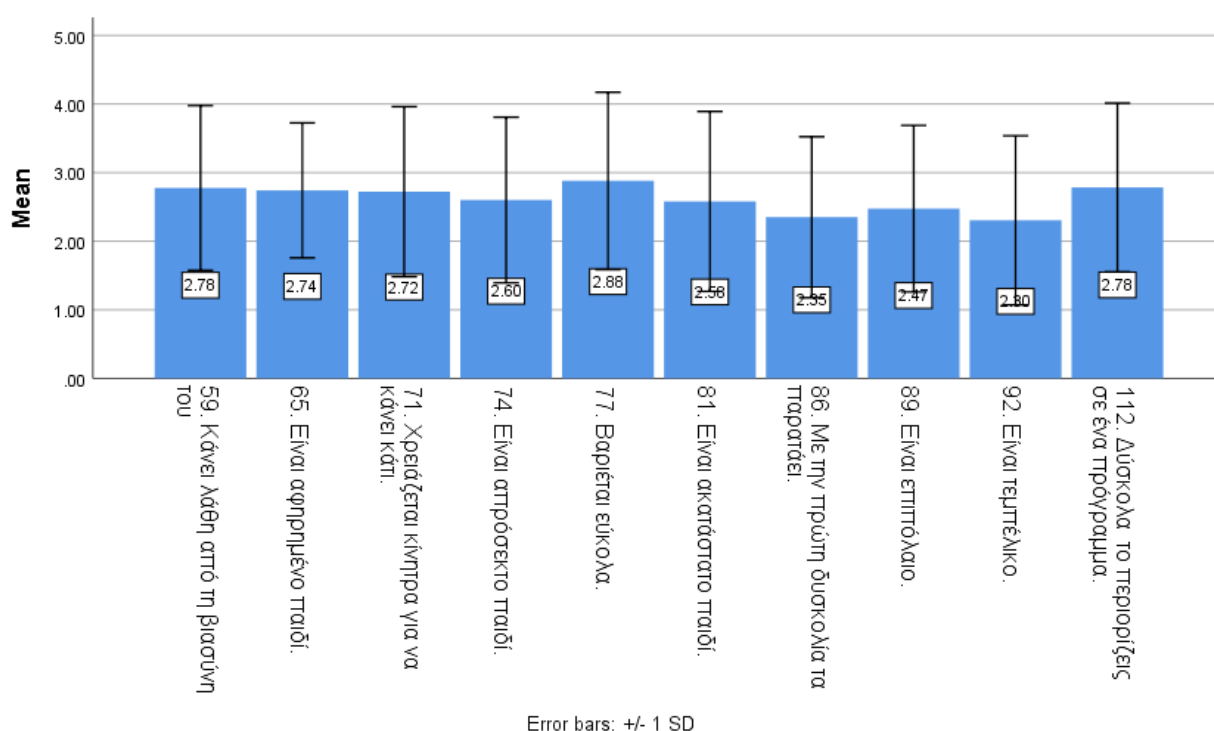
Κίνητρα απόδοσης

Στον Πίνακα 29 (Γράφημα 41) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τα κίνητρα απόδοσης. Γενικότερα, της οι ερωτήσεις είναι αρνητικά φορτισμένες και βαθμολογήθηκαν κάτω του μετρίου, γεγονός που αναδεικνύει την διαφωνία των γονιών για την απουσία γονιών. Στα σημαντικότερα ευρήματα το γεγονός πως η πλειοψηφία θεώρησε πως τα υπό μελέτη παιδιά σχεδόν καθόλου ή λίγο τα χαρακτηρίζει ότι είναι τεμπέλικα (67,02%, $M.O.=2,30$, $T.A.=1,23$).

Πίνακας 29: Κίνητρα απόδοσης

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
77. Βαριέται εύκολα. [R]	2,88	1,29	16,87%	24,10%	27,71%	16,87%	14,46%
112. Δύσκολα το περιορίζεις σε ένα πρόγραμμα. [R]	2,78	1,23	18,07%	22,89%	32,53%	15,66%	10,84%
59. Κάνει λάθη από τη βιασύνη του. [R]	2,78	1,20	17,50%	22,50%	35,00%	15,00%	10,00%
65. Είναι αφηρημένο παιδί. [R]	2,74	0,98	9,88%	32,10%	34,57%	20,99%	2,47%
71. Χρειάζεται κίνητρα για να κάνει κάτι.[R]	2,72	1,24	18,99%	26,58%	27,85%	16,46%	10,13%
74. Είναι απρόσεκτο παιδί. [R]	2,60	1,21	18,75%	35,00%	22,50%	15,00%	8,75%
81. Είναι ακατάστατο παιδί. [R]	2,58	1,31	25,93%	27,16%	19,75%	17,28%	9,88%
89. Είναι επιπόλαιο. [R]	2,47	1,21	24,36%	33,33%	19,23%	16,67%	6,41%
86. Με την πρώτη δυσκολία τα παρατάει. [R]	2,35	1,17	30,12%	27,71%	22,89%	15,66%	3,61%
92. Είναι τεμπέλικο. [R]	2,30	1,23	29,11%	37,97%	15,19%	8,86%	8,86%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 36: Κίνητρα απόδοσης

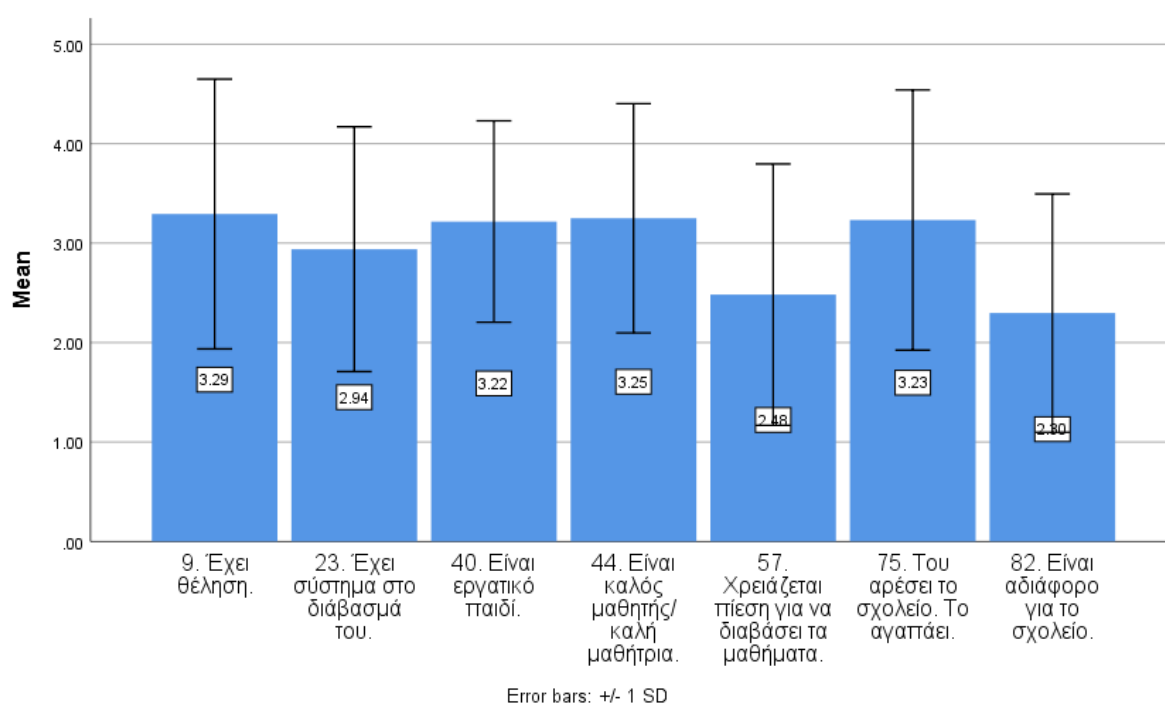
Σχολική επάρκεια

Ο Πίνακας 30 (Γράφημα 42) παρουσιάζει τα αποτελέσματα σχετικά με την σχολική επάρκεια. Αντιπροσωπεύει σε βαθμό αρκετά και άνω πως το παιδί έχει θέληση (73,17%, $M.O.=3,29$, $T.A.=1,36$), είναι καλός μαθητής/καλή μαθήτρια (70%, $M.O.=3,25$, $T.A.=1,15$), του αρέσει το σχολείο, το αγαπάει (68,29%, $M.O.=3,23$, $T.A.=1,31$), είναι εργατικό παιδί (75,90%, $M.O.=3,22$, $T.A.=1,01$) και ότι έχει σύστημα στο διάβασμά του (63,41%, $M.O.=2,94$, $T.A.=1,23$). Επιπλέον, το αντιπροσωπεύει σχεδόν καθόλου έως λίγο ότι είναι αδιάφορο για το σχολείο (66,67%, $M.O.=2,30$, $T.A.=1,20$).

Πίνακας 30: Σχολική επάρκεια

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
9. Έχει θέληση.	3,29	1,36	14,63%	12,20%	26,83%	21,95%	24,39%
44. Είναι καλός μαθητής/ καλή μαθήτρια.	3,25	1,15	3,75%	26,25%	30,00%	21,25%	18,75%
75. Του αρέσει το σχολείο. Το αγαπάει.	3,23	1,31	10,98%	20,73%	24,39%	21,95%	21,95%
40. Είναι εργατικό παιδί.	3,22	1,01	3,61%	20,48%	37,35%	27,71%	10,84%
23. Έχει σύστημα στο διάβασμά του.	2,94	1,23	13,41%	23,17%	34,15%	14,63%	14,63%
57. Χρειάζεται πίεση για να διαβάσει τα μαθήματα. [R]	2,48	1,31	30,86%	23,46%	20,99%	16,05%	8,64%
82. Είναι αδιάφορο για το σχολείο. [R]	2,30	1,20	28,40%	38,27%	16,05%	9,88%	7,41%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)

**Γράφημα 37: Σχολική επάρκεια**

9.1.4.3. Προσήνεια

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων σχετικά με την προσήνεια, στους επιμέρους παράγοντες: 1) Συμμόρφωση, 2) Εγκαρδιότητα και 3) Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός.

Συμμόρφωση

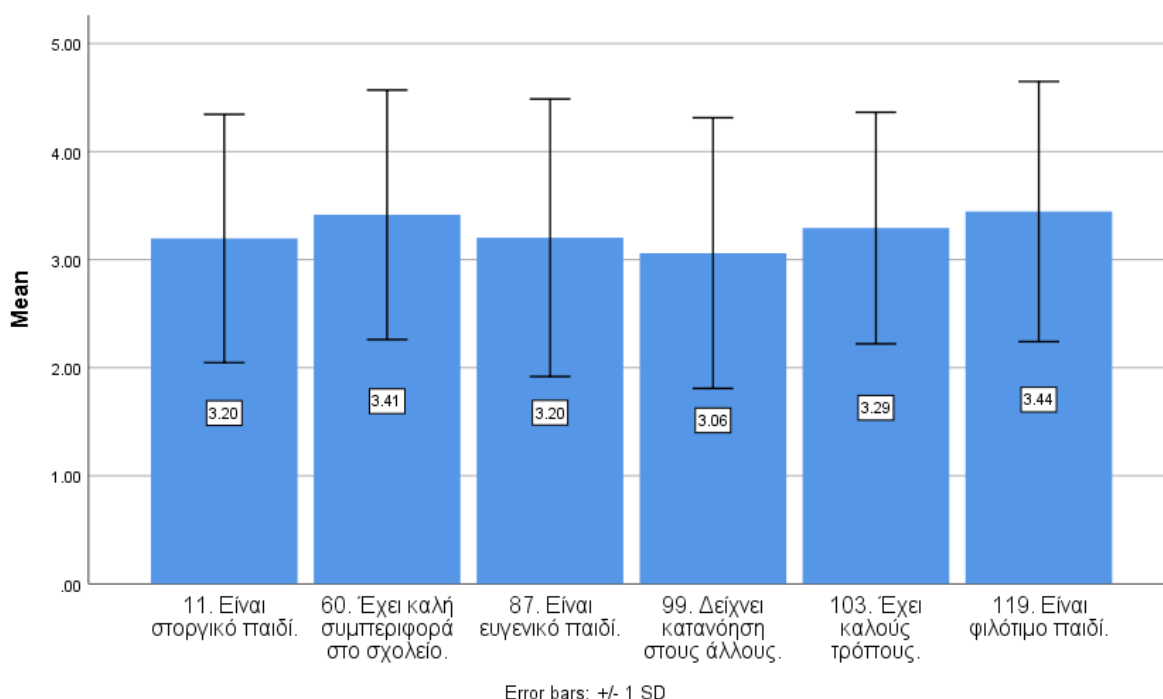
Στον Πίνακα 31 (Γράφημα 43) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τη συμμόρφωση. Ταιριάζει αρκετά έως πάρα πολύ στη συμπεριφορά του παιδιού ότι είναι φιλότιμο (80,24%, Μ.Ο.=3,44, Τ.Α.=1,20) και ότι έχει καλή συμπεριφορά στο σχολείο

(81,71%, $M.O.=3,41$, $T.A.=1,15$), ότι έχει καλούς τρόπους (78,05%, $M.O.=3,29$, $T.A.=1,07$), ότι είναι ευγενικό (68,36%, $M.O.=3,20$, $T.A.=1,28$), στοργικό (73,17%, $M.O.=3,20$, $T.A.=1,15$) και ότι δείχνει κατανόηση της της (65,06%, $M.O.=3,06$, $T.A.=1,25$).

Πίνακας 31: Συμμόρφωση

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
119. Είναι φιλότιμο παιδί.	3,44	1,20	7,41%	12,35%	33,33%	22,22%	24,69%
60. Έχει καλή συμπεριφορά στο σχολείο.	3,41	1,15	8,54%	9,76%	31,71%	31,71%	18,29%
103. Έχει καλούς τρόπους.	3,29	1,07	4,88%	17,07%	36,59%	26,83%	14,63%
87. Είναι ευγενικό παιδί.	3,20	1,28	11,39%	20,25%	24,05%	25,32%	18,99%
11. Είναι στοργικό παιδί.	3,20	1,15	7,32%	19,51%	35,37%	21,95%	15,85%
99. Δείχνει κατανόηση στους άλλους.	3,06	1,25	13,25%	21,69%	24,10%	27,71%	13,25%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 38: Συμμόρφωση

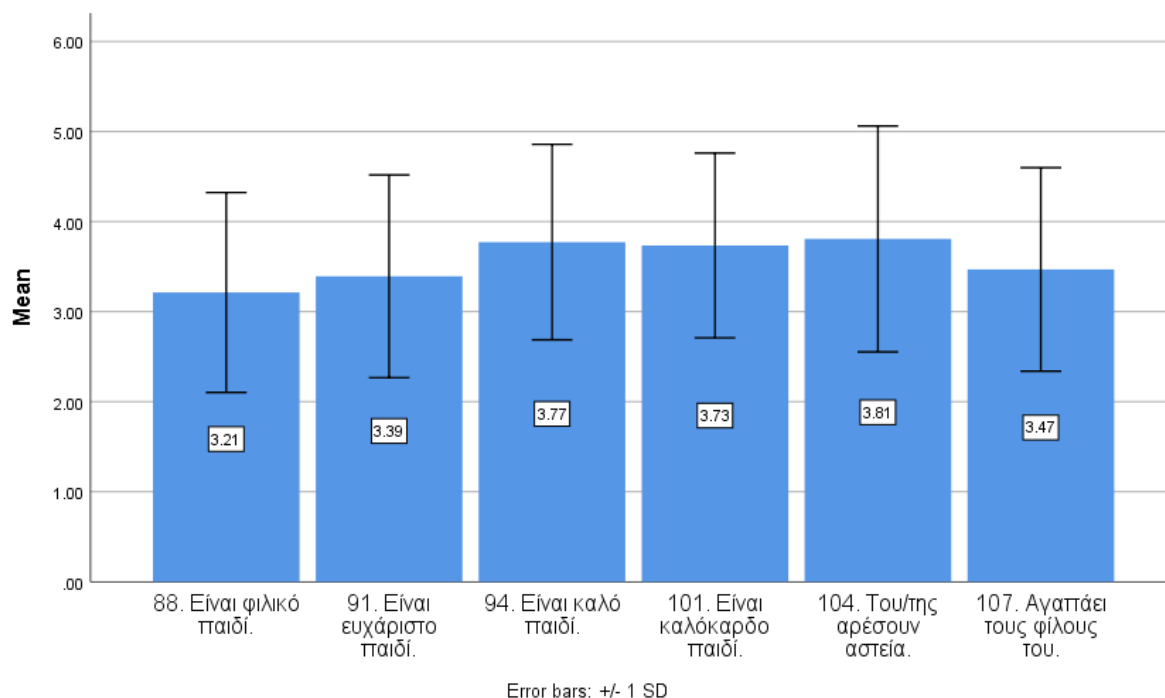
Εγκαρδιότητα

Στον Πίνακα 32 (Γράφημα 44) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την εγκαρδιότητα. Χαρακτηρίζει πολύ έως πάρα πολύ το παιδί ότι του/της αρέσουν αστεία (65,06%, $M.O.=3,81$, $T.A.=1,25$), ότι είναι καλό (65,82%, $M.O.=3,77$, $T.A.=1,09$) και καλόκαρδο (62,65%, $M.O.=3,73$, $T.A.=1,03$). Επιπλέον, το χαρακτηρίζει αρκετά έως πολύ ότι αγαπάει της φίλους του (61,73%, $M.O.=3,47$, $T.A.=1,13$), ότι είναι ευχάριστο (64,56%, $M.O.=3,39$, $T.A.=1,13$) και φιλικό (62,50%, $M.O.=3,21$, $T.A.=1,11$).

Πίνακας 32: Εγκαρδιότητα

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
104. Του/της αρέσουν αστεία.	3,81	1,25	6,02%	12,05%	16,87%	25,30%	39,76%
94. Είναι καλό παιδί.	3,77	1,09	5,06%	6,33%	22,78%	37,97%	27,85%
101. Είναι καλόκαρδο παιδί.	3,73	1,03	4,82%	3,61%	28,92%	38,55%	24,10%
107. Αγαπάει τους φίλους του.	3,47	1,13	6,17%	11,11%	33,33%	28,40%	20,99%
91. Είναι ευχάριστο παιδί.	3,39	1,13	7,59%	11,39%	31,65%	32,91%	16,46%
88. Είναι φιλικό παιδί.	3,21	1,11	7,50%	17,50%	33,75%	28,75%	12,50%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 39: Εγκαρδιότητα

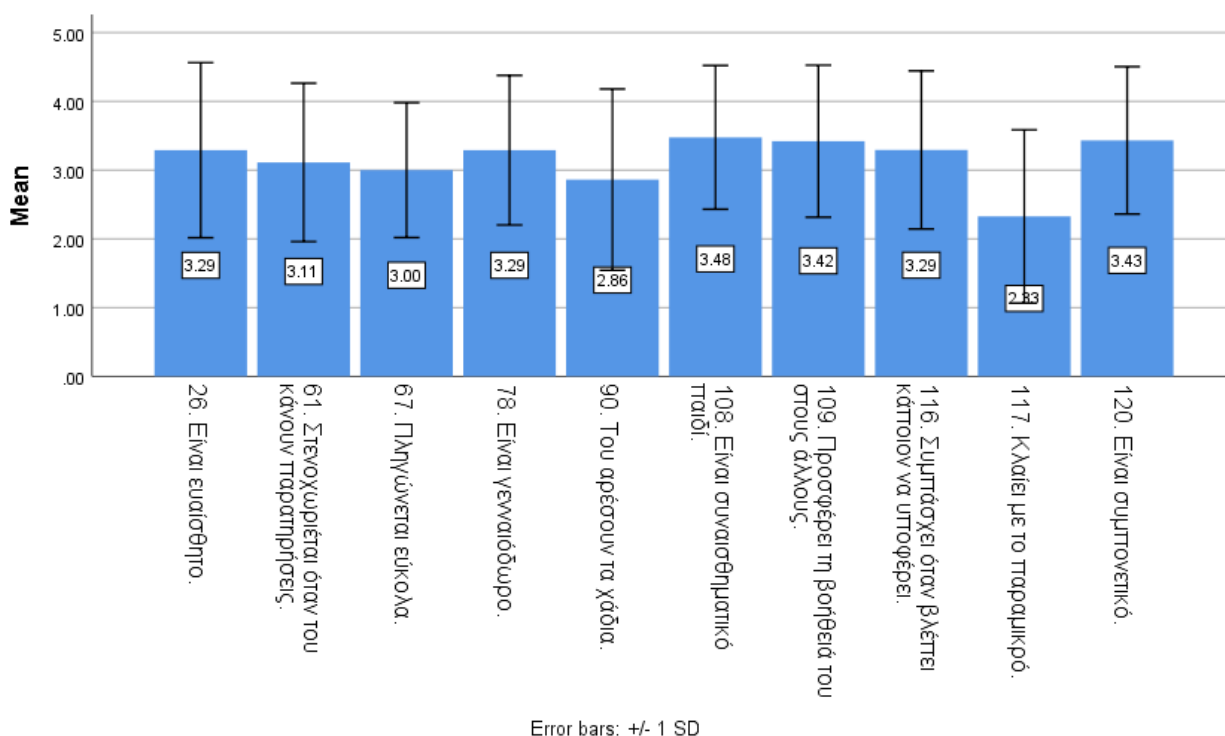
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός

Ο Πίνακας 33 (Γράφημα 45) παρουσιάζει τα αποτελέσματα αναφορικά με την ευσυγκινησία και τον αλτρουισμό. Προκύπτει ότι αντιπροσωπεύει αρκετά έως πάρα πολύ το παιδί ότι είναι συναισθηματικό (82,93%, $M.O.=3,48$, $T.A.=1,04$), συμπονετικό (83,95%, $M.O.=3,43$, $T.A.=1,07$), ότι προσφέρει τη βοήθειά του της της (79,01%, $M.O.=3,42$, $T.A.=1,11$), ότι συμπάσχει όταν βλέπει κάποιον να υποφέρει (75,61%, $M.O.=3,29$, $T.A.=1,15$), είναι γενναιόδωρο (79,52%, $M.O.=3,29$, $T.A.=1,09$), ευαίσθητο (73,50%, $M.O.=3,29$, $T.A.=1,27$), στενοχωριέται όταν του κάνουν παρατηρήσεις (67,90%, $M.O.=3,11$, $T.A.=1,15$) και ότι πληγώνεται εύκολα (67,07%, $M.O.=3,00$, $T.A.=0,98$).

Πίνακας 33: Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
108. Είναι συναισθηματικό παιδί.	3,48	1,04	3,66%	13,41%	31,71%	34,15%	17,07%
120. Είναι συμπονετικό.	3,43	1,07	4,94%	11,11%	38,27%	27,16%	18,52%
109. Προσφέρει τη βοήθειά του της της.	3,42	1,11	3,70%	17,28%	32,10%	27,16%	19,75%
116. Συμπάσχει όταν βλέπει κάποιον να υποφέρει.	3,29	1,15	8,54%	15,85%	26,83%	35,37%	13,41%
78. Είναι γενναιόδωρο.	3,29	1,09	6,02%	14,46%	39,76%	24,10%	15,66%
26. Είναι ευαίσθητο.	3,29	1,27	12,05%	14,46%	25,30%	28,92%	19,28%
61. Στενοχωριέται όταν του κάνουν παρατηρήσεις.	3,11	1,15	7,41%	24,69%	30,86%	23,46%	13,58%
67. Πληγώνεται εύκολα.	3,00	0,98	3,66%	29,27%	37,80%	21,95%	7,32%
90. Του αρέσουν τα χάρδια.	2,86	1,32	18,99%	22,78%	25,32%	18,99%	13,92%
117. Κλαίει με το παραμικρό.	2,33	1,26	32,53%	30,12%	16,87%	13,25%	7,23%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)

**Γράφημα 40:** Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός**9.1.4.4. Εξωστρέφεια**

Στην τρέχουσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την εξωστρέφεια, της επιμέρους παράγοντες: 1) Απόσυρση, 2) Δραστηριότητα και 3) Κοινωνικότητα.

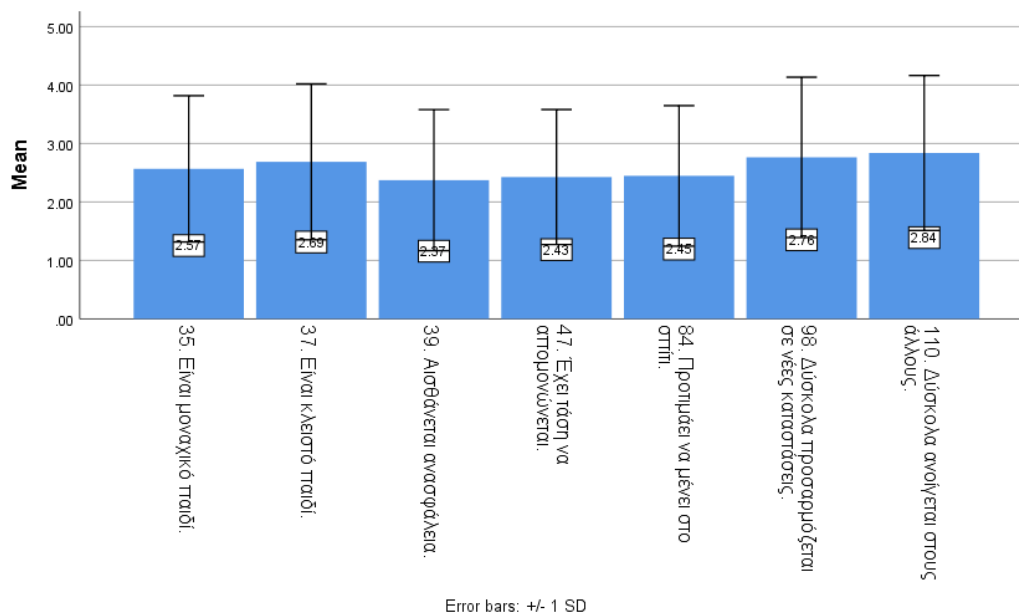
Απόσυρση

Στον Πίνακα 34 (Γράφημα 46) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων αναφορικά με την απόσυρση. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι της οι ερωτήσεις βαθμολογήθηκαν κάτω του βαθμού αρκετά, συνεπώς το χαρακτηριστικό της απόσυρσης δεν παρατηρείται στα υπό μελέτη παιδιά.

Πίνακας 34: Απόσυρση

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
110. Δύσκολα ανοίγεται στους άλλους.	2,84	1,33	17,50%	28,75%	21,25%	17,50%	15,00%
98. Δύσκολα προσαρμόζεται σε νέες καταστάσεις.	2,76	1,37	25,00%	20,00%	21,25%	21,25%	12,50%
37. Είναι κλειστό παιδί.	2,69	1,33	24,10%	25,30%	19,28%	20,48%	10,84%
35. Είναι μοναχικό παιδί.	2,57	1,25	25,30%	22,89%	31,33%	10,84%	9,64%
84. Προτιμάει να μένει στο σπίτι.	2,45	1,20	26,51%	28,92%	24,10%	14,46%	6,02%
47. Έχει τάση να απομονώνεται.	2,43	1,16	25,61%	29,27%	26,83%	13,41%	4,88%
39. Αισθάνεται ανασφάλεια.	2,37	1,21	32,53%	21,69%	25,30%	16,87%	3,61%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 41: Απόσυρση

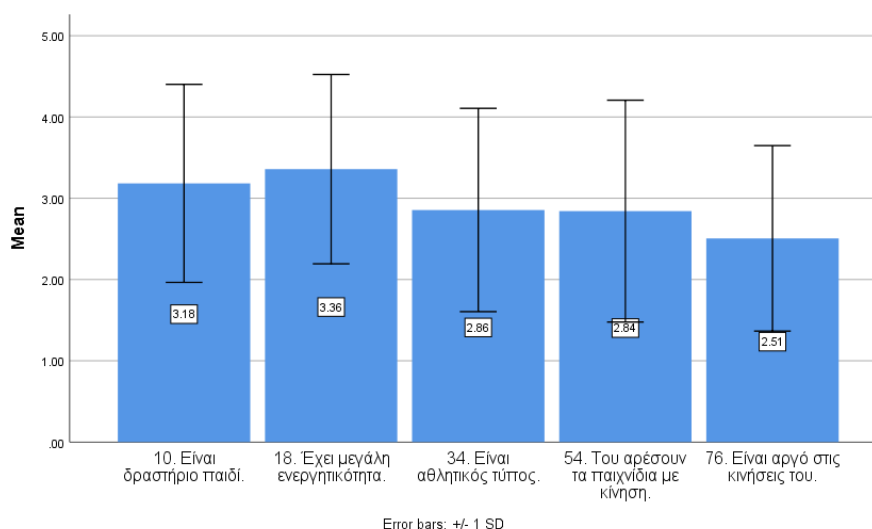
Δραστηριότητα

Στον Πίνακα 35 (Γράφημα 47) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων όσον αφορά την δραστηριότητα του παιδιού. Αντιπροσωπεύει αρκετά έως πάρα πολύ το παιδί ότι έχει μεγάλη ενεργητικότητα (71,61%, $M.O.=3,36$, $T.A.=1,17$), είναι δραστήριο (64,63%, $M.O.=3,18$, $T.A.=1,22$) και αθλητικός τύπος (60,25%, $M.O.=2,86$, $T.A.=1,25$).

Πίνακας 35: Δραστηριότητα

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
18. Έχει μεγάλη ενεργητικότητα.	3,36	1,17	3,70%	24,69%	23,46%	28,40%	19,75%
10. Είναι δραστήριο παιδί.	3,18	1,22	4,88%	30,49%	26,83%	17,07%	20,73%
34. Είναι αθλητικός τύπος.	2,86	1,25	18,07%	21,69%	26,51%	24,10%	9,64%
54. Του αρέσουν τα παιχνίδια με κίνηση.	2,84	1,37	21,95%	19,51%	26,83%	15,85%	15,85%
76. Είναι αργό της κινήσεις του. [R]	2,51	1,14	22,89%	28,92%	26,51%	18,07%	3,61%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 42: Δραστηριότητα

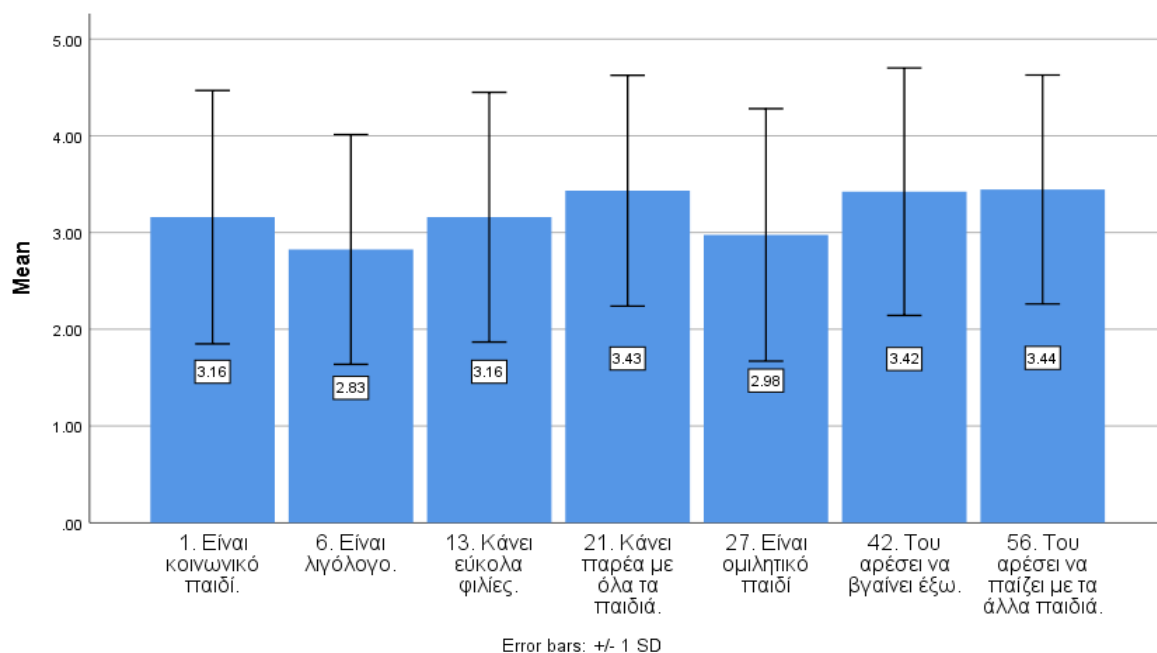
Κοινωνικότητα

Ο Πίνακας 36 (Γράφημα 48) παρουσιάζει τα αποτελέσματα των απαντήσεων αναφορικά με την κοινωνικότητα του παιδιού. Ταιριάζει στη συμπεριφορά του παιδιού αρκετά έως πάρα πολύ ότι του αρέσει να παίζει με τα άλλα παιδιά (83,95%, $M.O.=3,44$, $T.A.=1,18$), ότι κάνει παρέα με όλα τα παιδιά (75,31%, $M.O.=3,43$, $T.A.=1,19$), ότι του αρέσει να βγαίνει έξω (73,50%, $M.O.=3,42$, $T.A.=1,28$), ότι κάνει εύκολα φίλίες (68,29%, $M.O.=3,16$, $T.A.=1,29$), είναι κοινωνικό (63,41%, $M.O.=3,16$, $T.A.=1,31$) και ομιλητικό (63,42%, $M.O.=2,98$, $T.A.=1,31$).

Πίνακας 36: Κοινωνικότητα

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
56. Του αρέσει να παίζει με τα άλλα παιδιά.	3,44	1,18	11,11%	4,94%	30,86%	34,57%	18,52%
21. Κάνει παρέα με όλα τα παιδιά.	3,43	1,19	6,17%	18,52%	22,22%	32,10%	20,99%
42. Του αρέσει να βγαίνει έξω.	3,42	1,28	8,43%	18,07%	21,69%	26,51%	25,30%
13. Κάνει εύκολα φίλίες.	3,16	1,29	12,20%	19,51%	28,05%	20,73%	19,51%
1. Είναι κοινωνικό παιδί.	3,16	1,31	9,76%	26,83%	23,17%	18,29%	21,95%
27. Είναι ομιλητικό παιδί	2,98	1,31	18,29%	18,29%	23,17%	28,05%	12,20%
6. Είναι λιγόλογος. [R]	2,83	1,19	15,00%	25,00%	32,50%	17,50%	10,00%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 43: Κοινωνικότητα

9.1.4.5. Διανοητική ανάπτυξη

Στην τρέχουσα ενότητα επιδεικνύονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων όσον αφορά την διανοητική ανάπτυξη του παιδιού της επιμέρους παράγοντες: 1) Νόηση, 2) Αυτοπεποίθηση και 3) Κυριαρχία/Επιβολή.

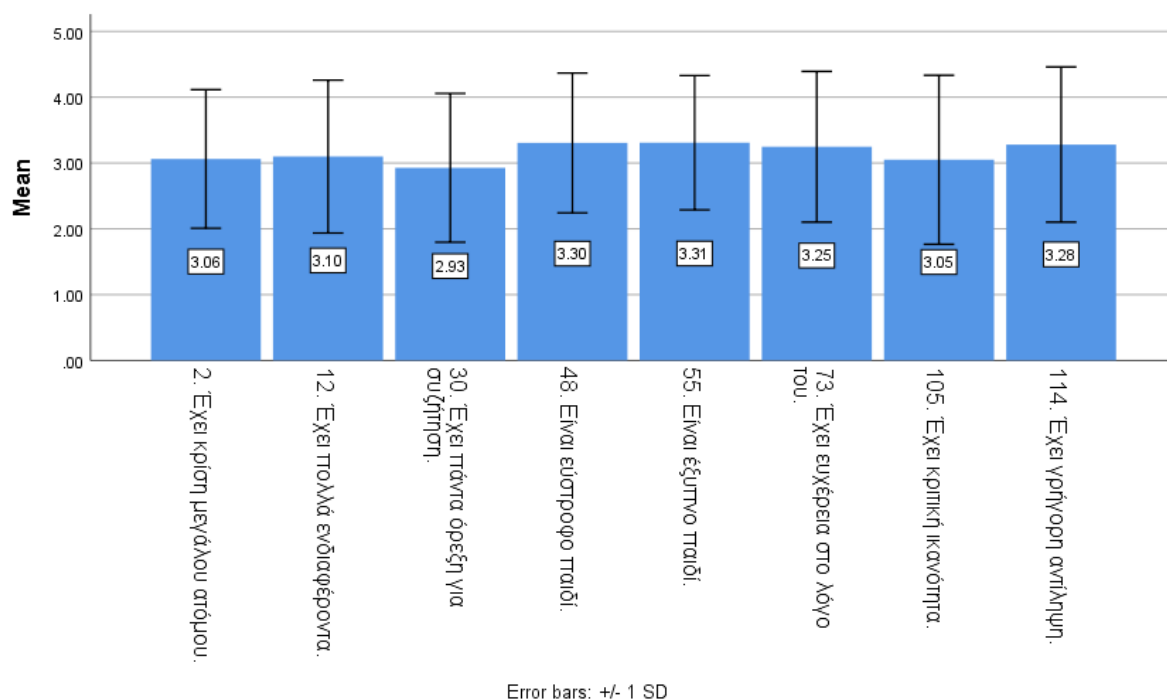
Νόηση

Στον Πίνακα 37 (Γράφημα 49) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με την νόηση του παιδιού. Ταιριάζει αρκετά έως πάρα πολύ στο παιδί ότι είναι έξυπνο (80,25%, $M.O.=3,31$, $T.A.=1,02$), εύστροφο (79,26%, $M.O.=3,30$, $T.A.=1,06$), ότι έχει γρήγορη αντίληψη (75,61%, $M.O.=3,28$, $T.A.=1,18$), ευχέρεια στο λόγο του (71,60%, $M.O.=3,25$, $T.A.=1,15$), πολλά ενδιαφέροντα (67,08%, $M.O.=3,10$, $T.A.=1,16$), κρίση μεγάλου ατόμου (70,38%, $M.O.=3,06$, $T.A.=1,05$), κριτική ικανότητα (64,20%, $M.O.=3,05$, $T.A.=1,28$) και ότι έχει πάντα όρεξη για συζήτηση (64,64%, $M.O.=2,93$, $T.A.=1,13$).

Πίνακας 37: Νόηση

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
55. Είναι έξυπνο παιδί.	3,31	1,02	3,70%	16,05%	39,51%	27,16%	13,58%
48. Είναι εύστροφο παιδί.	3,30	1,06	4,88%	15,85%	37,80%	26,83%	14,63%
114. Έχει γρήγορη αντίληψη.	3,28	1,18	8,54%	15,85%	31,71%	26,83%	17,07%
73. Έχει ευχέρεια στο λόγο του.	3,25	1,15	4,94%	23,46%	30,86%	23,46%	17,28%
12. Έχει πολλά ενδιαφέροντα.	3,10	1,16	8,54%	24,39%	28,05%	26,83%	12,20%
2. Έχει κρίση μεγάλου ατόμου.	3,06	1,05	4,94%	24,69%	41,98%	16,05%	12,35%
105. Έχει κριτική ικανότητα.	3,05	1,28	13,58%	22,22%	25,93%	22,22%	16,05%
30. Έχει πάντα όρεξη για συζήτηση.	2,93	1,13	12,20%	23,17%	31,71%	25,61%	7,32%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 44: Νόηση

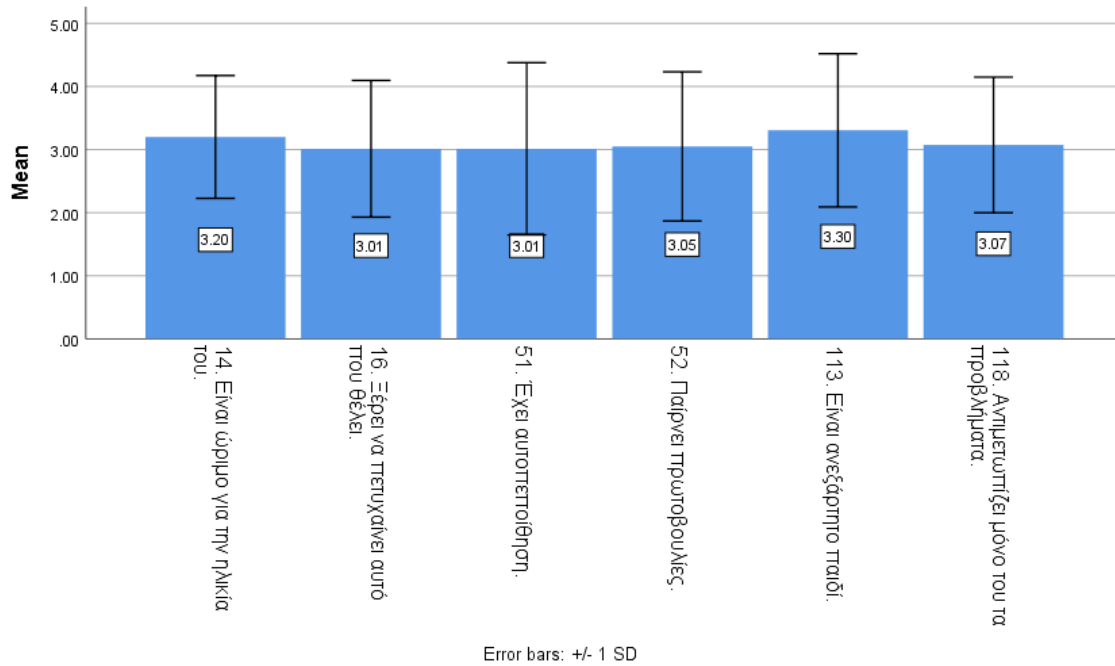
Αυτοπεποίθηση

Στον Πίνακα 38 (Γράφημα 50) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με την αυτοπεποίθηση του παιδιού. Αντιπροσωπεύει αρκετά έως πάρα πολύ το παιδί ότι είναι ανεξάρτητο (76,83%, $M.O.=3,30$, $T.A.=1,21$), ώριμο για την ηλικία του (73,75%, $M.O.=3,20$, $T.A.=0,97$), αντιμετωπίζει μόνο του τα προβλήματα (70,73%, $M.O.=3,07$, $T.A.=1,07$), παίρνει πρωτοβουλίες (66,67%, $M.O.=3,05$, $T.A.=1,18$), έχει αυτοπεποίθηση (63,41%, $M.O.=3,01$, $T.A.=1,37$) και ξέρει να πετυχαίνει αυτό που θέλει (65,86%, $M.O.=3,01$, $T.A.=1,08$).

Πίνακας 38: Αυτοπεποίθηση

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
113. Είναι ανεξάρτητο παιδί.	3,30	1,21	9,76%	13,41%	32,93%	24,39%	19,51%
14. Είναι ώριμο για την ηλικία του.	3,20	0,97	1,25%	25,00%	36,25%	27,50%	10,00%
118. Αντιμετωπίζει μόνο του τα προβλήματα.	3,07	1,07	6,10%	23,17%	40,24%	18,29%	12,20%
52. Παίρνει πρωτοβουλίες.	3,05	1,18	9,88%	23,46%	32,10%	20,99%	13,58%
51. Έχει αυτοπεποίθηση.	3,01	1,37	18,29%	18,29%	25,61%	19,51%	18,29%
16. Ξέρει να πετυχαίνει αυτό που θέλει.	3,01	1,08	7,32%	26,83%	31,71%	25,61%	8,54%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 45: Αυτοπεποίθηση

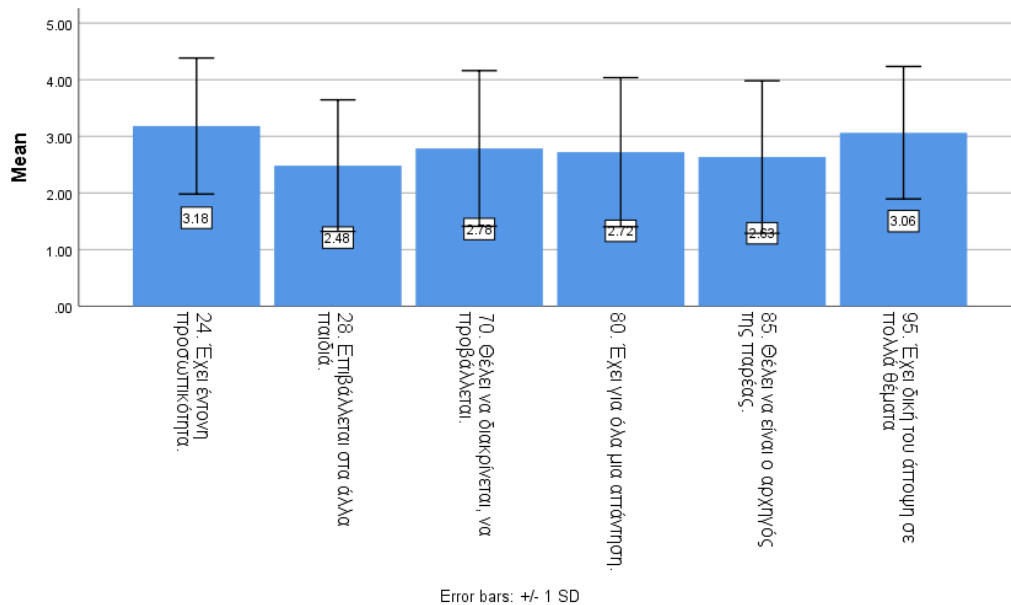
Κυριαρχία/Επιβολή

Ο Πίνακας 39 (Γράφημα 51) παρουσιάζει τα αποτελέσματα αναφορικά με την κυριαρχία και την επιβολή. Χαρακτηρίζει αρκετά το παιδί ότι έχει έντονη προσωπικότητα (69,88%, $M.O.=3,18$, $T.A.=1,20$) και ότι έχει δική του άποψη σε πολλά θέματα (67,08%, $M.O.=3,06$, $T.A.=1,17$).

Πίνακας 39: Κυριαρχία/Επιβολή

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
24. Έχει έντονη προσωπικότητα.	3,18	1,20	8,43%	21,69%	30,12%	22,89%	16,87%
95. Έχει δική του άποψη σε πολλά θέματα	3,06	1,17	8,86%	24,05%	32,91%	20,25%	13,92%
70. Θέλει να διακρίνεται, να προβάλλεται.	2,78	1,37	20,25%	30,38%	15,19%	18,99%	15,19%
80. Έχει για όλα μια απάντηση.	2,72	1,32	24,39%	20,73%	23,17%	21,95%	9,76%
85. Θέλει να είναι ο αρχηγός της παρέας.	2,63	1,35	28,05%	18,29%	28,05%	13,41%	12,20%
28. Επιβάλλεται στα άλλα παιδιά.	2,48	1,16	22,89%	30,12%	30,12%	9,64%	7,23%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 46: Κυριαρχία/Επιβολή

9.1.5. Ε-ΔΗΠΡΟΠΕ12 (11-18 ετών)

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με της συμμετέχοντες ηλικίας 11 – 18 ετών, της επιμέρους παράγοντες: 1) Συναισθηματική αντιδραστικότητα, 2) Ευσυνειδησία, 3) Προσήνεια 4) Εξωστρέφεια και 5) Διανοητική ανάπτυξη. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα 1-5 (1= Σχεδόν καθόλου, 2= Λίγο, 3= Αρκετά, 4= Πολύ, 5= Πάρα πολύ).

9.1.5.1. Συναισθηματική αντιδραστικότητα

Η παρούσα ενότητα παρουσιάζει τα αποτελέσματα σχετικά με τη συναισθηματική αντιδραστικότητα, στους επιμέρους παράγοντες: 1) Διαγωγή, 2) Ατομισμός/Εγωισμός και 3) Συναισθηματική αστάθεια.

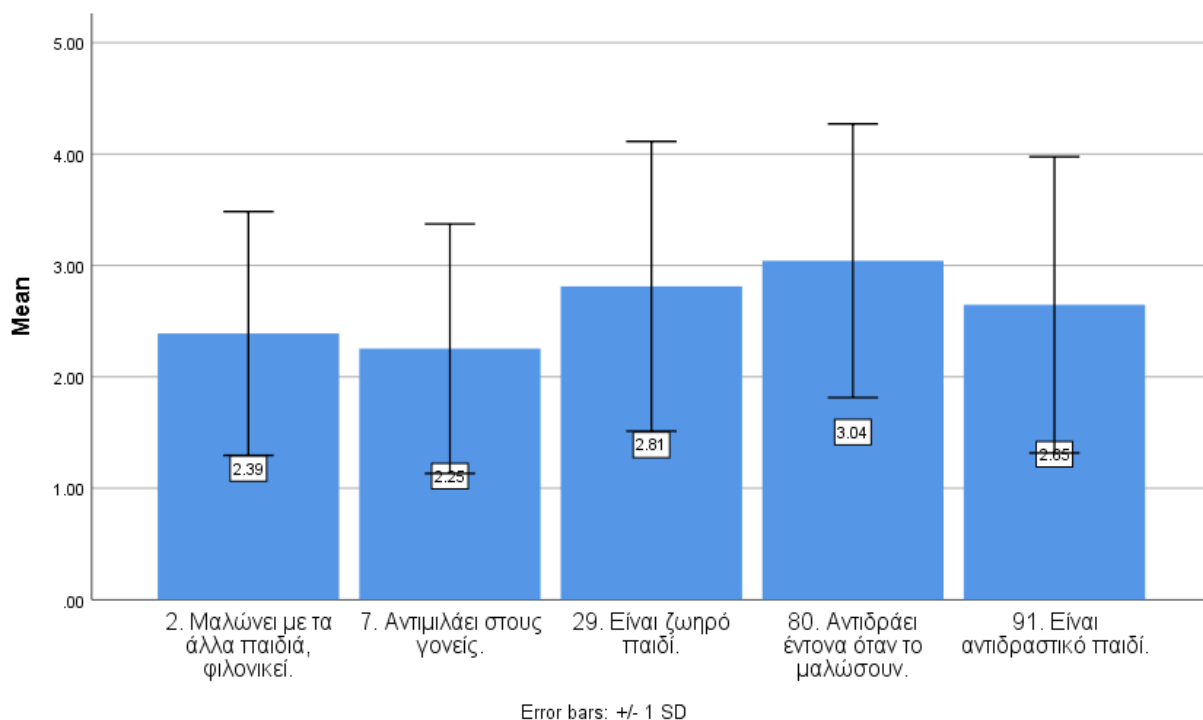
Διαγωγή

Ο Πίνακας 40 (Γράφημα 52) παρουσιάζει τα αποτελέσματα σχετικά με τη διαγωγή. Αντιπροσωπεύει αρκετά έως πάρα πολύ ότι το παιδί αντιδράει έντονα όταν το μαλώσουν (68,42%, $M.O.=3,04$, $T.A.=1,23$) και ότι είναι ζωνηρό (61,46%, $M.O.=2,81$, $T.A.=1,30$), ωστόσο σχεδόν καθόλου ή λίγο μαλώνει με τα άλλα παιδιά, φιλονικεί (61,05%, $M.O.=2,39$, $T.A.=1,09$) και αντιμιλάει της γονείς (62,11%, $M.O.=2,25$, $T.A.=1,12$).

Πίνακας 40: Διαγωγή

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
80. Αντιδράει έντονα όταν το μαλώσουν. [R]	3,04	1,23	12,63%	18,95%	35,79%	16,84%	15,79%
29. Είναι ζωηρό παιδί. [R]	2,81	1,30	21,88%	16,67%	32,29%	16,67%	12,50%
91. Είναι αντιδραστικό παιδί. [R]	2,65	1,33	25,00%	26,04%	18,75%	19,79%	10,42%
2. Μαλώνει με τα άλλα παιδιά, φιλονικεί. [R]	2,39	1,09	21,05%	40,00%	23,16%	10,53%	5,26%
7. Αντιμιλάει στους γονείς. [R]	2,25	1,12	30,53%	31,58%	24,21%	9,47%	4,21%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 47: Διαγωγή

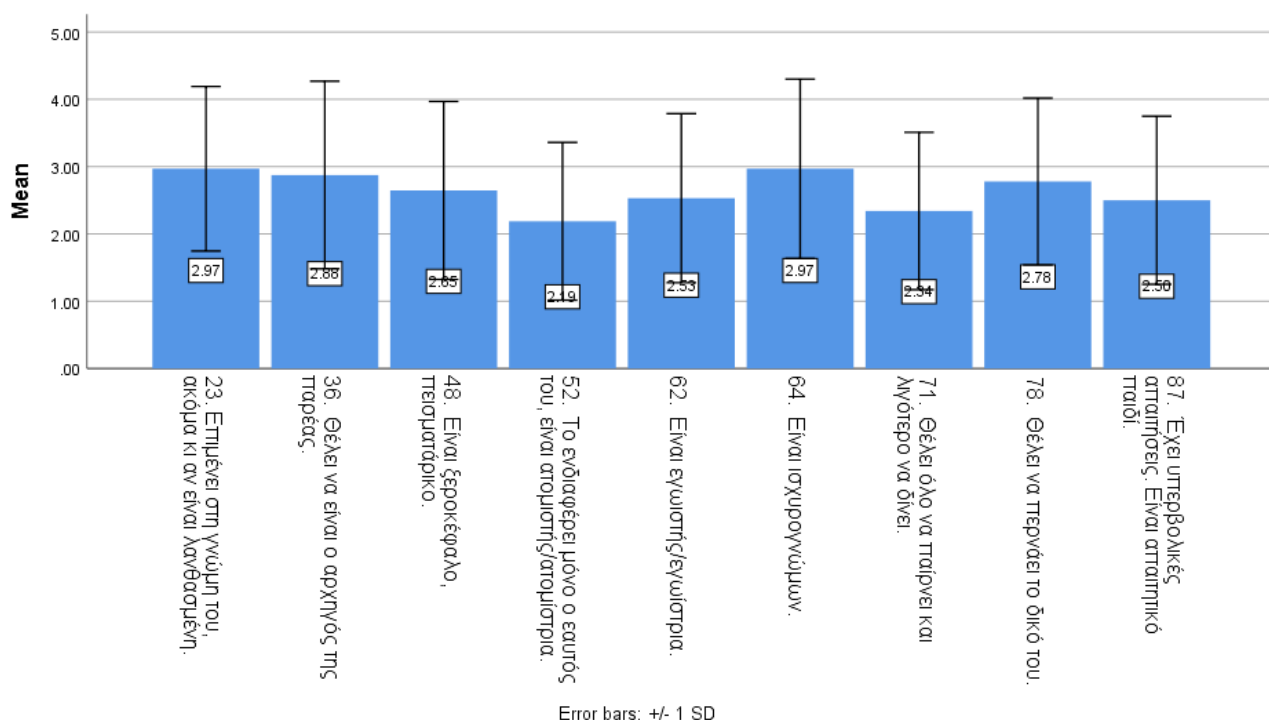
Ατομισμός/Εγωισμός

Ο Πίνακας 41 (Γράφημα 53) παρουσιάζει τα αποτελέσματα που προκύπτουν σχετικά με τον ατομισμό και τον εγωισμό. Προέκυψαν χαμηλά συνολικά επίπεδα ατομισμού-εγωισμού. Στα σημαντικότερα ευρήματα το γεγονός πως χαρακτηρίζει αρκετά έως πάρα πολύ τα παιδιά ότι είναι ισχυρογνώμων (61,05%, $M.O.=2,97$, $T.A.=1,33$) και ότι θέλει να είναι ο αρχηγός της παρέας ($M.O.=2,88$, $T.A.=1,39$). Ωστόσο, σχεδόν καθόλου έως λίγο, το ενδιαφέρει μόνο ο εαυτός του, είναι ατομιστής/ατομίστρια (68,75%, $M.O.=2,19$, $T.A.=1,17$).

Πίνακας 41: Ατομισμός/Εγωισμός

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
64. Είναι ισχυρογνώμων.	2,97	1,33	16,84%	22,11%	25,26%	18,95%	16,84%
23. Επιμένει στη γνώμη του, ακόμα κι αν είναι λανθασμένη.	2,97	1,22	8,51%	34,04%	25,53%	15,96%	15,96%
36. Θέλει να είναι ο αρχηγός της παρέας.	2,88	1,39	23,96%	15,63%	25,00%	19,79%	15,63%
78. Θέλει να περνάει το δικό του.	2,78	1,24	15,79%	30,53%	25,26%	16,84%	11,58%
48. Είναι ξεροκέφαλο, πεισματάρικο.	2,65	1,32	23,96%	27,08%	20,83%	16,67%	11,46%
62. Είναι εγωιστής/εγωίστρια.	2,53	1,26	26,04%	23,96%	31,25%	8,33%	10,42%
87. Έχει υπερβολικές απαιτήσεις. Είναι απαιτητικό παιδί.	2,50	1,25	25,00%	31,25%	20,83%	14,58%	8,33%
71. Θέλει όλο να παίρνει και λιγότερο να δίνει.	2,34	1,17	32,98%	19,15%	32,98%	10,64%	4,26%
52. Το ενδιαφέρει μόνο ο εαυτός του, είναι ατομιστής/ατομίστρια.	2,19	1,17	33,33%	35,42%	16,67%	8,33%	6,25%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)

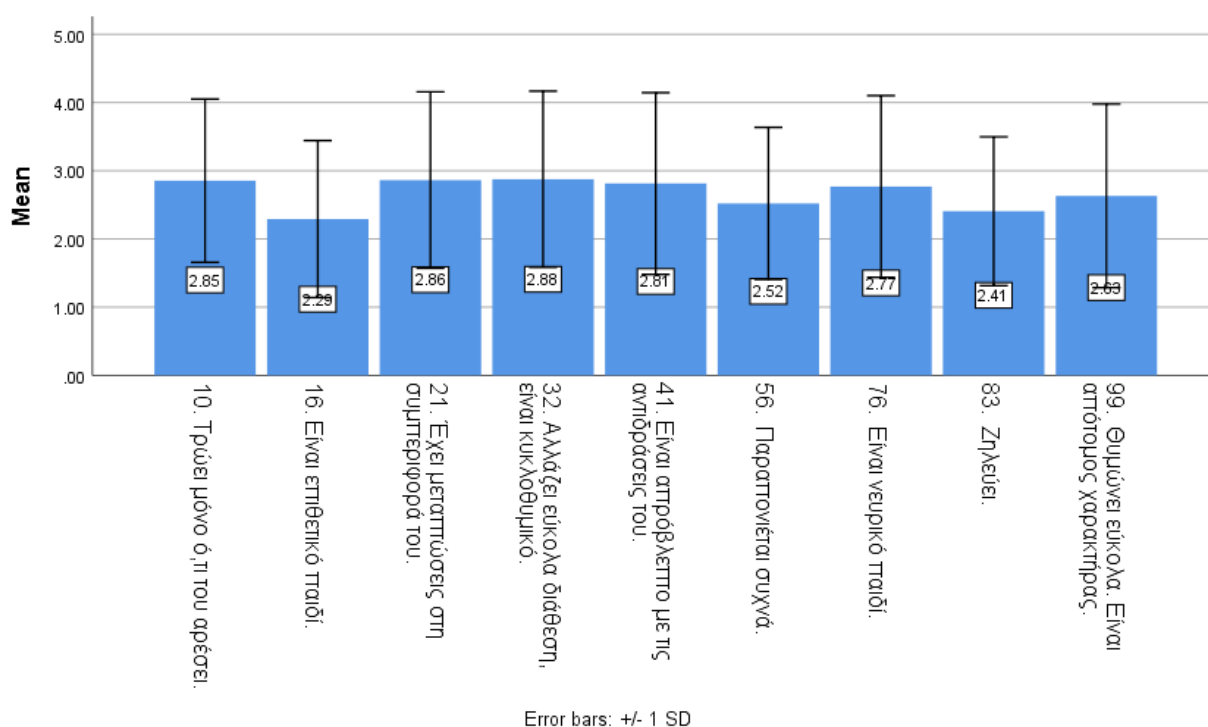
**Γράφημα 48:** Ατομισμός/ΕγωισμόςΣυναισθηματική αστάθεια

Ο Πίνακας 42 (Γράφημα 54) παρουσιάζει τα αποτελέσματα των απαντήσεων σχετικά με τη συναισθηματική αστάθεια. Προέκυψαν χαμηλά συνολικά επίπεδα συναισθηματικής αστάθειας. Ωστόσο αρκετά έως πάρα πολύ τα παιδιά αλλάζουν εύκολα διάθεση, είναι κυκλοθυμικά (62,49%, $M.O.=2,88$, $T.A.=1,29$) και τρώνε μόνο ό,τι της αρέσει (66,66%, $M.O.=2,85$, $T.A.=1,20$).

Πίνακας 42: Συναισθηματική αστάθεια

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
32. Αλλάζει εύκολα διάθεση, είναι κυκλοθυμικό.	2,88	1,29	18,75%	18,75%	33,33%	14,58%	14,58%
21. Έχει μεταπτώσεις στη συμπεριφορά του.	2,86	1,29	14,74%	29,47%	27,37%	11,58%	16,84%
10. Τρώει μόνο ό,τι του αρέσει.	2,85	1,20	18,75%	14,58%	37,50%	20,83%	8,33%
41. Είναι απρόβλεπτο με της αντιδράσεις του.	2,81	1,33	19,79%	23,96%	27,08%	13,54%	15,63%
76. Είναι νευρικό παιδί.	2,77	1,33	21,05%	23,16%	29,47%	10,53%	15,79%
99. Θυμώνει εύκολα. Είναι απότομος χαρακτήρας.	2,63	1,35	24,21%	30,53%	14,74%	18,95%	11,58%
56. Παραπονιέται συχνά.	2,52	1,11	17,71%	36,46%	29,17%	9,38%	7,29%
83. Ζηλεύει.	2,41	1,09	21,88%	35,42%	28,13%	9,38%	5,21%
16. Είναι επιθετικό παιδί.	2,29	1,15	31,25%	28,13%	25,00%	11,46%	4,17%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)

**Γράφημα 49:** Συναισθηματική αστάθεια

9.1.5.2. Ευσυνειδησία

Στην τρέχουσα ενότητα επιδεικνύονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων όσον αφορά την ευσυνειδησία της επιμέρους υποενότητας 1) Επιμέλεια, 2) Κίνητρα απόδοσης και 3) Σχολική επάρκεια.

Επιμέλεια

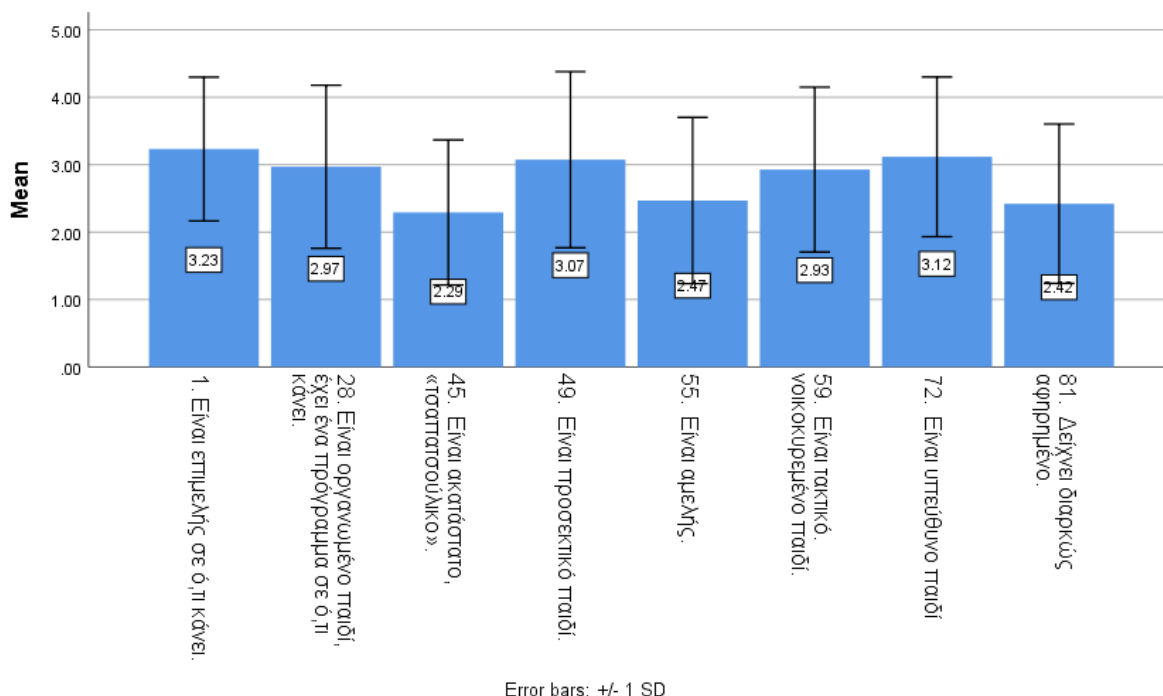
Στον Πίνακα 43 (Γράφημα 55) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων αναφορικά με την επιμέλεια. Προκύπτει ότι ταιριάζει αρκετά έως πάρα πολύ στη συμπεριφορά του παιδιού ότι είναι επιμελής σε ό,τι κάνει (77,90%, $M.O.=3,23$, $T.A.=1,07$), υπεύθυνο (64,22%, $M.O.=3,12$, $T.A.=1,18$), προσεκτικό (63,16%,

$M.O.=3,07$, $T.A.=1,31$) και οργανωμένο (63,54%, $M.O.=2,97$, $T.A.=1,21$). Επιπλέον, το χαρακτηρίζει σχεδόν καθόλου έως λίγο ότι είναι ακατάστατο, «τσαπατσούλικο» (63,54%, $M.O.=2,29$, $T.A.=1,08$).

Πίνακας 43: Επιμέλεια

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
1. Είναι επιμελής σε ό,τι κάνει.	3,23	1,07	5,26%	16,84%	42,11%	21,05%	14,74%
72. Είναι υπεύθυνο παιδί	3,12	1,18	6,32%	29,47%	26,32%	22,11%	15,79%
49. Είναι προσεκτικό παιδί.	3,07	1,31	12,63%	24,21%	25,26%	18,95%	18,95%
28. Είναι οργανωμένο παιδί, έχει ένα πρόγραμμα σε ό,τι κάνει.	2,97	1,21	12,50%	23,96%	30,21%	20,83%	12,50%
59. Είναι τακτικό, νοικοκυρεμένο παιδί.	2,93	1,22	10,53%	32,63%	24,21%	18,95%	13,68%
55. Είναι αμελής. [R]	2,47	1,23	25,53%	30,85%	23,40%	11,70%	8,51%
81. Δείχνει διαρκώς αφηρημένο. [R]	2,42	1,18	26,32%	31,58%	20,00%	17,89%	4,21%
45. Είναι ακατάστατο, «τσαπατσούλικο». [R]	2,29	1,08	26,04%	37,50%	19,79%	14,58%	2,08%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 50: Επιμέλεια

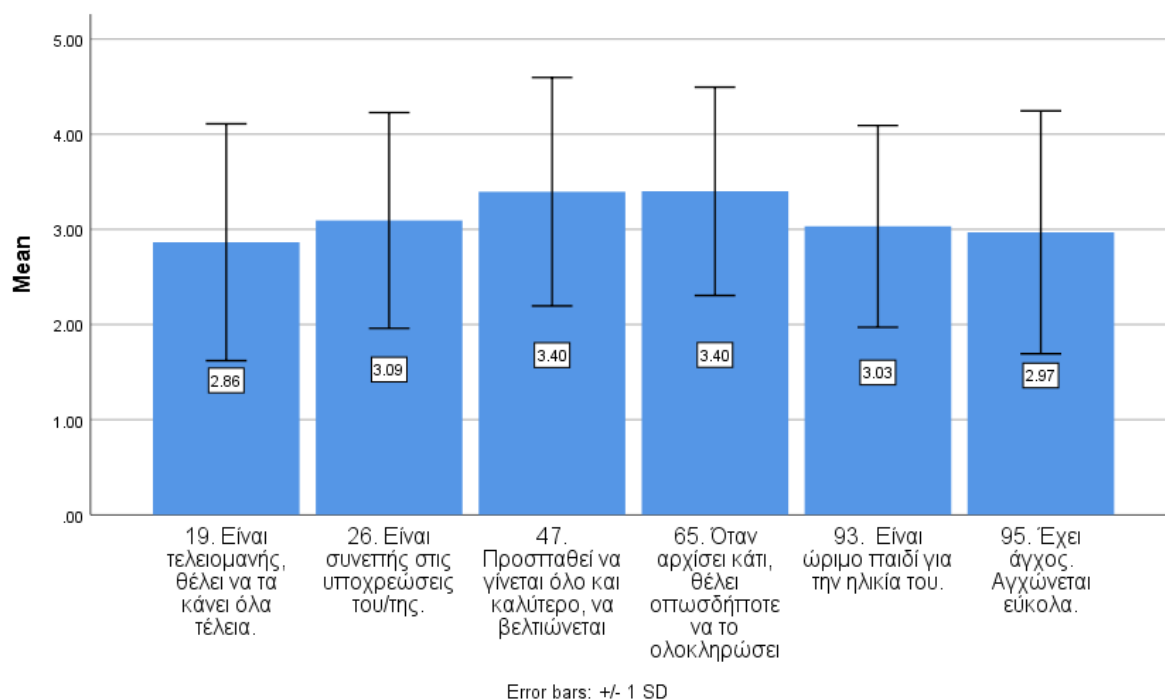
Κίνητρα απόδοσης

Στον Πίνακα 44 (Γράφημα 56) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων αναφορικά με τα κίνητρα απόδοσης. Προκύπτει ότι ταιριάζει αρκετά έως πάρα πολύ στη συμπεριφορά του παιδιού ότι όταν αρχίσει κάτι, θέλει οπωσδήποτε να το ολοκληρώσει (80,01%, $M.O.=3,40$, $T.A.=1,10$), ότι προσπαθεί να γίνεται όλο και καλύτερο, να βελτιώνεται (73,95%, $M.O.=3,40$, $T.A.=1,20$), ότι είναι συνεπής της υποχρεώσεις του/της (65,63%, $M.O.=3,09$, $T.A.=1,13$), ώριμο παιδί για την ηλικία του (67,72%, $M.O.=3,03$, $T.A.=1,06$) και ότι αγχώνεται εύκολα (61,47%, $M.O.=2,97$, $T.A.=1,28$).

Πίνακας 44: Κίνητρα απόδοσης

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
65. Όταν αρχίσει κάτι, θέλει οπωσδήποτε να το ολοκληρώσει	3,40	1,10	4,21%	15,79%	34,74%	26,32%	18,95%
47. Προσπαθεί να γίνεται όλο και καλύτερο, να βελτιώνεται	3,40	1,20	3,13%	22,92%	32,29%	14,58%	27,08%
26. Είναι συνεπής της υποχρεώσεις του/της.	3,09	1,13	7,29%	27,08%	25,00%	30,21%	10,42%
93. Είναι ώριμο παιδί για την ηλικία του.	3,03	1,06	6,25%	26,04%	35,42%	22,92%	9,38%
95. Έχει άγχος. Αγχώνεται εύκολα.	2,97	1,28	13,54%	25,00%	29,17%	15,63%	16,67%
19. Είναι τελειομανής, θέλει να τα κάνει όλα τέλεια.	2,86	1,24	13,54%	31,25%	22,92%	19,79%	12,50%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)

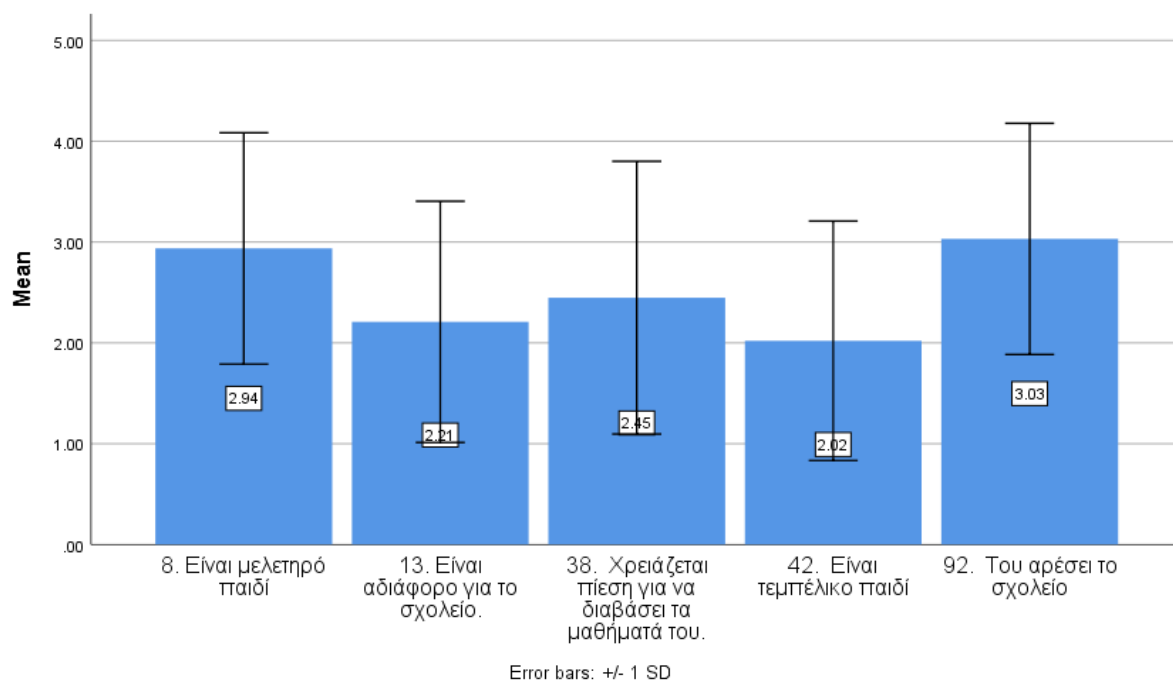
**Γράφημα 51:** Κίνητρα απόδοσηςΣχολική επάρκεια

Στον Πίνακα 45 (Γράφημα 57) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων αναφορικά με τη σχολική επάρκεια του παιδιού. Προκύπτει ότι αντιπροσωπεύει αρκετά έως πάρα πολύ το παιδί ότι του αρέσει το σχολείο (65,63%, $M.O.=3,03$, $T.A.=1,15$) και ότι είναι μελετηρό (67,37%, $M.O.=2,94$, $T.A.=1,15$). Ακόμα, χαρακτηρίζει σχεδόν καθόλου έως λίγο το παιδί ότι είναι αδιάφορο για το σχολείο (69,79%, $M.O.=2,21$, $T.A.=1,20$) και ότι είναι τεμπέλικο (73,96%, $M.O.=2,02$, $T.A.=1,19$).

Πίνακας 45: Σχολική επάρκεια

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
92. Του αρέσει το σχολείο.	3,03	1,15	7,29%	27,08%	35,42%	15,63%	14,58%
8. Είναι μελετηρό παιδί.	2,94	1,15	12,63%	20,00%	38,95%	17,89%	10,53%
38. Χρειάζεται πίεση για να διαβάσει τα μαθήματά του[R]	2,45	1,35	31,25%	28,13%	16,67%	12,50%	11,46%
13. Είναι αδιάφορο για το σχολείο. [R]	2,21	1,20	32,29%	37,50%	14,58%	8,33%	7,29%
42. Είναι τεμπέλικο παιδί. [R]	2,02	1,19	42,71%	31,25%	14,58%	4,17%	7,29%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 52: Σχολική επάρκεια

9.1.5.3. Προσήνεια

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την προσήνεια της επιμέρους παράγοντες: 1) Συμμόρφωση, 2) Αλτρουισμός και 3) Ευσυγκινησία.

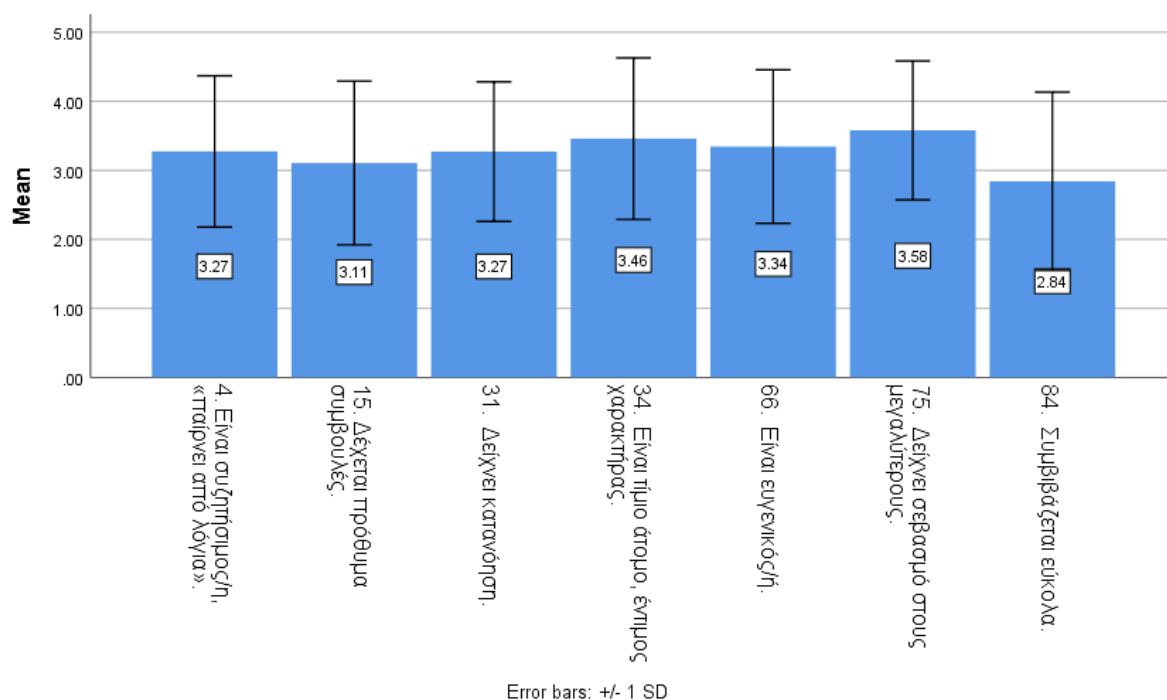
Συμμόρφωση

Ο Πίνακας 46 (Γράφημα 58) παρουσιάζει τα αποτελέσματα αναφορικά με τη συμμόρφωση. Αρκετά έως πάρα πολύ αντιπροσωπεύει το παιδί ότι δείχνει σεβασμό της μεγαλύτερους (88,43%, $M.O.=3,58$, $T.A.=1,01$), ότι είναι έντιμος χαρακτήρας (82,29%, $M.O.=3,46$, $T.A.=1,17$), ευγενικός/ή (78,13%, $M.O.=3,34$, $T.A.=1,11$), συζητήσιμος/η (78,94%, $M.O.=3,27$, $T.A.=1,10$), δείχνει κατανόηση (81,25%, $M.O.=3,27$, $T.A.=1,01$) και δέχεται πρόθυμα συμβουλές (69,15%, $M.O.=3,11$, $T.A.=1,19$).

Πίνακας 46: Συμμόρφωση

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
75. Δείχνει σεβασμό στους μεγαλύτερους.	3,58	1,01	2,11%	9,47%	38,95%	27,37%	22,11%
34. Είναι τίμιο άτομο, έντιμος χαρακτήρας.	3,46	1,17	8,33%	9,38%	31,25%	30,21%	20,83%
66. Είναι ευγενικός/ή.	3,34	1,11	5,21%	16,67%	34,38%	26,04%	17,71%
4. Είναι συζητήσιμος/η, «παίρνει από λόγια».	3,27	1,10	5,26%	15,79%	43,16%	17,89%	17,89%
31. Δείχνει κατανόηση.	3,27	1,01	4,17%	14,58%	44,79%	22,92%	13,54%
15. Δέχεται πρόθυμα συμβουλές.	3,11	1,19	9,57%	21,28%	32,98%	21,28%	14,89%
84. Συμβιβάζεται εύκολα.	2,84	1,29	18,95%	21,05%	30,53%	15,79%	13,68%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 53: Συμμόρφωση

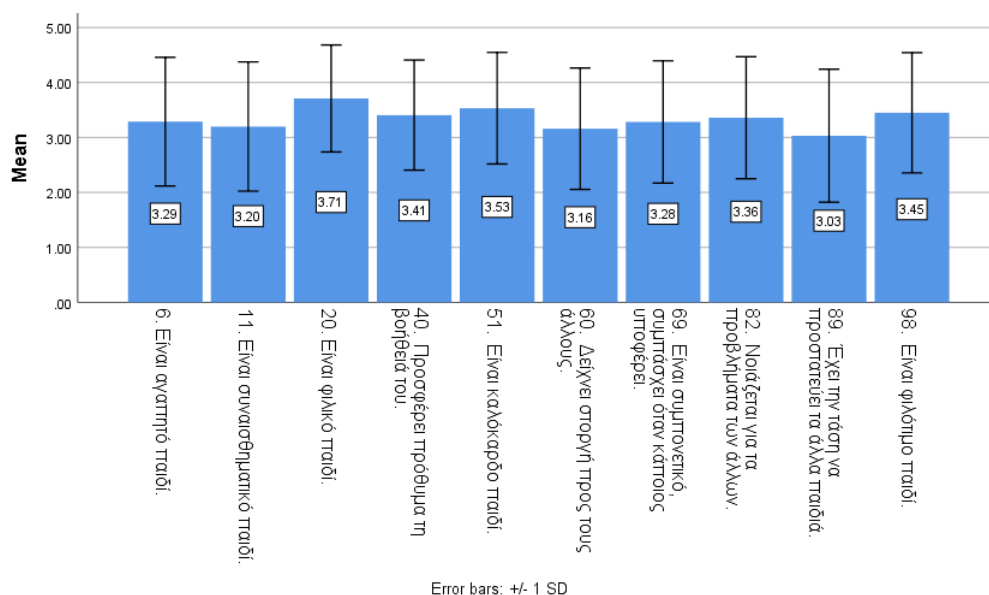
Αλτρουισμός

Ο Πίνακας 47 (Γράφημα 59) παρουσιάζει τα αποτελέσματα αναφορικά με τον αλτρουισμό του παιδιού. Προκύπτει ότι ταιριάζει αρκετά έως πάρα πολύ στη συμπεριφορά του παιδιού ότι είναι φιλικό (92,71%, $M.O.=3,71$, $T.A.=0,97$), καλόκαρδο (87,51%, $M.O.=3,53$, $T.A.=1,02$), φιλότιμο (85,41%, $M.O.=3,45$, $T.A.=1,09$), ότι προσφέρει πρόθυμα τη βοήθειά του (83,33%, $M.O.=3,41$, $T.A.=1,00$), ότι νοιάζεται για τα προβλήματα των άλλων (80%, $M.O.=3,36$, $T.A.=1,11$), αγαπητό (75,54%, $M.O.=3,29$, $T.A.=1,17$), συμπονετικό (76,05%, $M.O.=3,28$, $T.A.=1,11$), συναισθηματικό (68,75%, $M.O.=3,20$, $T.A.=1,18$), δείχνει στοργή της της της (73,69%, $M.O.=3,16$, $T.A.=1,10$) και έχει την τάση να προστατεύει τα άλλα παιδιά (66,67%, $M.O.=3,03$, $T.A.=1,21$).

Πίνακας 47: Αλτρουισμός

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
20. Είναι φιλικό παιδί.	3,71	0,97	2,08%	5,21%	37,50%	30,21%	25,00%
51. Είναι καλόκαρδο παιδί.	3,53	1,02	2,08%	10,42%	41,67%	23,96%	21,88%
98. Είναι φιλότιμο παιδί.	3,45	1,09	6,25%	8,33%	39,58%	26,04%	19,79%
40. Προσφέρει πρόθυμα τη βοήθειά του.	3,41	1,00	3,13%	13,54%	37,50%	31,25%	14,58%
82. Νοιάζεται για τα προβλήματα των άλλων.	3,36	1,11	5,26%	14,74%	37,89%	23,16%	18,95%
6. Είναι αγαπητό παιδί.	3,29	1,17	7,45%	17,02%	32,98%	24,47%	18,09%
69. Είναι συμπονετικό	3,28	1,11	5,21%	18,75%	35,42%	23,96%	16,67%
11. Είναι συναισθηματικό παιδί.	3,20	1,18	5,21%	26,04%	31,25%	18,75%	18,75%
60. Δείχνει στοργή της της της.	3,16	1,10	6,32%	20,00%	40,00%	18,95%	14,74%
89. Έχει την τάση να προστατεύει τα άλλα παιδιά.	3,03	1,21	10,42%	22,92%	36,46%	13,54%	16,67%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 54: Αλτρουισμός

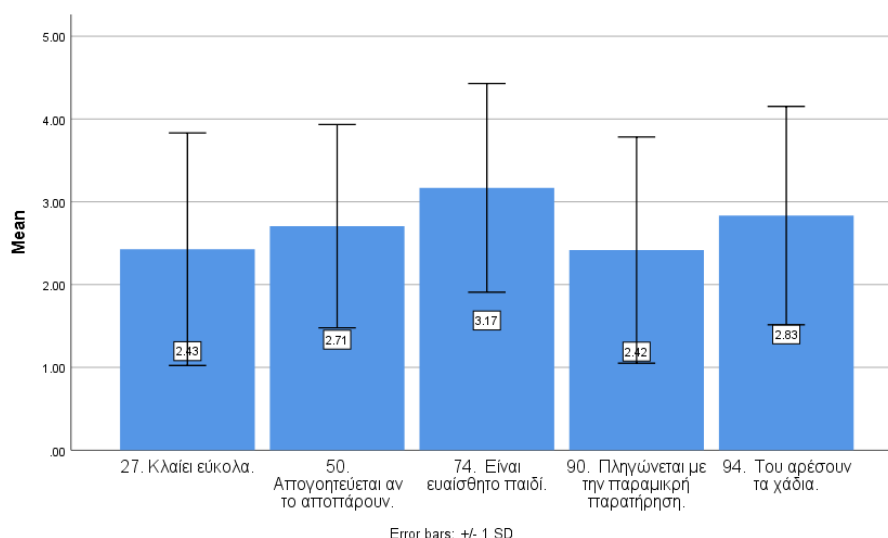
Ευσυγκινησία

Ο Πίνακας 48 (Γράφημα 60) παρουσιάζει τα αποτελέσματα όσον αφορά την ευσυγκινησία του παιδιού. Αντιπροσωπεύει αρκετά έως πάρα πολύ ότι το παιδί είναι ευαίσθητο (68,42%, $M.O.=3,17$, $T.A.=1,26$). Ωστόσο, σχεδόν καθόλου έως λίγο πληγώνεται με την παραμικρή παρατήρηση (62,50%, $M.O.=2,42$, $T.A.=1,37$).

Πίνακας 48: Ευσυγκινησία

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
74. Είναι ευαίσθητο παιδί.	3,17	1,26	10,53%	21,05%	28,42%	21,05%	18,95%
94. Του αρέσουν τα χάδια.	2,83	1,32	17,71%	27,08%	25,00%	14,58%	15,63%
50. Απογοητεύεται αν το αποπάρουν.	2,71	1,23	16,84%	31,58%	27,37%	12,63%	11,58%
27. Κλαίει εύκολα.	2,43	1,40	35,42%	23,96%	15,63%	12,50%	12,50%
90. Πληγώνεται με την παραμικρή παρατήρηση.	2,42	1,37	31,25%	31,25%	15,63%	8,33%	13,54%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 55: Ευσυγκινησία

9.1.5.4. Εξωστρέφεια

Στην τρέχουσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την εξωστρέφεια, της επιμέρους παράγοντες: 1) Απόσυρση, 2) Εγκαρδιότητα και 3) Κοινωνικότητα.

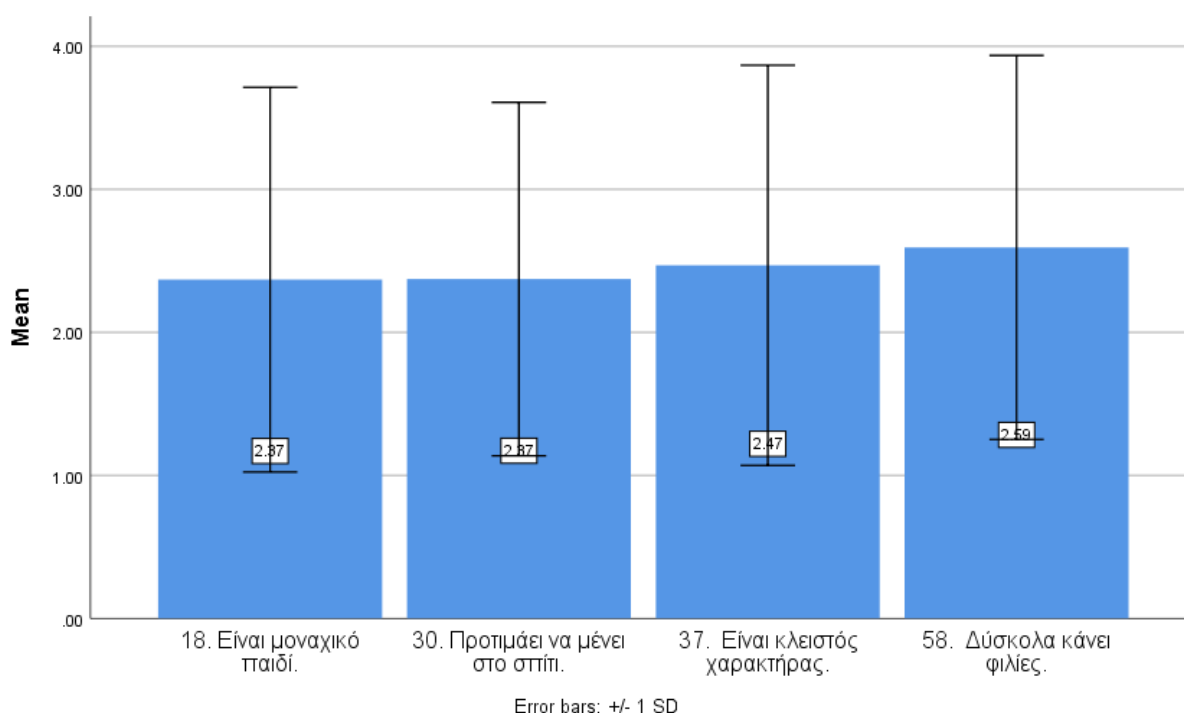
Απόσυρση

Στον Πίνακα 49 (Γράφημα 61) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων σχετικά με την απόσυρση. Προέκυψαν χαμηλά επίπεδα απόσυρσης για τα υπό μελέτη παιδιά σε της της ερωτήσεις.

Πίνακας 49: Απόσυρση

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
58. Δύσκολα κάνει φιλίες.	2,59	1,34	27,08%	22,92%	27,08%	9,38%	13,54%
37. Είναι κλειστός χαρακτήρας.	2,47	1,40	33,33%	22,92%	21,88%	7,29%	14,58%
30. Προτιμάει να μένει στο σπίτι.	2,37	1,24	31,91%	23,40%	27,66%	9,57%	7,45%
18. Είναι μοναχικό παιδί.	2,37	1,35	35,79%	23,16%	20,00%	10,53%	10,53%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 56: Απόσυρση

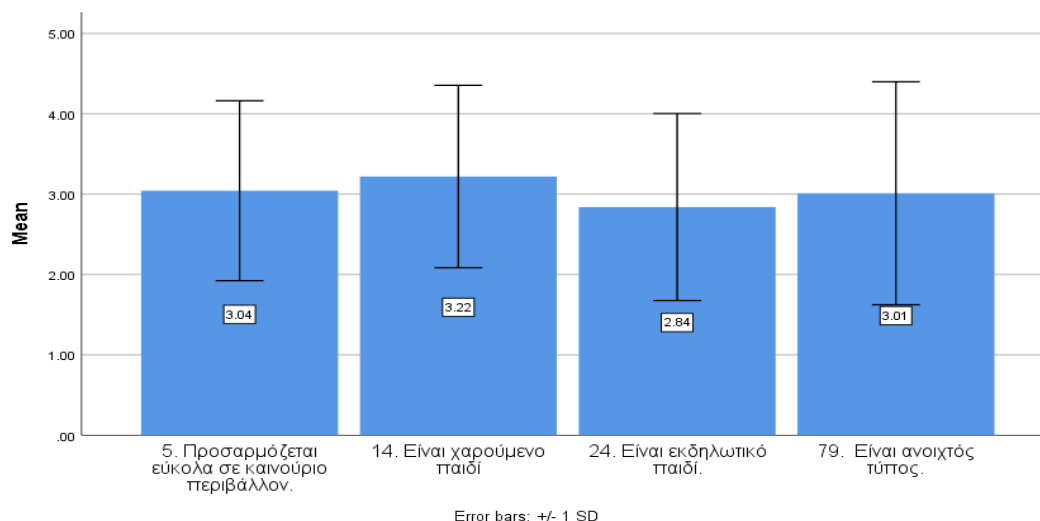
Εγκαρδιότητα

Στον Πίνακα 50 (Γράφημα 62) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων σχετικά με την εγκαρδιότητα του παιδιού. Αντιπροσωπεύει αρκετά έως πάρα πολύ το παιδί ότι είναι χαρούμενο (73,95%, $M.O.=3,22$, $T.A.=1,14$) και προσαρμόζεται εύκολα σε καινούριο περιβάλλον (70,53%, $M.O.=3,04$, $T.A.=1,12$).

Πίνακας 50: Εγκαρδιότητα

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
14. Είναι χαρούμενο παιδί	3,22	1,14	7,29%	18,75%	33,33%	26,04%	14,58%
5. Προσαρμόζεται εύκολα σε καινούριο περιβάλλον.	3,04	1,12	9,47%	20,00%	38,95%	20,00%	11,58%
79. Είναι ανοιχτός τύπος.	3,01	1,39	17,89%	22,11%	20,00%	21,05%	18,95%
24. Είναι εκδηλωτικό παιδί.	2,84	1,16	11,83%	32,26%	24,73%	22,58%	8,60%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 57: Εγκαρδιότητα

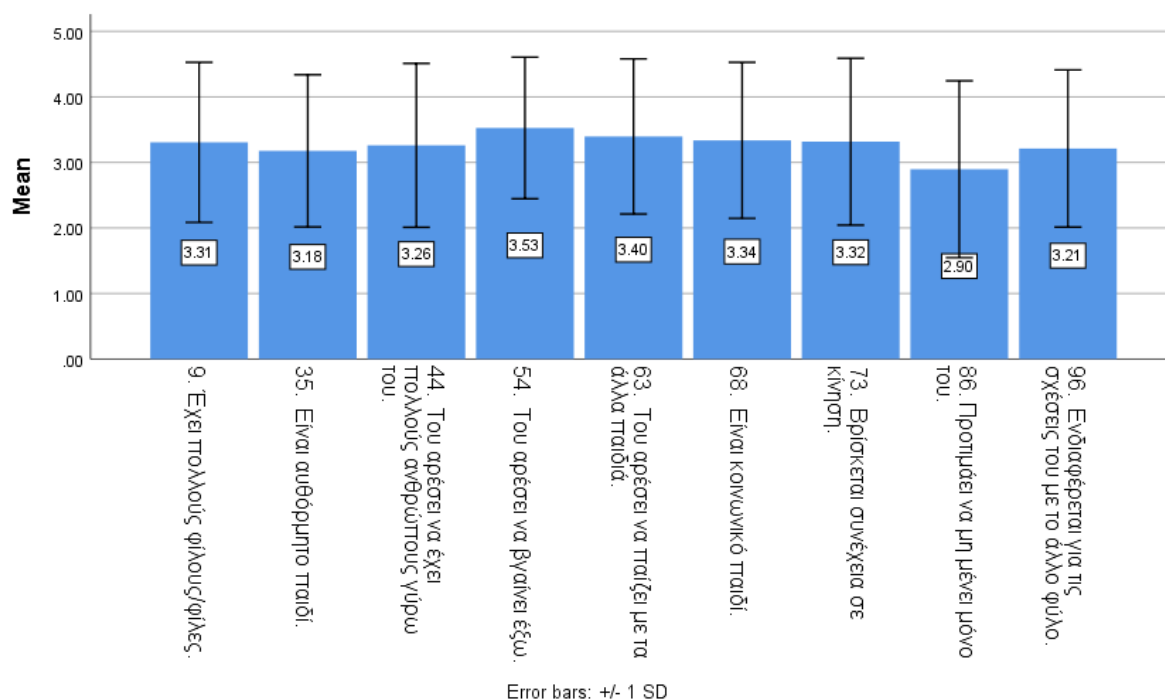
Κοινωνικότητα

Στον Πίνακα 51 (Γράφημα 63) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα όσον αφορά την κοινωνικότητα του παιδιού. Προκύπτει ότι ταιριάζει αρκετά έως πάρα πολύ στη συμπεριφορά του παιδιού ότι του αρέσει να βγαίνει έξω (83,16%, $M.O.=3,53$, $T.A.=1,08$), να παίζει με τα άλλα παιδιά (75%, $M.O.=3,40$, $T.A.=1,18$), ότι είναι κοινωνικό (78,95%, $M.O.=3,34$, $T.A.=1,19$), ότι βρίσκεται συνέχεια σε κίνηση (73,69%, $M.O.=3,32$, $T.A.=1,27$), έχει πολλούς φίλους/φίλες (73,68%, $M.O.=3,31$, $T.A.=1,22$), του αρέσει να έχει πολλούς ανθρώπους γύρω του (72,92%, $M.O.=3,26$, $T.A.=1,25$), ενδιαφέρεται για της σχέσεις του με το άλλο φύλο (71,28%, $M.O.=3,21$, $T.A.=1,20$) και είναι αυθόρμητο (70,84%, $M.O.=3,18$, $T.A.=1,16$).

Πίνακας 51: Κοινωνικότητα

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
54. Του αρέσει να βγαίνει έξω.	3,53	1,08	3,16%	13,68%	32,63%	28,42%	22,11%
63. Του αρέσει να παίζει με τα άλλα παιδιά.	3,40	1,18	6,25%	18,75%	23,96%	31,25%	19,79%
68. Είναι κοινωνικό παιδί.	3,34	1,19	10,53%	10,53%	30,53%	31,58%	16,84%
73. Βρίσκεται συνέχεια σε κίνηση.	3,32	1,27	10,53%	15,79%	27,37%	24,21%	22,11%
9. Έχει πολλούς φίλους/φίλες.	3,31	1,22	9,47%	16,84%	25,26%	30,53%	17,89%
44. Του αρέσει να έχει πολλούς ανθρώπους γύρω του.	3,26	1,25	9,38%	17,71%	32,29%	18,75%	21,88%
96. Ενδιαφέρεται για της σχέσεις του με το άλλο φύλο.	3,21	1,20	7,45%	21,28%	32,98%	19,15%	19,15%
35. Είναι αυθόρμητο παιδί.	3,18	1,16	7,29%	21,88%	32,29%	22,92%	15,63%
86. Προτιμάει να μη μένει μόνο του.	2,90	1,35	18,75%	23,96%	21,88%	19,79%	15,63%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 58: Κοινωνικότητα

9.1.5.5. Διανοητική ανάπτυξη

Στην τρέχουσα ενότητα επιδεικνύονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων των συμμετεχόντων όσον αφορά την διανοητική ανάπτυξη του παιδιού, της επιμέρους παράγοντες: 1) Νόηση, 2) Αυτοπεποίθηση και 3) Δεκτικότητα σε εμπειρίες.

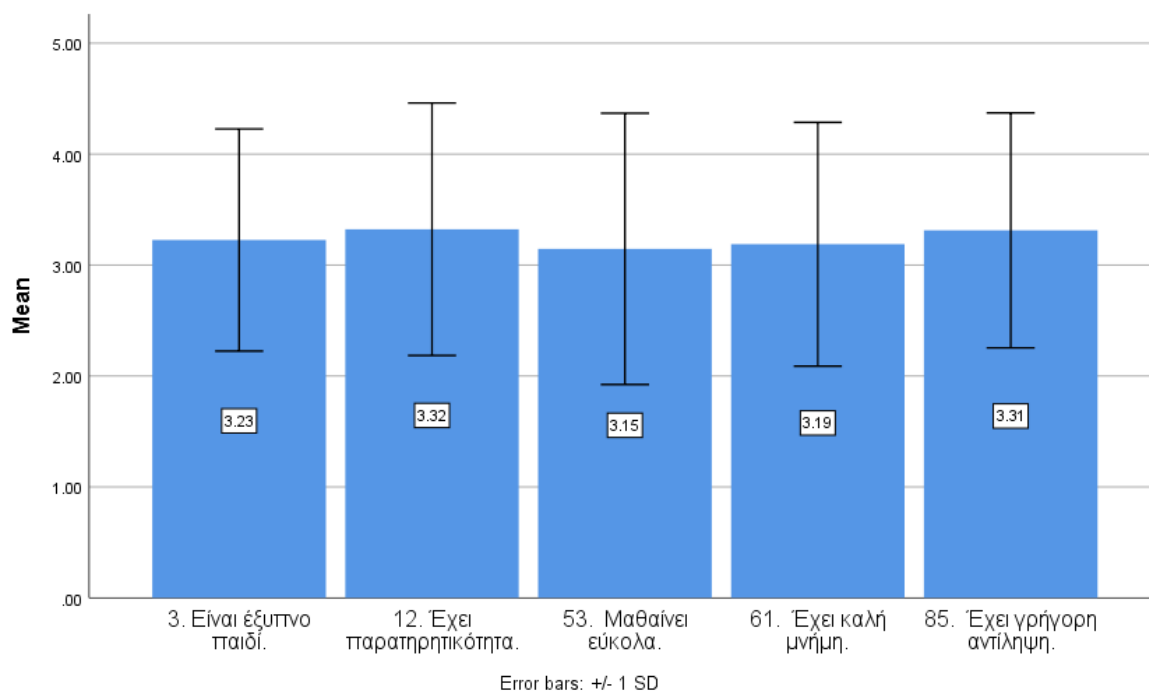
Νόηση

Στον Πίνακα 52 (Γράφημα 64) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν αναφορικά με την νόηση του παιδιού. Ταιριάζει αρκετά έως πάρα πολύ, στη συμπεριφορά του παιδιού ότι έχει παρατηρητικότητα (78,13%, $M.O.=3,32$, $T.A.=1,14$), γρήγορη αντίληψη (80,22%, $M.O.=3,31$, $T.A.=1,06$), είναι έξυπνο (78,50%, $M.O.=3,23$, $T.A.=1,00$), έχει καλή μνήμη (75,01%, $M.O.=3,19$, $T.A.=1,10$) και ότι μαθαίνει εύκολα (72,93%, $M.O.=3,15$, $T.A.=1,22$).

Πίνακας 52: Νόηση

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
12. Έχει παρατηρητικότητα.	3,32	1,14	6,25%	15,63%	36,46%	22,92%	18,75%
85. Έχει γρήγορη αντίληψη.	3,31	1,06	4,17%	15,63%	41,67%	21,88%	16,67%
3. Είναι έξυπνο παιδί.	3,23	1,00	3,23%	18,28%	44,09%	21,51%	12,90%
61. Έχει καλή μνήμη.	3,19	1,10	5,21%	19,79%	42,71%	15,63%	16,67%
53. Μαθαίνει εύκολα.	3,15	1,22	12,50%	14,58%	34,38%	22,92%	15,63%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 59: Νόηση

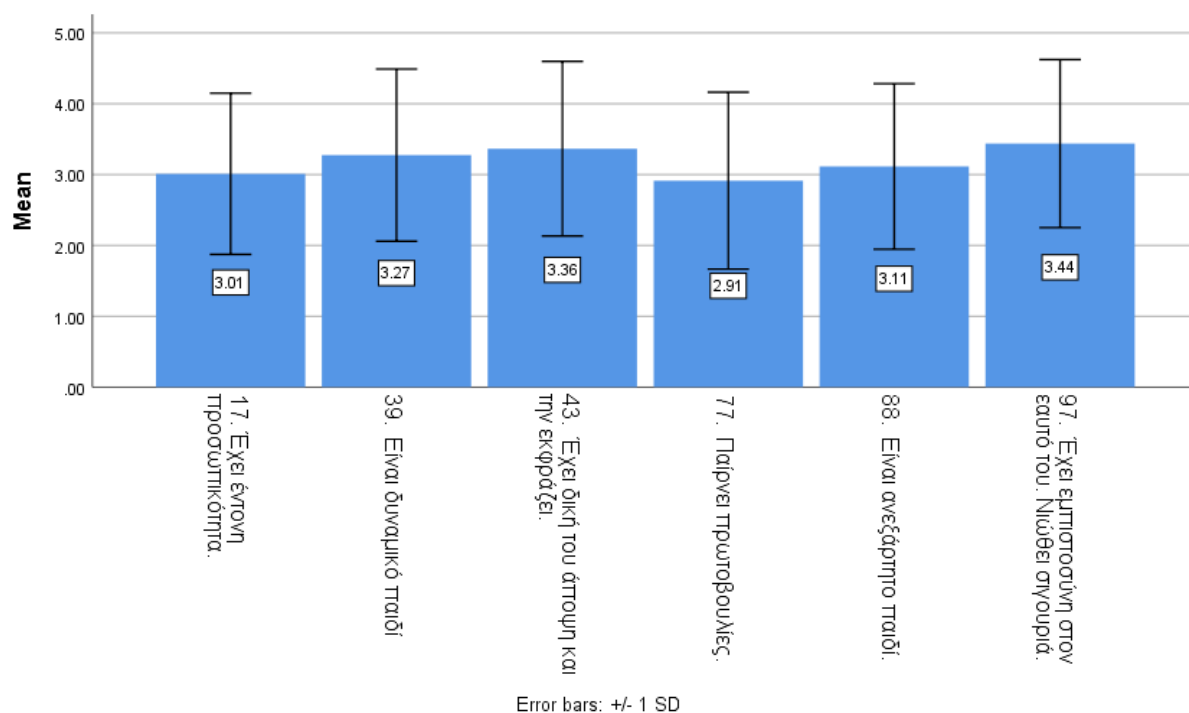
Αυτοπεποίθηση

Στον Πίνακα 53 (Γράφημα 65) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν σχετικά με την αυτοπεποίθηση. Αρκετά έως πολύ χαρακτηρίζει το παιδί ότι έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του, (78,12%, $M.O.=3,44$, $T.A.=1,19$), ότι έχει δική του άποψη και την εκφράζει (79,17%, $M.O.=3,36$, $T.A.=1,23$), είναι δυναμικό (73,69%, $M.O.=3,27$, $T.A.=1,22$), ανεξάρτητο (76,04%, $M.O.=3,11$, $T.A.=1,17$) και ότι έχει έντονη προσωπικότητα (69,89%, $M.O.=3,01$, $T.A.=1,14$).

Πίνακας 53: Αυτοπεποίθηση

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
97. Έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Νιώθει σιγουριά.	3,44	1,19	5,21%	16,67%	32,29%	20,83%	25,00%
43. Έχει δική του άποψη και την εκφράζει.	3,36	1,23	10,42%	10,42%	33,33%	23,96%	21,88%
39. Είναι δυναμικό παιδί	3,27	1,22	7,37%	18,95%	34,74%	16,84%	22,11%
88. Είναι ανεξάρτητο παιδί.	3,11	1,17	12,50%	11,46%	41,67%	20,83%	13,54%
17. Έχει έντονη προσωπικότητα.	3,01	1,14	10,75%	19,35%	39,78%	18,28%	11,83%
77. Παίρνει πρωτοβουλίες.	2,91	1,25	13,98%	26,88%	25,81%	20,43%	12,90%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 60: Αυτοπεποίθηση

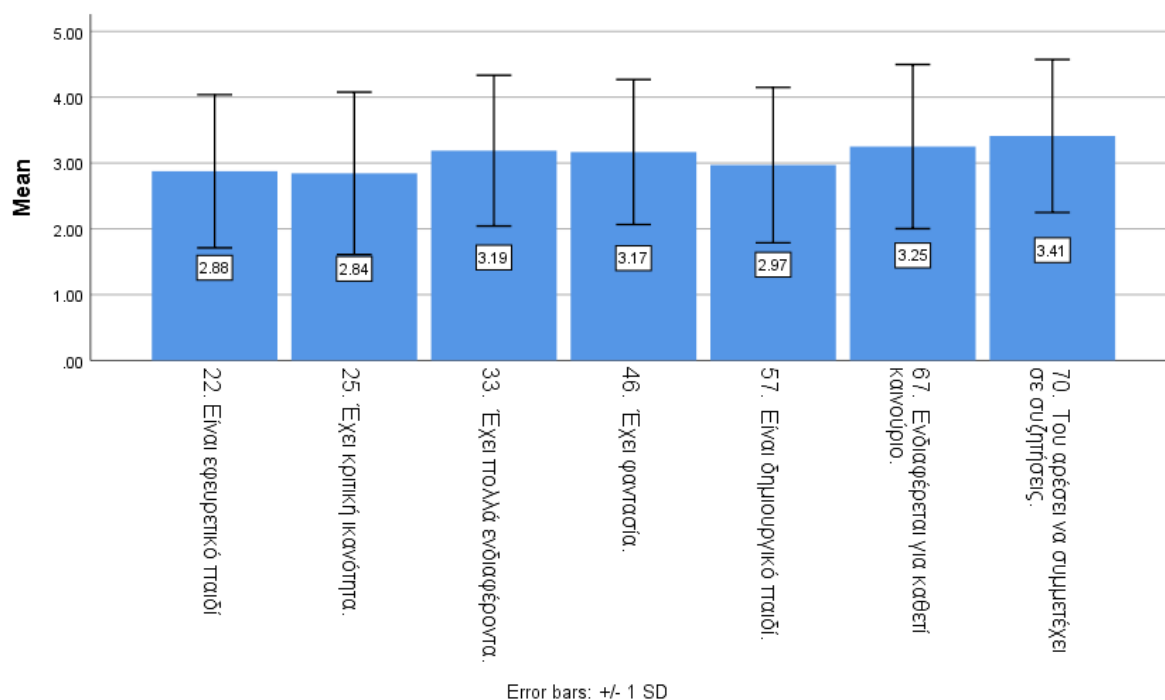
Δεκτικότητα σε εμπειρίες

Στον Πίνακα 54 (Γράφημα 66) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων αναφορικά με τη δεκτικότητα σε εμπειρίες. Αντιπροσωπεύει αρκετά έως πάρα πολύ το παιδί ότι του αρέσει να συμμετέχει σε συζητήσεις (78,95%, $M.O.=3,41$, $T.A.=1,16$), ότι ενδιαφέρεται για καθετί καινούριο (72,92%, $M.O.=3,25$, $T.A.=1,25$), έχει πολλά ενδιαφέροντα (71,87%, $M.O.=3,19$, $T.A.=1,15$), έχει φαντασία (72,92%, $M.O.=3,17$, $T.A.=1,10$), είναι δημιουργικό (62,10%, $M.O.=2,97$, $T.A.=1,18$) και εφευρετικό (65,63%, $M.O.=2,88$, $T.A.=1,16$).

Πίνακας 54: Δεκτικότητα σε εμπειρίες

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.	Σ.Κ.	Λ.	ΑΡ.	Π.	Π.Π.
70. Του αρέσει να συμμετέχει σε συζητήσεις.	3,41	1,16	7,37%	13,68%	28,42%	31,58%	18,95%
67. Ενδιαφέρεται για καθετί καινούριο.	3,25	1,25	10,42%	16,67%	30,21%	22,92%	19,79%
33. Έχει πολλά ενδιαφέροντα.	3,19	1,15	5,21%	22,92%	38,54%	14,58%	18,75%
46. Έχει φαντασία.	3,17	1,10	7,29%	19,79%	33,33%	28,13%	11,46%
57. Είναι δημιουργικό παιδί.	2,97	1,18	9,47%	28,42%	31,58%	16,84%	13,68%
22. Είναι εφευρετικό παιδί.	2,88	1,16	14,58%	19,79%	39,58%	15,63%	10,42%
25. Έχει κριτική ικανότητα.	2,84	1,23	14,58%	29,17%	25,00%	19,79%	11,46%

(ΣΚ= Σχεδόν καθόλου, Λ= Λίγο, ΑΡ= Αρκετά, Π= Πολύ, ΠΠ= Πάρα πολύ)



Γράφημα 61: Δεκτικότητα σε εμπειρίες

9.2. Επαγωγική στατιστική για παιδιά με αναπηρίες

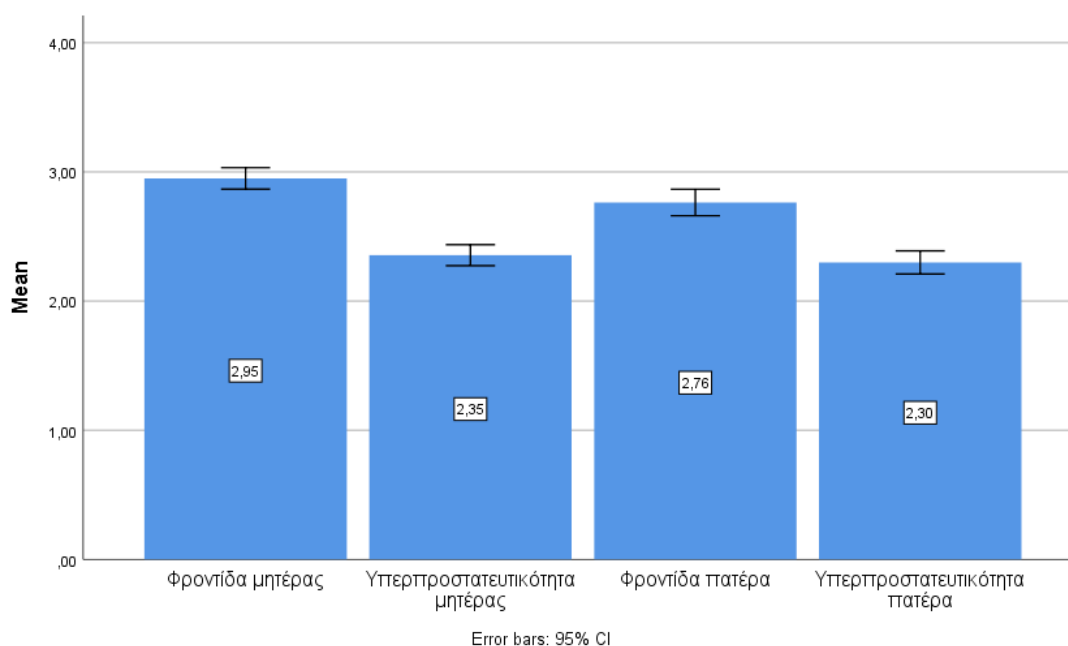
9.2.1. Περιγραφικά στοιχεία παραγόντων και 95% δ.ε.

9.2.1.1. PBI

Στον Πίνακα 55 και Γράφημα 67, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας PBI και τα αντίστοιχα 95% δ.ε. Με βάση το εύρος των τιμών της κλίμακας (1-4), υψηλά επίπεδα παρατηρήθηκαν για τη «Φροντίδα μητέρας» (95% δ.ε. = [2,87, 3,03]), άνω του μετρίου για τη «Φροντίδα πατέρα» (95% δ.ε. = [2,66, 2,87]) και κάτω του μετρίου για «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» (95% δ.ε. = [2,27, 2,44]) και «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» (95% δ.ε. = [2,21, 2,39]).

Πίνακας 55: Περιγραφικά παραγόντων της κλίμακας PBI και 95% δ.ε.

Ερωτηματολόγιο	Παράγοντες	Μ.Ο.	Τ.Α.	95% δ.ε.
PBI	Φροντίδα μητέρας	2,95	0,56	[2,87, 3,03]
	Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	2,35	0,55	[2,27, 2,44]
	Φροντίδα πατέρα	2,76	0,70	[2,66, 2,87]
	Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	2,30	0,61	[2,21, 2,39]



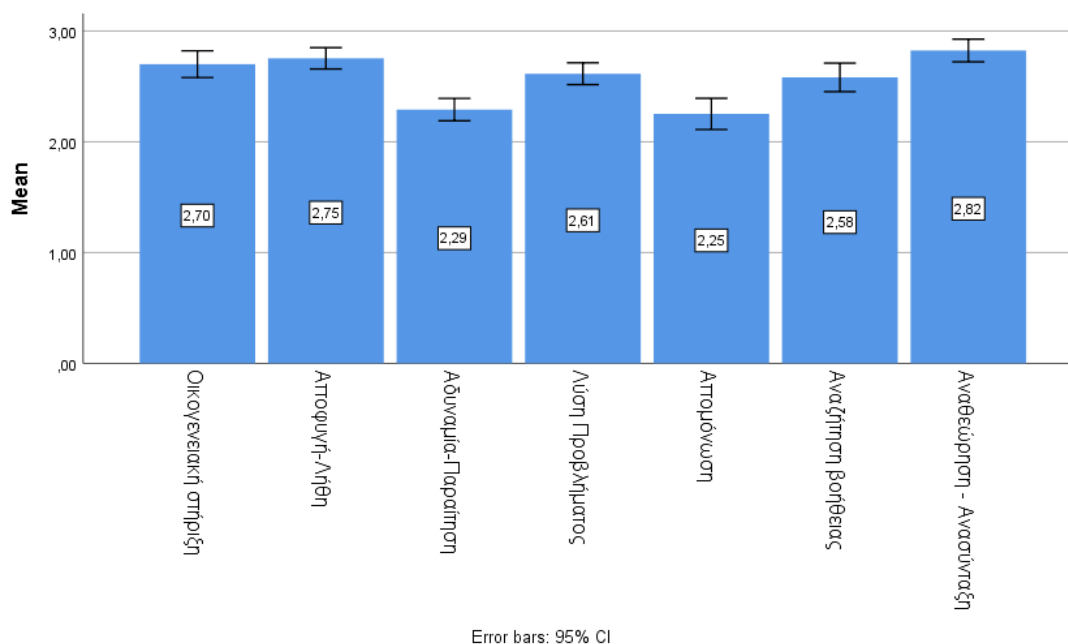
Γράφημα 62: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας PBI

9.2.1.2. ΣΑΚΑ

Στον Πίνακα 56 και Γράφημα 68 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας ΣΑΚΑ και τα αντίστοιχα 95% δ.ε. Με βάση το εύρος των τιμών της κλίμακας (1-4), μέτρια της υψηλά βαθμολογήθηκε η «Αναθεώρηση – Ανασύνταξη» (95% δ.ε. = [2,73, 2,93]). Ακολούθησαν σε βαθμό άνω του μετρίου η «Αποφυγή-Λήθη» (95% δ.ε. = [2,65, 2,85]), η «Οικογενειακή στήριξη» (95% δ.ε. = [2,57, 2,81]), η «Λύση Προβλήματος» (95% δ.ε. = [2,52, 2,72]) και η «Αναζήτηση βοήθειας» (95% δ.ε. = [2,44, 2,69]). Σε βαθμό κάτω του μετρίου βαθμολογήθηκαν η «Αδυναμία-Παραίτηση» (95% δ.ε. = [2,18, 2,39]) και η «Απομόνωση» (95% δ.ε. = [2,11, 2,39]).

Πίνακας 56: Περιγραφικά παραγόντων της κλίμακας ΣΑΚΑ και 95% δ.ε.

Ερωτηματολόγιο	Παράγοντες	Μ.Ο.	Τ.Α.	95% δ.ε.
Αντιμετώπιση προβλημάτων	Οικογενειακή στήριξη	2,70	0,82	[2,57, 2,81]
	Αποφυγή-Λήθη	2,75	0,65	[2,65, 2,85]
	Αδυναμία-Παραίτηση	2,29	0,69	[2,18, 2,39]
	Λύση Προβλήματος	2,61	0,67	[2,52, 2,72]
	Απομόνωση	2,25	0,95	[2,11, 2,39]
	Αναζήτηση βοήθειας	2,58	0,87	[2,44, 2,69]
	Αναθεώρηση – Ανασύνταξη	2,82	0,69	[2,73, 2,93]



Γράφημα 63: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας ΣΑΚΑ

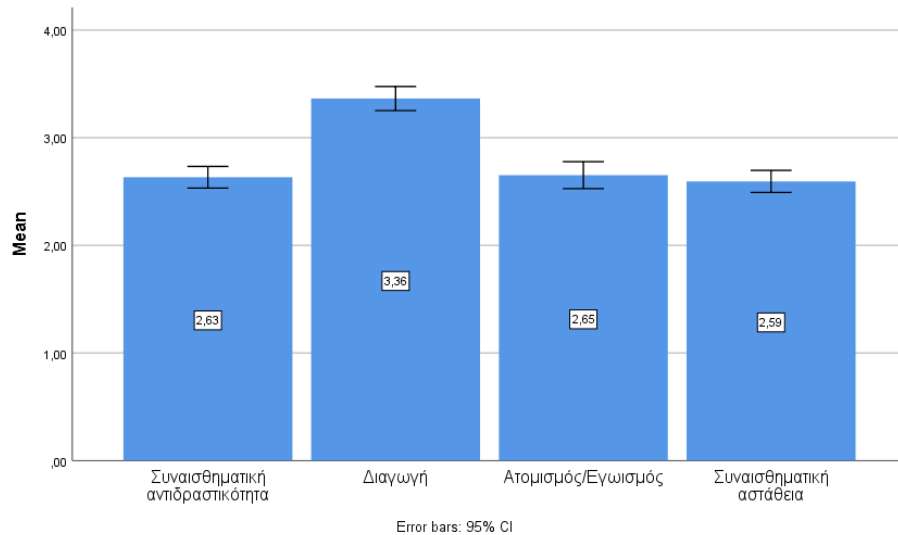
9.2.1.3. Στοιχεία Προσωπικότητας

Συναισθηματική αντιδραστικότητα

Στον Πίνακα 57 και Γράφημα 69, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» και τα αντίστοιχα 95% δ.ε.. Με βάση την κλίμακα 1-5, τα παιδιά της παρούσας έρευνας έχουν ικανοποιητική «Διαγωγή» (95% δ.ε. = [3,25, 3,48]), ενώ μέτρια της χαμηλά βαθμολογήθηκαν ο «Ατομισμός/Εγωισμός» (95% δ.ε. = [2,53, 2,78]), η «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» (95% δ.ε. = [2,53, 2,73]) και η «Συναισθηματική αστάθεια» (95% δ.ε. = [2,49, 2,70]).

Πίνακας 57: Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» και 95% δ.ε.

Ερωτηματολόγιο	Παράγοντες	Μ.Ο.	Τ.Α.	95% δ.ε.
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Συναισθηματική αντιδραστικότητα	2,63	0,68	[2,53, 2,73]
	Διαγωγή	3,36	0,76	[3,25, 3,48]
	Ατομισμός/Εγωισμός	2,65	0,85	[2,53, 2,78]
	Συναισθηματική αστάθεια	2,59	0,69	[2,49, 2,70]



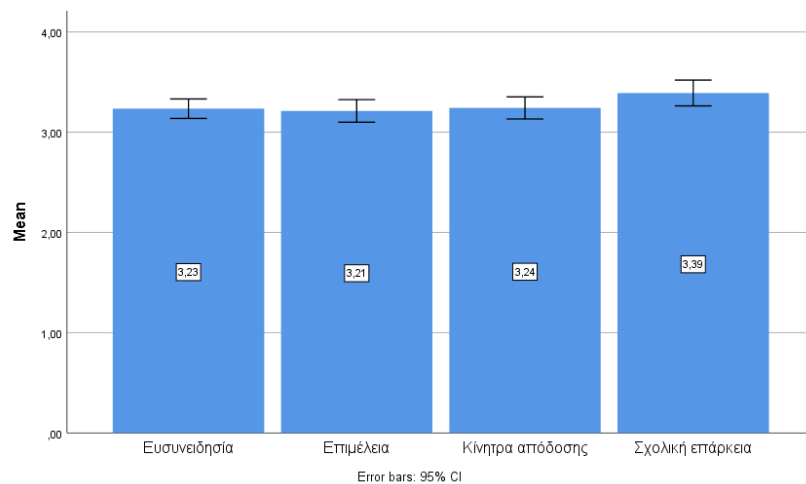
Γράφημα 64: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»

Ευσυνειδησία

Στον Πίνακα 58 και Γράφημα 70, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Ευσυνειδησία» και τα αντίστοιχα 95% δ.ε.. Με βάση την κλίμακα 1-5, σε επαρκή βαθμό βαθμολογήθηκαν οι παράγοντες «Σχολική επάρκεια» (95% δ.ε. = [3,26, 3,52]), «Κίνητρα απόδοσης» (95% δ.ε. = [3,13, 3,35]), «Ευσυνειδησία» (95% δ.ε. = [3,14, 3,33]) και «Επιμέλεια» (95% δ.ε. = [3,10, 3,32]).

Πίνακας 58: Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Ευσυνειδησία» και 95% δ.ε.

Ερωτηματολόγιο	Παράγοντες	Μ.Ο.	Τ.Α.	95% δ.ε.
Ευσυνειδησία	Ευσυνειδησία	3,23	0,66	[3,14, 3,33]
	Επιμέλεια	3,21	0,76	[3,10, 3,32]
	Κίνητρα απόδοσης	3,24	0,75	[3,13, 3,35]
	Σχολική επάρκεια	3,39	0,87	[3,26, 3,52]



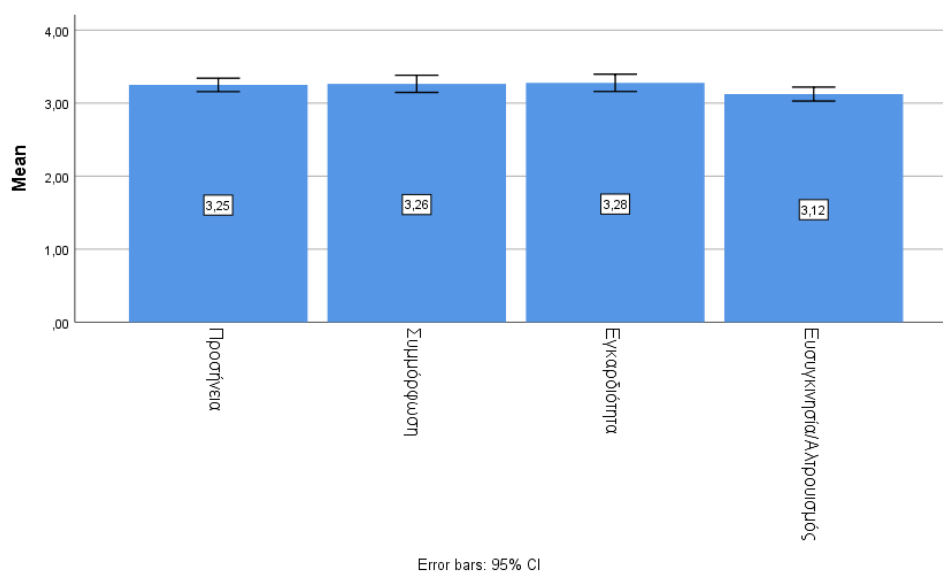
Γράφημα 65: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας «Ευσυνειδησία»

Προσήνεια

Στον Πίνακα 59 και Γράφημα 71, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Προσήνεια» και τα αντίστοιχα 95% δ.ε.. Με βάση την κλίμακα 1-5, σε επαρκή βαθμό βαθμολογήθηκαν οι παράγοντες «Εγκαρδιότητα» (95% δ.ε. = [3,16, 3,40]), «Συμμόρφωση» (95% δ.ε. = [3,15, 3,38]), «Προσήνεια» (95% δ.ε. = [3,16, 3,34]) και «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» (95% δ.ε. = [3,03, 3,22]).

Πίνακας 59: Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Προσήνεια» και 95% δ.ε.

Ερωτηματολόγιο	Παράγοντες	Μ.Ο.	Τ.Α.	95% δ.ε.
Προσήνεια	Προσήνεια	3,25	0,63	[3,16, 3,34]
	Συμμόρφωση	3,26	0,80	[3,15, 3,38]
	Εγκαρδιότητα	3,28	0,80	[3,16, 3,40]
	Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	3,12	0,65	[3,03, 3,22]



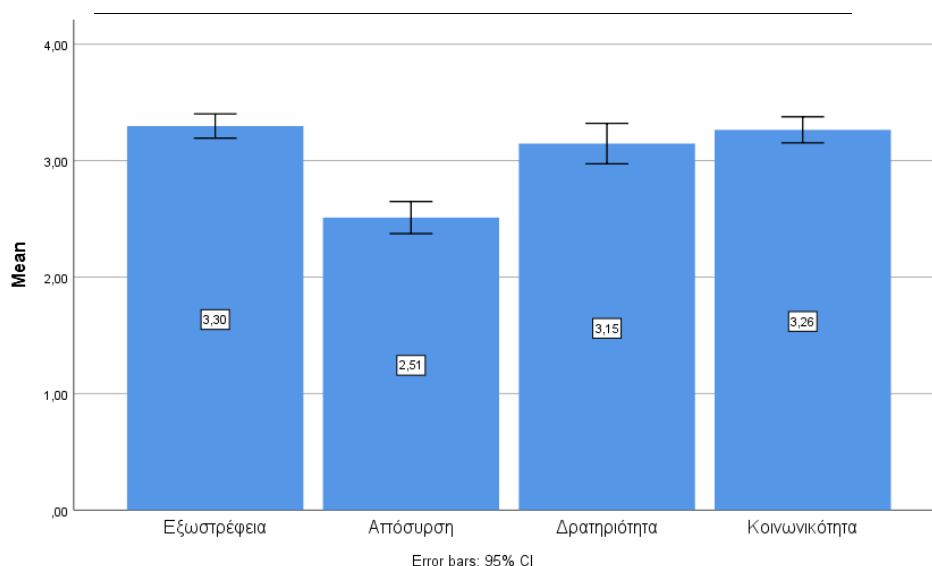
Γράφημα 66: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας «Προσήνεια»

Εξωστρέφεια

Στον Πίνακα 60 και Γράφημα 72, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Εξωστρέφεια» και τα αντίστοιχα 95% δ.ε.. Με βάση την κλίμακα 1-5, ικανοποιητικά βαθμολογήθηκαν οι παράγοντες «Εξωστρέφεια» (95% δ.ε. = [3,14, 3,42]), «Κοινωνικότητα» (95% δ.ε. = [3,08, 3,43]) και «Δραστηριότητα» (95% δ.ε. = [2,97, 3,32]), ενώ χαμηλά βαθμολογήθηκε ο παράγοντας «Απόσυρση» (95% δ.ε. = [2,41, 2,75]).

Πίνακας 60: Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Εξωστρέφεια» και 95% δ.ε.

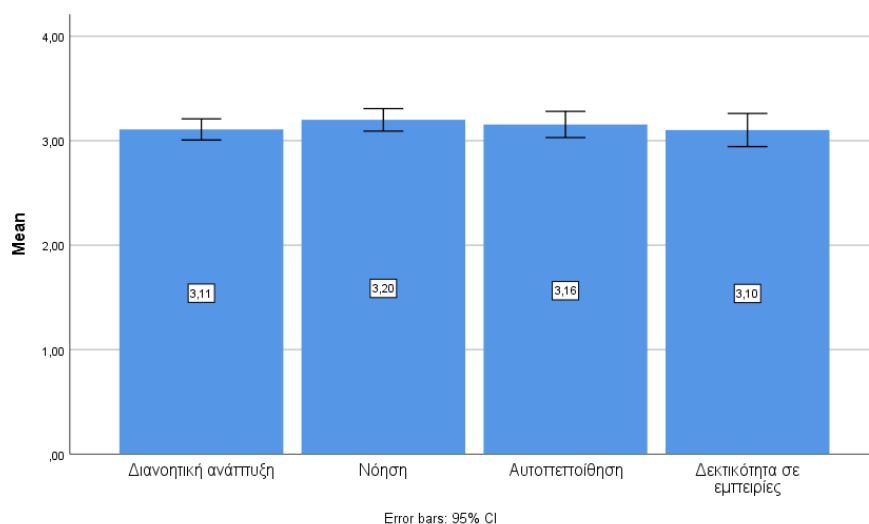
Ερωτηματολόγιο	Παράγοντες	Μ.Ο.	Τ.Α.	95% δ.ε.
Εξωστρέφεια	Εξωστρέφεια	3,30	0,71	[3,14, 3,42]
	Απόσυρση	2,51	0,94	[2,41, 2,75]
	Δραστηριότητα	3,15	0,80	[2,97, 3,32]
	Κοινωνικότητα	3,26	0,76	[3,08, 3,43]

**Γράφημα 67:** 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας «Εξωστρέφεια»Διανοητική ανάπτυξη

Στον Πίνακα 61 και Γράφημα 73, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Διανοητική ανάπτυξη» και τα αντίστοιχα 95% δ.ε.. Με βάση την κλίμακα 1-5, ικανοποιητικά βαθμολογήθηκαν οι παράγοντες «Νόηση» (95% δ.ε. = [3,08, 3,39]), «Αυτοπεποίθηση» (95% δ.ε. = [3,01, 3,37]), «Διανοητική ανάπτυξη» (95% δ.ε. = [3,02, 3,32]) και «Δεκτικότητα σε εμπειρίες» (95% δ.ε. = [2,94, 3,26]).

Πίνακας 61: Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας «Διανοητική ανάπτυξη» και 95% δ.ε.

Ερωτηματολόγιο	Παράγοντες	Μ.Ο.	Τ.Α.	95% δ.ε.
Διανοητική ανάπτυξη	Διανοητική ανάπτυξη	3,11	0,69	[3,02, 3,32]
	Νόηση	3,20	0,73	[3,08, 3,39]
	Αυτοπεποίθηση	3,16	0,85	[3,01, 3,37]
	Δεκτικότητα σε εμπειρίες	3,10	0,79	[2,94, 3,26]



Γράφημα 68: 95% δ.ε. των παραγόντων της κλίμακας «Διανοητική ανάπτυξη»

9.2.2. Επίδραση στους παράγοντες PBI

9.2.2.1. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών

Φύλο παιδιού

Σύμφωνα με τον Πίνακα 62, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το φύλο παιδιού στους παράγοντες PBI ($p \geq 0,382$).

Πίνακας 62: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς το φύλο παιδιού

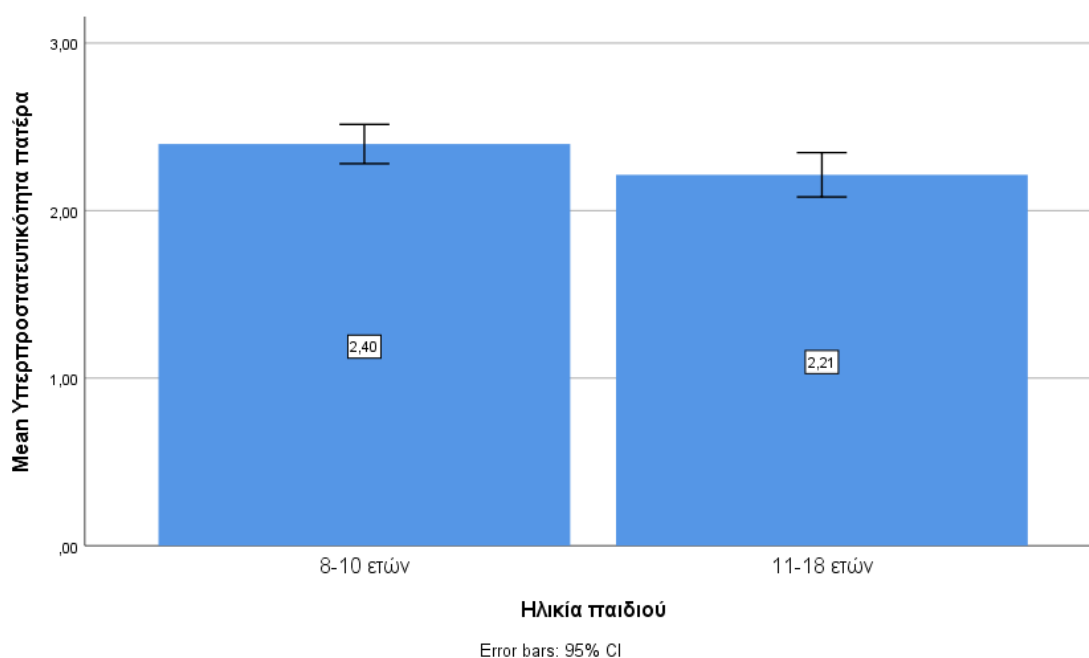
Παράγοντες	Φύλο παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Αγόρι	85	2,91	0,58	Z=-0,823	0,411
	Κορίτσι	94	2,98	0,55		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Αγόρι	85	2,36	0,55	Z=-0,003	0,998
	Κορίτσι	94	2,35	0,55		
Φροντίδα πατέρα	Αγόρι	85	2,75	0,71	Z=-0,205	0,837
	Κορίτσι	94	2,77	0,69		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Αγόρι	85	2,34	0,62	t (177) =0,781	0,382
	Κορίτσι	94	2,26	0,60		

Ηλικία παιδιού

Από τον Πίνακα 63 και Γράφημα 74, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την ηλικία παιδιού, στον παράγοντα «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» ($t(177) = 2,035, p = 0,043$). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των παιδιών ηλικίας 8-10 ετών είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων είναι 11-18 ($M.O._{8-10} = 2,40$ vs $M.O._{11-18} = 2,21, p = 0,043$).

Πίνακας 63: Σύγκριση παραγόντων PBI ως προς την ηλικία παιδιού

Παράγοντες	Ηλικία παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	8-10 ετών	83	2,98	0,50	Z=-0,416	0,678
	11-18 ετών	96	2,92	0,61		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	8-10 ετών	83	2,38	0,43	Z=-0,585	0,558
	11-18 ετών	96	2,33	0,64		
Φροντίδα πατέρα	8-10 ετών	83	2,85	0,64	Z=-1,474	0,141
	11-18 ετών	96	2,68	0,74		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	8-10 ετών	83	2,40	0,54	t (177) = 2,035	0,043
	11-18 ετών	96	2,21	0,65		

**Γράφημα 69:** «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» ως προς την ηλικία παιδιούΤόπος κατοικίας

Από τον Πίνακα 64 και Γράφημα 75, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς τον τόπο κατοικίας στον παράγοντα «Φροντίδα πατέρα» ($H(2, 170) = 6,551, p = 0,038$).

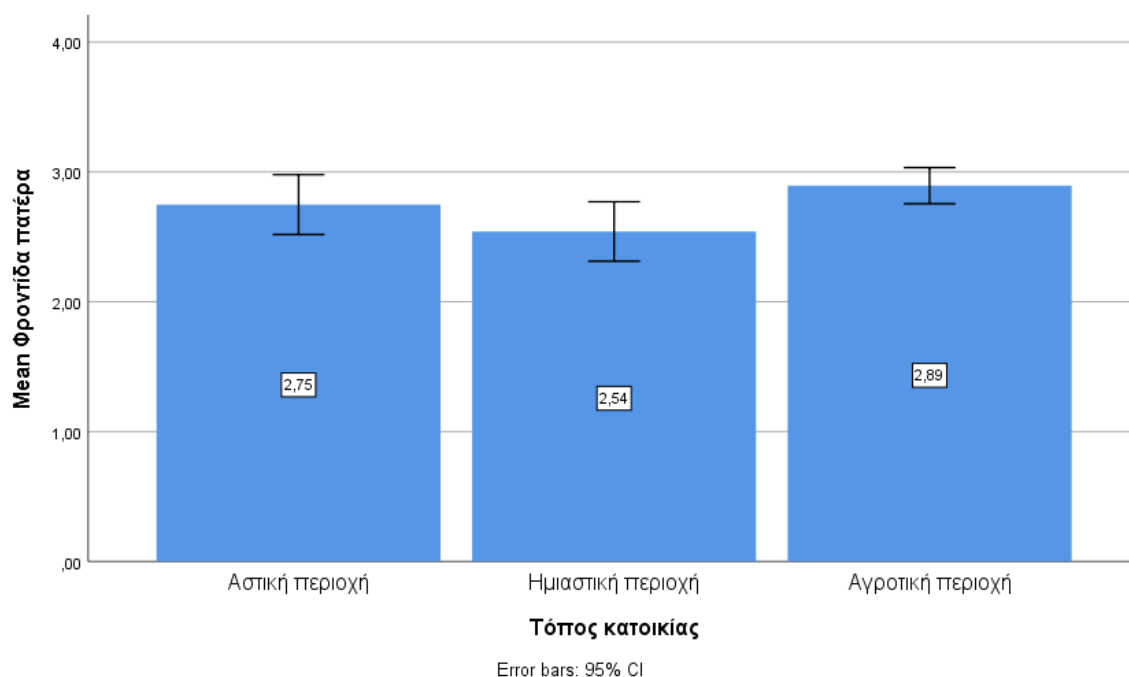
Πίνακας 64: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς τον τόπο κατοικίας

Παράγοντες	Τόπος κατοικίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Αστική περιοχή	48	2,87	0,63	H (2, 170) =3,524	0,172
	Ημιαστική περιοχή	40	2,93	0,55		
	Αγροτική περιοχή	82	3,03	0,53		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Αστική περιοχή	48	2,29	0,58	H (2, 170) =1,124	0,570
	Ημιαστική περιοχή	40	2,46	0,71		
	Αγροτική περιοχή	82	2,34	0,46		
Φροντίδα πατέρα	Αστική περιοχή	48	2,75	0,79	H (2, 170) =6,551	0,038
	Ημιαστική περιοχή	40	2,54	0,72		
	Αγροτική περιοχή	82	2,89	0,63		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Αστική περιοχή	48	2,27	0,64	F (2, 167) =1,655	0,194
	Ημιαστική περιοχή	40	2,46	0,70		
	Αγροτική περιοχή	82	2,26	0,55		

Συγκεκριμένα, στον παράγοντα «Φροντίδα πατέρα» ο μέσος όρος των παιδιών που κατοικούν σε ημιαστική περιοχή είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο των παιδιών που κατοικούν σε αγροτική περιοχή ($M.O.$ Ημιαστική περιοχή =2,54 vs $M.O.$ Αγροτική περιοχή =2,89, $p=0,011$).

Πίνακας 65: «Φροντίδα πατέρα» ως προς τον τόπο κατοικίας, Post Hoc Bonferroni

Τόπος κατοικίας 1- Τόπος κατοικίας 2	Στατιστικό	p-value
Ημιαστική περιοχή-Αστική περιοχή	14,733	0,162
Ημιαστική περιοχή-Αγροτική περιοχή	-24,209	0,011
Αστική περιοχή-Αγροτική περιοχή	-9,476	0,289

**Γράφημα 70:** «Φροντίδα πατέρα» ως προς τον τόπο κατοικίας

Αδέλφια

Σύμφωνα με τον Πίνακα 66, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την ύπαρξη αδελφών στους παράγοντες PBI ($p \geq 0,106$).

Πίνακας 66: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς την ύπαρξη αδελφών

Παράγοντες	Υπαρξη αδελφών	N	M.O.	T.A.	Στατιστικά	p-value
Φροντίδα μητέρας	Όχι	30	3,10	0,62	Z=-1,546	0,122
	Ναι	146	2,93	0,54		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Όχι	30	2,28	0,73	Z=-1,373	0,170
	Ναι	146	2,38	0,51		
Φροντίδα πατέρα	Όχι	30	2,94	0,74	Z=-1,619	0,106
	Ναι	146	2,74	0,68		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Όχι	30	2,30	0,77	t (35,672) = -0,113	0,911
	Ναι	146	2,32	0,56		

Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Από τον Πίνακα 67, προκύπτει ότι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι ($p \geq 0,233$).

Πίνακας 67: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Παράγοντες	Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι
Φροντίδα μητέρας	rho (177) = -0,085, p=0,261
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	rho (177) = 0,090, p=0,233
Φροντίδα πατέρα	rho (177) = -0,080, p=0,288
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	rho (177) = 0,047, p=0,533

9.2.2.2. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιώνΗλικία μητέρας και πατέρα

Από τον Πίνακα 68, προκύπτει ότι παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση του παράγοντα «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» με την ηλικία μητέρας ($\rho (173) = -,154, p < 0,05$) και την ηλικία πατέρα ($r (170) = -,223, p < 0,01$).

Πίνακας 68: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της ηλικίας γονιών

Παράγοντες	Ηλικία μητέρας	Ηλικία πατέρα
Φροντίδα μητέρας	rho (173) = -0,149	rho (170) = -0,030
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	rho (173) = -0,013	rho (170) = -0,143
Φροντίδα πατέρα	rho (173) = -0,016	rho (170) = 0,083
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	rho (173) = -,154*	r (170) = -,223**

**p<0,01, * p<0,05

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Από τον Πίνακα 69, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας στους παράγοντες «Φροντίδα

μητέρας» ($H(4, 176) = 20,350, p < 0,001$) και «Φροντίδα πατέρα» ($H(4, 176) = 11,703, p = 0,020$).

Πίνακας 69: Σύγκριση των παραγόντων ΡΒΙ ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Δεν πήγε σχολείο	14	2,63	0,64	$H(4, 176) = 20,350$	<0,001
	Δημοτικό	30	2,99	0,42		
	Γυμνάσιο	29	2,62	0,52		
	Λύκειο	43	3,01	0,60		
	Πανεπιστήμιο	60	3,13	0,52		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Δεν πήγε σχολείο	14	2,33	0,35	$H(4, 176) = 5,764$	0,217
	Δημοτικό	30	2,52	0,66		
	Γυμνάσιο	29	2,35	0,40		
	Λύκειο	43	2,47	0,57		
	Πανεπιστήμιο	60	2,19	0,57		
Φροντίδα πατέρα	Δεν πήγε σχολείο	14	2,43	0,77	$H(4, 176) = 11,703$	0,020
	Δημοτικό	30	2,65	0,56		
	Γυμνάσιο	29	2,54	0,65		
	Λύκειο	43	2,90	0,71		
	Πανεπιστήμιο	60	2,90	0,73		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Δεν πήγε σχολείο	14	2,21	0,54	$F(4, 171) = 0,982$	0,419
	Δημοτικό	30	2,36	0,69		
	Γυμνάσιο	29	2,17	0,45		
	Λύκειο	43	2,42	0,61		
	Πανεπιστήμιο	60	2,26	0,66		

Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι, στον παράγοντα «Φροντίδα μητέρας», ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι απόφοιτες Γυμνασίου ($M.O. = 2,62$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι απόφοιτες Δημοτικού ($M.O. = 2,99, p = 0,011$), Λυκείου ($M.O. = 3,01, p = 0,003$) και Πανεπιστημίου ($M.O. = 3,13, p < 0,001$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες δεν πήγαν σχολείο ($M.O. = 2,63$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι απόφοιτες Λυκείου ($M.O. = 3,01, p = 0,027$) και Πανεπιστημίου ($M.O. = 3,13, p = 0,005$).

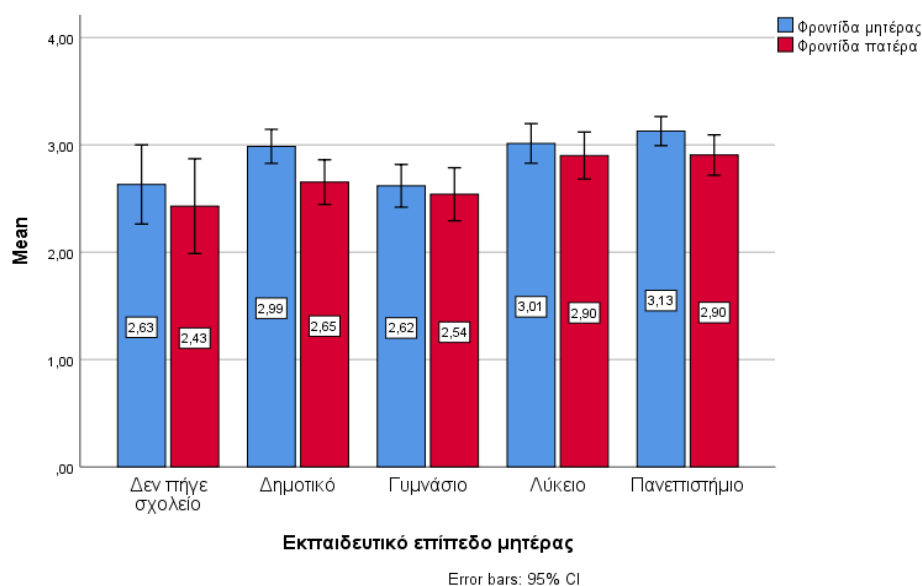
Πίνακας 70: «Φροντίδα μητέρας» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Γυμνάσιο-Δεν πήγε σχολείο	2,100	0,899
Γυμνάσιο-Δημοτικό	33,857	0,011
Γυμνάσιο-Λύκειο	-36,626	0,003
Γυμνάσιο-Πανεπιστήμιο	-44,940	<0,001
Δεν πήγε σχολείο-Δημοτικό	-31,757	0,054
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο	-34,526	0,027
Δεν πήγε σχολείο-Πανεπιστήμιο	-42,840	0,005
Δημοτικό-Λύκειο	-2,769	0,819
Δημοτικό-Πανεπιστήμιο	-11,083	0,330
Λύκειο-Πανεπιστήμιο	-8,315	0,414

Επιπλέον, στον παράγοντα «Φροντίδα πατέρα», ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι απόφοιτες Γυμνασίου ($M.O.=2,54$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι απόφοιτες Λυκείου ($M.O.=2,90$, $p=0,015$) και Πανεπιστημίου ($M.O.=2,90$, $p=0,010$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες δεν πήγαν σχολείο ($M.O.=2,43$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι απόφοιτες Λυκείου ($M.O.=2,90$, $p=0,046$) και Πανεπιστημίου ($M.O.=2,90$, $p=0,038$).

Πίνακας 71: «Φροντίδα πατέρα» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Δεν πήγε σχολείο-Γυμνάσιο	-1,594	0,923
Δεν πήγε σχολείο-Δημοτικό	-12,381	0,452
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο	-31,226	0,046
Δεν πήγε σχολείο-Πανεπιστήμιο	-31,423	0,038
Γυμνάσιο-Δημοτικό	10,787	0,416
Γυμνάσιο-Λύκειο	-29,632	0,015
Γυμνάσιο-Πανεπιστήμιο	-29,829	0,010
Δημοτικό-Λύκειο	-18,845	0,120
Δημοτικό-Πανεπιστήμιο	-19,042	0,094
Λύκειο-Πανεπιστήμιο	-0,197	0,985



Γράφημα 71: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας στους παράγοντες PBI

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Από τον Πίνακα 72, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στις κατηγορίες του εκπαιδευτικού επιπέδου πατέρα στους παράγοντες PBI ($p \geq 0,107$).

Πίνακας 72: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Δεν πήγε σχολείο	12	2,67	0,56	H (4, 177) =7,604	0,107
	Δημοτικό	21	3,05	0,54		
	Γυμνάσιο	23	2,82	0,44		
	Λύκειο	61	2,88	0,61		
	Πανεπιστήμιο	60	3,08	0,54		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Δεν πήγε σχολείο	12	2,31	0,59	H (4, 177) =4,371	0,358
	Δημοτικό	21	2,35	0,53		
	Γυμνάσιο	23	2,49	0,45		
	Λύκειο	61	2,41	0,54		
	Πανεπιστήμιο	60	2,26	0,60		
Φροντίδα πατέρα	Δεν πήγε σχολείο	12	2,68	0,71	H (4, 177) =2,790	0,594
	Δημοτικό	21	2,60	0,55		
	Γυμνάσιο	23	2,71	0,66		
	Λύκειο	61	2,76	0,75		
	Πανεπιστήμιο	60	2,85	0,72		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Δεν πήγε σχολείο	12	2,22	0,63	F (4, 172) =0,170	0,954
	Δημοτικό	21	2,38	0,60		
	Γυμνάσιο	23	2,28	0,54		
	Λύκειο	61	2,31	0,59		
	Πανεπιστήμιο	60	2,28	0,67		

Επάγγελμα μητέρας

Από τον Πίνακα 73, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το επάγγελμα μητέρας στον παράγοντα «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» ($H(3, 175) = 9,107, p = 0,028$).

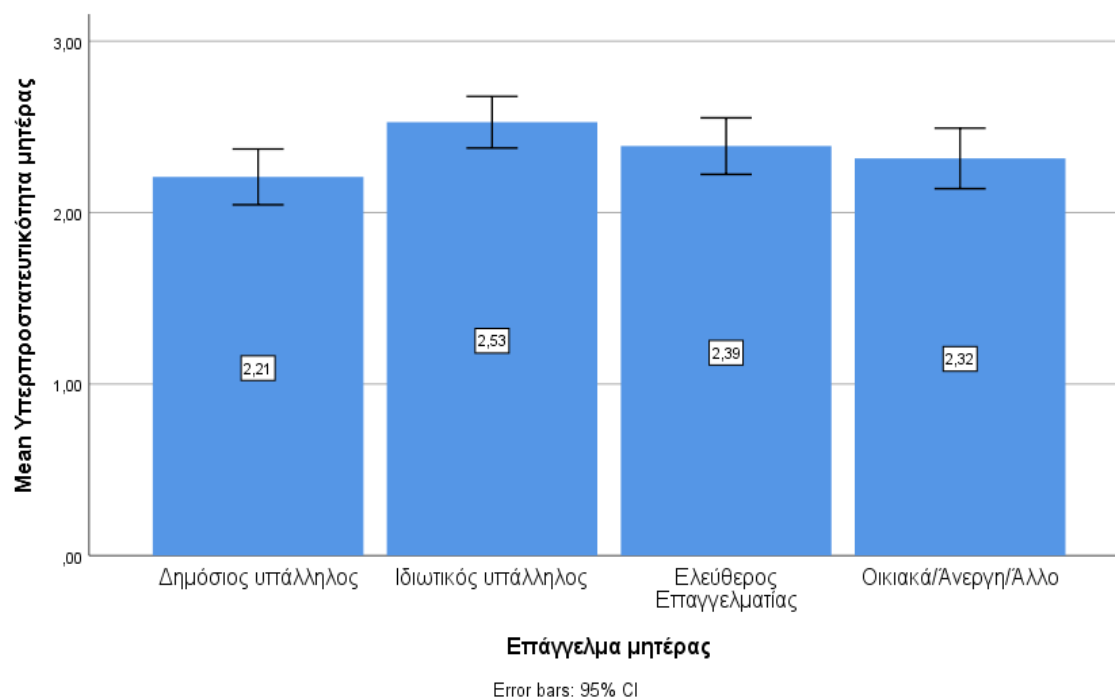
Πίνακας 73: Σύγκριση των παραγόντων ΡΒΙ ως προς το επάγγελμα μητέρας

Παράγοντες	Επάγγελμα μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,03	0,53	$H(3, 175) = 3,292$	0,349
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,93	0,57		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,83	0,57		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,00	0,57		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,21	0,57	$H(3, 175) = 9,107$	0,028
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,53	0,54		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,39	0,45		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	2,32	0,57		
Φροντίδα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,82	0,71	$H(3, 175) = 1,379$	0,710
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,67	0,76		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,81	0,62		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	2,80	0,63		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,19	0,60	$F(3, 171) = 2,482$	0,063
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,44	0,64		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,41	0,49		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	2,19	0,62		

Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι στον παράγοντα «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες που είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι ($M.O. = 2,53$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι δημόσιοι υπάλληλοι ($M.O. = 2,21, p = 0,008$) και όσων ασχολούνται με τα οικιακά, κάποια άλλη ασχολία ή είναι άνεργες ($M.O. = 2,32, p = 0,022$).

Πίνακας 74: «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» ως προς το επάγγελμα μητέρας, Post Hoc Bonferroni

Επάγγελμα μητέρας 1-Επάγγελμα μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Δημόσιος υπάλληλος-Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	-2,462	0,816
Δημόσιος υπάλληλος-Ελεύθερος Επαγγελματίας	-18,583	0,108
Δημόσιος υπάλληλος-Ιδιωτικός υπάλληλος	-26,510	0,008
Οικιακά/Ανεργη/Άλλο-Ελεύθερος Επαγγελματίας	16,120	0,178
Οικιακά/Ανεργη/Άλλο-Ιδιωτικός υπάλληλος	24,048	0,022
Ελεύθερος Επαγγελματίας-Ιδιωτικός υπάλληλος	7,927	0,490



Γράφημα 72: «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» ως προς το επάγγελμα μητέρας

Επάγγελμα πατέρα

Από τον Πίνακα 75, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το επάγγελμα πατέρα στους παράγοντες ΡΒΙ ($p \geq 0,415$).

Πίνακας 75: Σύγκριση των παραγόντων ΡΒΙ ως προς το επάγγελμα πατέρα

Παράγοντες	Επάγγελμα πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	34	3,11	0,50	H (3, 175) =2,851	0,415
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,94	0,54		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,92	0,59		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,82	0,57		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,31	0,50	H (3, 175) =0,803	0,849
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,39	0,51		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,35	0,61		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,44	0,40		
Φροντίδα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,82	0,76	H (3, 175) =2,221	0,528
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,81	0,65		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,78	0,68		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,40	0,69		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,18	0,58	F (3, 171) =0,863	0,462
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,33	0,62		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,36	0,62		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,20	0,46		

Οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Από τον Πίνακα 76, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας στους παράγοντες

«Φροντίδα μητέρας» ($H(3, 176) = 8,900, p = 0,031$) και «Φροντίδα πατέρα» ($H(3, 176) = 8,665, p = 0,034$).

Πίνακας 76: Σύγκριση των παραγόντων RBI ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Παντρεμένη	126	3,04	0,53	$H(3, 176) = 8,900$	0,031
	Διαζευγμένη	21	2,89	0,54		
	Σε διάσταση	20	2,64	0,62		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,62	0,73		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Παντρεμένη	126	2,32	0,54	$H(3, 176) = 5,551$	0,136
	Διαζευγμένη	21	2,29	0,38		
	Σε διάσταση	20	2,60	0,65		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,42	0,82		
Φροντίδα πατέρα	Παντρεμένη	126	2,86	0,66	$H(3, 176) = 8,665$	0,034
	Διαζευγμένη	21	2,75	0,62		
	Σε διάσταση	20	2,27	0,80		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,52	0,77		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Παντρεμένη	126	2,32	0,60	$F(3, 172) = 1,303$	0,275
	Διαζευγμένη	21	2,15	0,48		
	Σε διάσταση	20	2,15	0,70		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,53	0,75		

Στον παράγοντα «Φροντίδα μητέρας» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι σε διάσταση είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι παντρεμένες ($M.O. Σε διάσταση = 2,64$ vs $M.O. Παντρεμένη = 3,04, p = 0,011$).

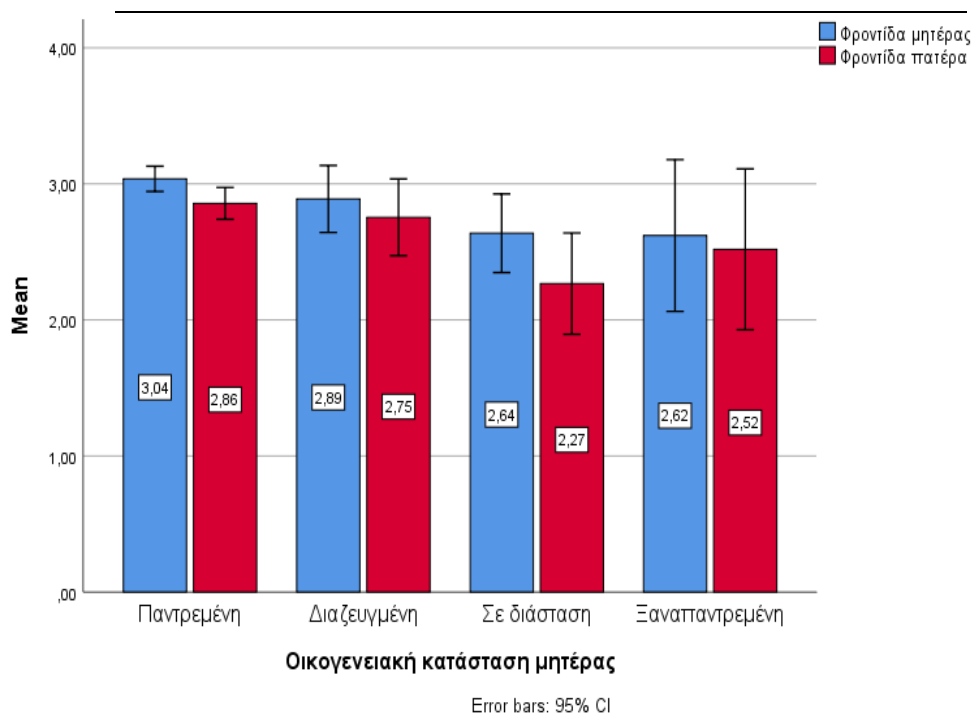
Πίνακας 77: «Φροντίδα μητέρας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni

Οικογ. Κατ. μητέρας 1- Οικογ. Κατ. μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Σε διάσταση-Ξαναπαντρεμένη	-1,828	0,929
Σε διάσταση-Διαζευγμένη	18,098	0,255
Σε διάσταση-Παντρεμένη	31,145	0,011
Ξαναπαντρεμένη-Διαζευγμένη	16,270	0,422
Ξαναπαντρεμένη-Παντρεμένη	29,317	0,095
Διαζευγμένη-Παντρεμένη	13,048	0,277

Επιπλέον, στον παράγοντα «Φροντίδα πατέρα» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι σε διάσταση είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι παντρεμένες ($M.O. Σε διάσταση = 2,27$ vs $M.O. Παντρεμένη = 2,86, p = 0,006$).

Πίνακας 78: «Φροντίδα πατέρα» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni

Οικογ. Κατ. μητέρας 1- Οικογ. Κατ. μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Σε διάσταση-Ξαναπαντρεμένη	-9,631	0,637
Σε διάσταση-Διαζευγμένη	26,408	0,097
Σε διάσταση-Παντρεμένη	33,428	0,006
Ξαναπαντρεμένη-Διαζευγμένη	16,778	0,408
Ξαναπαντρεμένη-Παντρεμένη	23,798	0,175
Διαζευγμένη-Παντρεμένη	7,020	0,558



Γράφημα 73: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, στους παράγοντες PBI

Οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Από τον Πίνακα 79, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα στους παράγοντες «Φροντίδα μητέρας» ($H(3, 173) = 9,135, p = 0,028$) και «Φροντίδα πατέρα» ($H(3, 173) = 12,311, p = 0,006$).

Πίνακας 79: Σύγκριση παραγόντων RBI ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Παντρεμένος	124	3,04	0,53	H (3, 173) =9,135	0,028
	Διαζευγμένος	16	2,88	0,64		
	Σε διάσταση	22	2,63	0,59		
	Ξαναπαντρεμένος	11	2,76	0,59		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Παντρεμένος	124	2,31	0,54	H (3, 173) =5,267	0,153
	Διαζευγμένος	16	2,28	0,36		
	Σε διάσταση	22	2,58	0,63		
	Ξαναπαντρεμένος	11	2,42	0,78		
Φροντίδα πατέρα	Παντρεμένος	124	2,85	0,66	H (3, 173) =12,311	0,006
	Διαζευγμένος	16	2,95	0,68		
	Σε διάσταση	22	2,26	0,76		
	Ξαναπαντρεμένος	11	2,46	0,63		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Παντρεμένος	124	2,31	0,61	F (3, 169) =1,014	0,388
	Διαζευγμένος	16	2,18	0,44		
	Σε διάσταση	22	2,16	0,67		
	Ξαναπαντρεμένος	11	2,51	0,77		

Στον παράγοντα «Φροντίδα μητέρας» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι σε διάσταση είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι παντρεμένοι ($M.O. \text{ Σε διάσταση}=2,63$ vs $M.O. \text{ Παντρεμένοι}=3,04$, $p=0,028$).

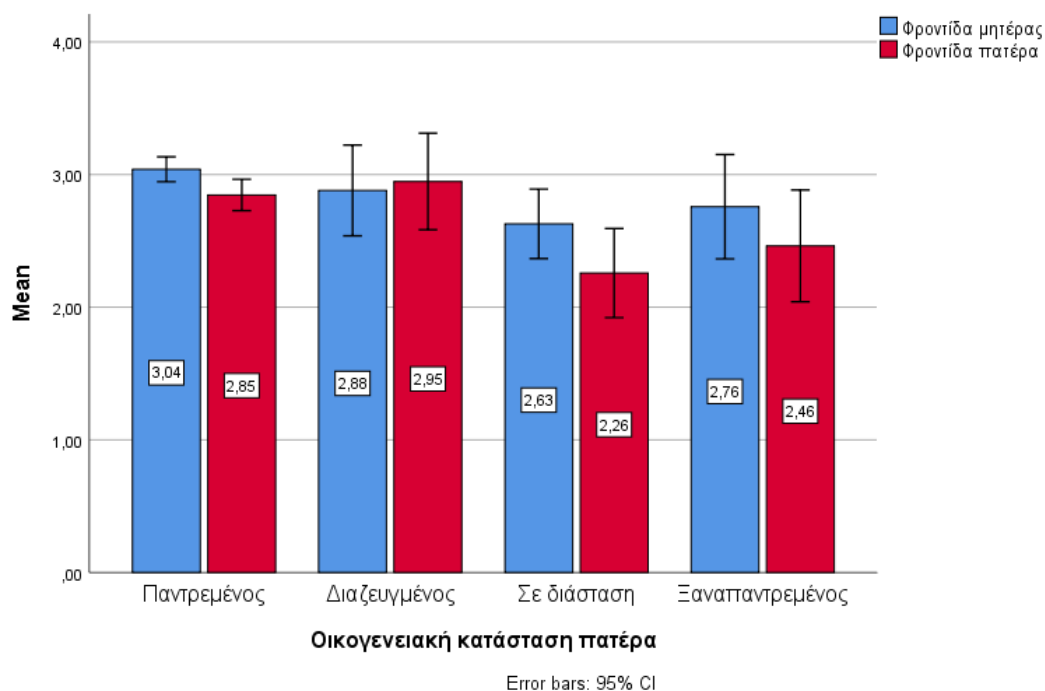
Πίνακας 80: «Φροντίδα μητέρας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni

Οικογ. Κατ. πατέρα 1-Οικογ. Κατ. πατέρα 2	Στατιστικό	p-value
Σε διάσταση-Ξαναπαντρεμένος	-13,591	0,462
Σε διάσταση-Διαζευγμένος	19,278	0,241
Σε διάσταση-Παντρεμένος	32,708	0,005
Ξαναπαντρεμένος-Διαζευγμένος	5,688	0,772
Ξαναπαντρεμένος-Παντρεμένος	19,117	0,225
Διαζευγμένος-Παντρεμένος	13,429	0,312

Στον παράγοντα «Φροντίδα πατέρα» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι σε διάσταση ($M.O.=2,26$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι παντρεμένοι ($M.O.=2,85$, $p=0,003$) και διαζευγμένοι ($M.O.=2,95$, $p=0,007$).

Πίνακας 81: «Φροντίδα πατέρα» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni

Οικογ. Κατ. πατέρα 1-Οικογ. Κατ. πατέρα 2	Στατιστικό	p-value
Σε διάσταση-Ξαναπαντρεμένος	-8,682	0,638
Σε διάσταση-Παντρεμένος	34,633	0,003
Σε διάσταση-Διαζευγμένος	44,594	0,007
Ξαναπαντρεμένος-Παντρεμένος	25,951	0,099
Ξαναπαντρεμένος-Διαζευγμένος	35,912	0,067
Παντρεμένος-Διαζευγμένος	-9,961	0,454



Γράφημα 74: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, στους παράγοντες PBI

9.2.2.3. Επίδραση αναπηρίας παιδιών

Είδος αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 82, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το είδος αναπηρίας στους παράγοντες PBI ($p \geq 0,062$).

Πίνακας 82: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς το είδος αναπηρίας

Παράγοντες	Είδος αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Οπτική αναπηρία	54	3,04	0,58	H (2, 179) = 2,261	0,323
	Ακουστική αναπηρία	63	2,91	0,48		
	Κινητική αναπηρία	62	2,90	0,63		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Οπτική αναπηρία	54	2,33	0,57	H (2, 179) = 4,537	0,103
	Ακουστική αναπηρία	63	2,30	0,43		
	Κινητική αναπηρία	62	2,44	0,64		
Φροντίδα πατέρα	Οπτική αναπηρία	54	2,88	0,77	H (2, 179) = 5,548	0,062
	Ακουστική αναπηρία	63	2,81	0,57		
	Κινητική αναπηρία	62	2,61	0,73		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Οπτική αναπηρία	54	2,30	0,64	F (2, 176) = 0,149	0,862
	Ακουστική αναπηρία	63	2,27	0,53		
	Κινητική αναπηρία	62	2,33	0,66		

Κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 83, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το είδος αναπηρίας στους παράγοντες PBI ($p \geq 0,376$).

Πίνακας 83: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Μερικώς βλέποντας	26	3,00	0,51	Z=-0,641	0,521
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,08	0,64		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Μερικώς βλέποντας	26	2,22	0,38	Z=-0,885	0,376
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,43	0,69		
Φροντίδα πατέρα	Μερικώς βλέποντας	26	2,94	0,51	Z=-0,121	0,903
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,82	0,96		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Μερικώς βλέποντας	26	2,22	0,47	t (45,623) = -0,879	0,384
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,37	0,76		

Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 84, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας στους παράγοντες PBI ($p \geq 0,221$).

Πίνακας 84: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Αγωγής	20	2,78	0,43	H (2, 63) = 3,020	0,221
	Νευροαισθητήρια	22	2,95	0,52		
	Μεικτή	21	3,00	0,46		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Αγωγής	20	2,26	0,45	H (2, 63) = 0,648	0,723
	Νευροαισθητήρια	22	2,25	0,36		
	Μεικτή	21	2,39	0,49		
Φροντίδα πατέρα	Αγωγής	20	2,80	0,49	H (2, 63) = 2,132	0,344
	Νευροαισθητήρια	22	2,71	0,60		
	Μεικτή	21	2,94	0,62		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Αγωγής	20	2,21	0,47	F (2, 60) = 0,231	0,795
	Νευροαισθητήρια	22	2,33	0,53		
	Μεικτή	21	2,26	0,60		

Βαθμός ακουστικής αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 85, ο βαθμός ακουστικής αναπηρίας συσχετίστηκε με την «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» ($\rho (63) = -0,302$, $p < 0,05$).

Πίνακας 85: Συσχέτιση των παραγόντων PBI με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Βαθμός ακουστικής αναπηρίας
Φροντίδα μητέρας	0,242
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-,302*
Φροντίδα πατέρα	0,022
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,183

Κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 86, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας στους παράγοντες PBI ($p \geq 0,530$).

Πίνακας 86: Σύγκριση των παραγόντων PBI ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Παράγοντες PBI	Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Φροντίδα μητέρας	Επικτήτη κινητική αναπηρία	31	2,91	0,53	Z=-0,148	0,882
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,90	0,72		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Επικτήτη κινητική αναπηρία	31	2,41	0,58	Z=-0,233	0,816
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,46	0,70		
Φροντίδα πατέρα	Επικτήτη κινητική αναπηρία	31	2,58	0,65	Z=-0,289	0,772
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,64	0,81		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Επικτήτη κινητική αναπηρία	31	2,28	0,60	t (60) = -0,632	0,530
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,38	0,72		

9.2.2.4. Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων

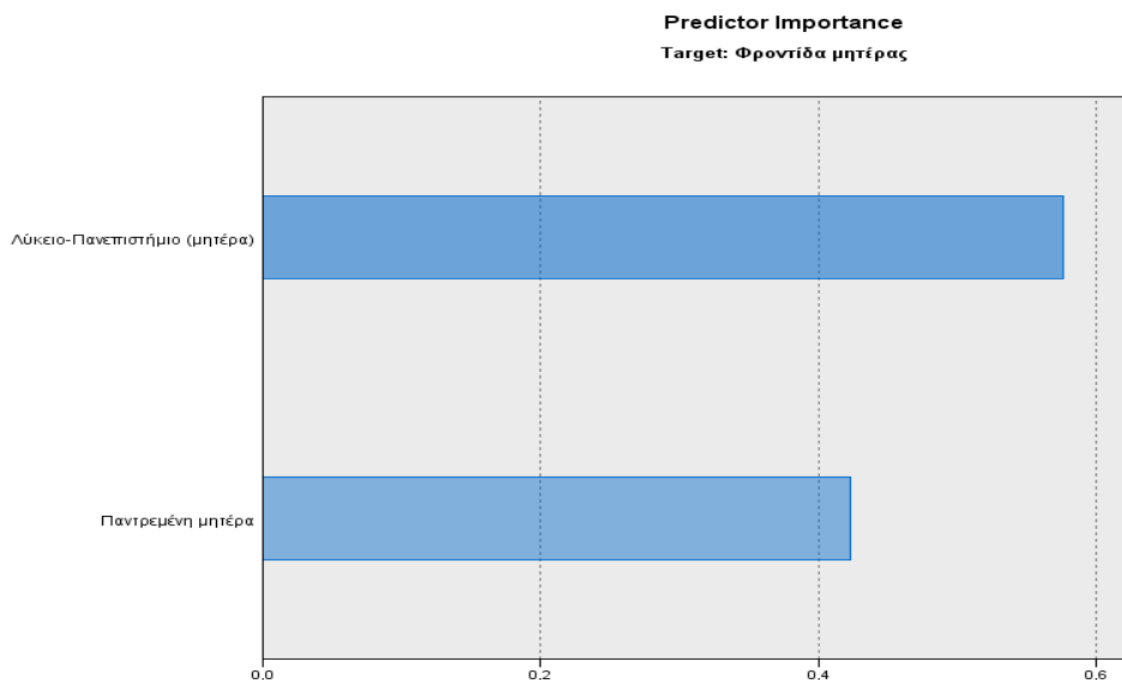
Φροντίδα μητέρας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 87 (Γράφημα 84) ο οποίος παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Φροντίδα μητέρας» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά που είχαν επίδραση στην εξαρτημένη, προκύπτει ότι προβλεπτικοί παράγοντες για τη φροντίδα μητέρας αναδείχθηκαν το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας και συγκεκριμένα αν είναι απόφοιτοι λυκείου-πανεπιστημίου ($\beta=0,247$, $t=3,5409$, $p=0,001$, 58% επίδραση) και η παντρεμένη οικογενειακή κατάσταση μητέρας ($\beta=0,212$, $t=2,938$, $p=0,004$, 42% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF=1,015<3$).

Πίνακας 87: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Φροντίδα μητέρας»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,597	-	29,911	<0,001	-
Λύκειο-Πανεπιστήμιο (μητέρα)	0,284	0,247	3,409	0,001	1,015
Παντρεμένη μητέρα	0,268	0,212	2,938	0,004	1,015

$$F(2, 171) = 11,525, p < 0,001, R^2 = 11,9\%$$



Γράφημα 75: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Φροντίδα μητέρας»

Υπερπροστατευτικότητα μητέρας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 88, δεν αναδείχθηκαν προβλεπτικοί παράγοντες για την «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» ($p \geq 0,087$) για άτομα με ακουστική αναπηρία και δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμικότητα ($VIF=1,044 < 3$).

Πίνακας 88: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» για άτομα με ακουστική αναπηρία

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,485	-	17,039	<0,001	-
Ιδιωτικός υπάλληλος (μητέρα)	0,126	0,137	1,058	0,295	1,044
Βαθμός ακουστικής αναπηρίας	-0,071	-0,226	-1,741	0,087	1,044

$$F(2,57) = 2,564, p=0,086, R^2=8,3\%$$

Φροντίδα πατέρα

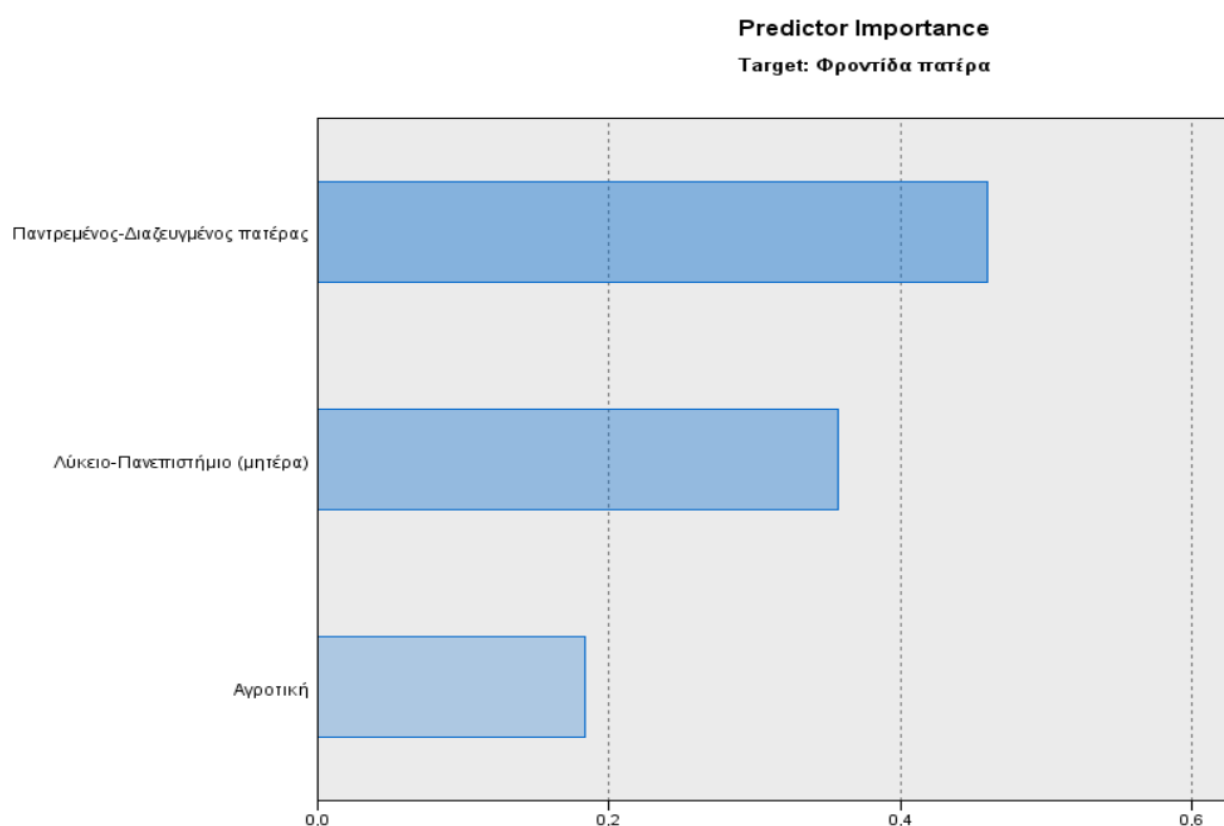
Σύμφωνα με τον Πίνακα 89, ο οποίος παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Φροντίδα πατέρα» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά που είχαν συσχέτιση με την εξαρτημένη, προκύπτει ότι προβλεπτικοί παράγοντες για τη φροντίδα πατέρα αναδείχθηκαν η αγροτική περιοχή κατοικίας ($\beta=0,155$, $t=2,089$, $p=0,038$, 18% επίδραση), το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας και συγκεκριμένα αν είναι απόφοιτοι λυκείου-πανεπιστημίου ($\beta=0,228$, $t=3,102$, $p=0,002$, 36% επίδραση) και η οικογενειακή κατάσταση του πατέρα,

συγκεκριμένα αν είναι διαζευγμένοι ή παντρεμένοι ($\beta=0,343$, $t=3,252$, $p=0,001$, 46% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,158 < 3$).

Πίνακας 89: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Φροντίδα πατέρα»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,003	-	14,312	<0,001	-
Αγροτική	0,224	0,155	2,089	0,038	1,045
Λύκειο-Πανεπιστήμιο (μητέρα)	0,334	0,228	3,102	0,002	1,026
Παντρεμένη μητέρα	-0,117	-0,073	-0,687	0,493	2,158
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,653	0,343	3,252	0,001	2,118

$F(4, 155) = 8,835$, $p < 0,001$, $R^2 = 18,6\%$



Γράφημα 76: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Φροντίδα πατέρα»

Υπερπροστατευτικότητα πατέρα

Από τον Πίνακα 90, προέκυψε ότι μοναδικός προβλεπτικός παράγοντας της «Υπερπροστατευτικότητας πατέρα», είναι η ηλικία πατέρα ($\beta=-0,184$, $t=-2,172$, $p=0,031$). Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών ($VIF=1,271 < 3$).

Πίνακας 90: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	3,055	-	11,908	<0,001	-
Ηλικία παιδιού	-0,100	-0,083	-0,982	0,327	1,271
Ηλικία πατέρα	-0,014	-0,184	-2,172	0,031	1,271

F (2,167) =4,866, p=0,009, R²=5,5%

9.2.3. Επίδραση στην Συναισθηματική αντιδραστικότητα

9.2.3.1. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών

Φύλο παιδιού

Σύμφωνα με τον Πίνακα 91, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το φύλο παιδιού στους παράγοντες της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ($p \geq 0,615$).

Πίνακας 91: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το φύλο παιδιού

Παράγοντες	Φύλο παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Αγόρι	85	2,64	0,69	Z=-0,263	0,793
	Κορίτσι	94	2,63	0,68		
Διαγωγή	Αγόρι	85	3,38	0,73	Z=-0,101	0,919
	Κορίτσι	94	3,35	0,78		
Ατομισμός/Εγωισμός	Αγόρι	85	2,65	0,84	Z=-0,051	0,960
	Κορίτσι	94	2,65	0,86		
Συναισθηματική αστάθεια	Αγόρι	85	2,62	0,73	t (177) =0,504	0,615
	Κορίτσι	94	2,57	0,66		

Ηλικία παιδιού

Σύμφωνα με τον Πίνακα 92, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την ηλικία παιδιού στους παράγοντες της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ($p \geq 0,118$).

Πίνακας 92: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την ηλικία παιδιού

Παράγοντες	Ηλικία παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	8-10 ετών	83	2,61	0,66	Z=-0,519	0,604
	11-18 ετών	96	2,65	0,71		
Διαγωγή	8-10 ετών	83	3,36	0,65	Z=-0,088	0,930
	11-18 ετών	96	3,37	0,84		
Ατομισμός/Εγωισμός	8-10 ετών	83	2,66	0,83	Z=-0,198	0,843
	11-18 ετών	96	2,64	0,87		
Συναισθηματική αστάθεια	8-10 ετών	83	2,51	0,70	t (177) =-1,570	0,118
	11-18 ετών	96	2,67	0,68		

Τόπος κατοικίας

Από τον Πίνακα 93, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς τον τόπο κατοικίας στους παράγοντες της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ($p \geq 0,282$).

Πίνακας 93: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς τον τόπο κατοικίας

Παράγοντες	Τόπος κατοικίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Αστική περιοχή	48	2,52	0,79	H (2, 170) =0,768	0,681
	Ημιαστική περιοχή	40	2,68	0,64		
	Αγροτική περιοχή	82	2,65	0,66		
Διαγωγή	Αστική περιοχή	48	3,40	0,88	H (4, 170) =0,056	0,972
	Ημιαστική περιοχή	40	3,37	0,82		
	Αγροτική περιοχή	82	3,34	0,68		
Ατομισμός/Εγωισμός	Αστική περιοχή	48	2,53	0,92	H (4, 170) =1,516	0,469
	Ημιαστική περιοχή	40	2,74	0,80		
	Αγροτική περιοχή	82	2,65	0,86		
Συναισθηματική αστάθεια	Αστική περιοχή	48	2,45	0,75	F (2, 167) =1,277	0,282
	Ημιαστική περιοχή	40	2,60	0,59		
	Αγροτική περιοχή	82	2,64	0,71		

Αδέλφια

Σύμφωνα με τον Πίνακα 94, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την ύπαρξη αδελφών στους παράγοντες της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ($p \geq 0,229$).

Πίνακας 94: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την ύπαρξη αδελφών

Παράγοντες	Ύπαρξη αδελφών	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Όχι	30	2,73	0,82	Z=-0,466	0,641
	Nai	146	2,61	0,66		
Διαγωγή	Όχι	30	3,38	0,82	Z=-0,388	0,698
	Nai	146	3,36	0,75		
Ατομισμός/Εγωισμός	Όχι	30	2,78	1,07	Z=-0,382	0,702
	Nai	146	2,63	0,80		
Συναισθηματική αστάθεια	Όχι	30	2,74	0,81	t (174) =1,207	0,229
	Nai	146	2,57	0,67		

Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Από τον Πίνακα 95 προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι ($p \geq 0,464$).

Πίνακας 95: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Παράγοντες	Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	rho (177) = -0,043, p=0,570
Διαγωγή	rho (177) = -0,006, p=0,938
Ατομισμός/Εγωισμός	rho (177) = -0,055, p=0,464
Συναισθηματική αστάθεια	rho (177) = -0,042, p=0,583

9.2.3.2. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών

Ηλικία μητέρας και πατέρα

Από τον Πίνακα 96, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας και της ηλικίας γονιών ($p \geq 0,307$).

Πίνακας 96: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας και ηλικίας γονιών

Παράγοντες	Ηλικία μητέρας	Ηλικία πατέρα
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	rho (173) = -0,031, p=0,683	rho (170) = -0,041, p=0,600
Διαγωγή	rho (173) = 0,078, p=0,307	rho (170) = 0,077, p=0,321
Ατομισμός/Εγωισμός	rho (173) = 0,048, p=0,530	rho (170) = 0,020, p=0,801
Συναισθηματική αστάθεια	rho (173) = -0,004, p=0,954	r (170) = 0,011, p=0,884

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Από τον Πίνακα 97, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικές διαφορές μέσων όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας στους παράγοντες «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» ($H(2,176)=7,619$, $p=0,022$), «Διαγωγή» ($H(2,176)=6,135$, $p=0,047$) και «Συναισθηματική αστάθεια» ($F(2,173)=3,300$, $p=0,039$).

Πίνακας 97: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Δεν πήγε σχολείο	14	2,85	0,56	$H(2, 176) = 7,619$	0,022
	Δημοτικό-Γυμνάσιο	59	2,75	0,65		
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	103	2,53	0,71		
Διαγωγή	Δεν πήγε σχολείο	14	3,06	0,52	$H(2, 176) = 6,135$	0,047
	Δημοτικό/Γυμνάσιο	59	3,30	0,77		
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	103	3,45	0,78		
Ατομισμός/Εγωισμός	Δεν πήγε σχολείο	14	2,94	0,75	$H(2, 176) = 5,577$	0,062
	Δημοτικό/Γυμνάσιο	59	2,76	0,81		
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	103	2,56	0,88		
Συναισθηματική αστάθεια	Δεν πήγε σχολείο	14	2,68	0,58	$F(2,173) = 3,300$	0,039
	Δημοτικό/Γυμνάσιο	59	2,76	0,64		
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	103	2,48	0,73		

Στην «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν μητέρα με επίπεδο εκπαίδευσης Λυκείου ή Πανεπιστημίου ($M.O.=2,53$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο των παιδιών που έχουν μητέρα με επίπεδο εκπαίδευσης Δημοτικού-Γυμνασίου ($M=2,75$, $p=0,023$) και των παιδιών που έχουν μητέρα η οποία δεν έχει πάει σχολείο ($M=2,85$, $p=0,044$).

Πίνακας 98: «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Λύκειο/Πανεπιστήμιο-Δημοτικό/Γυμνάσιο	18,857	0,023
Λύκειο/Πανεπιστήμιο-Δεν πήγε σχολείο	29,217	0,044
Δημοτικό/Γυμνάσιο-Δεν πήγε σχολείο	10,360	0,494

Στην «Διαγωγή» ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν μητέρα με επίπεδο εκπαίδευσης Λυκείου ή Πανεπιστημίου ($M.O.=3,45$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο των παιδιών που έχουν μητέρα η οποία δεν έχει πάει σχολείο ($M=3,06$, $p=0,019$).

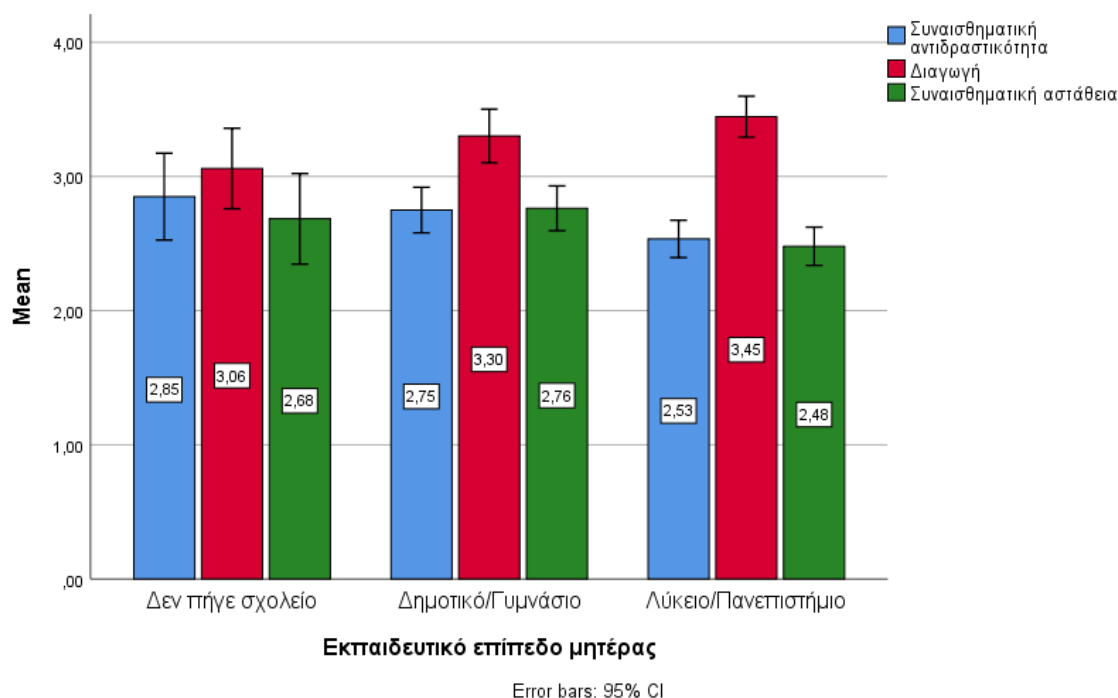
Πίνακας 99: «Διαγωγή» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Δεν πήγε σχολείο-Δημοτικό/Γυμνάσιο	-23,689	0,117
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο/Πανεπιστήμιο	-34,092	0,019
Δημοτικό/Γυμνάσιο-Λύκειο/Πανεπιστήμιο	-10,402	0,211

Στην «Συναισθηματική αστάθεια» ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν μητέρα με επίπεδο εκπαίδευσης Λυκείου ή Πανεπιστημίου ($M.O.=2,48$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο των παιδιών που έχουν μητέρα με επίπεδο εκπαίδευσης Δημοτικού-Γυμνασίου ($M=2,76$, $p=0,013$).

Πίνακας 100: «Συναισθηματική αστάθεια» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc LSD

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1	Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	M.O. (1-2)	p-value
Δεν πήγε σχολείο	Δημοτικό/Γυμνάσιο	-0,07819	0,704
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	0,20502	0,298
Δημοτικό/Γυμνάσιο	Δεν πήγε σχολείο	0,07819	0,704
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	,28321*	0,013
Λύκειο/Πανεπιστήμιο	Δεν πήγε σχολείο	-0,20502	0,298
	Δημοτικό/Γυμνάσιο	-,28321*	0,013



Γράφημα 77: Στατιστικά σημαντικές διαφορές συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Από τον Πίνακα 101, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα στην «Διαγωγή» ($H(2,177)=7,188, p=0,027$).

Πίνακας 101: Σύγκριση της παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

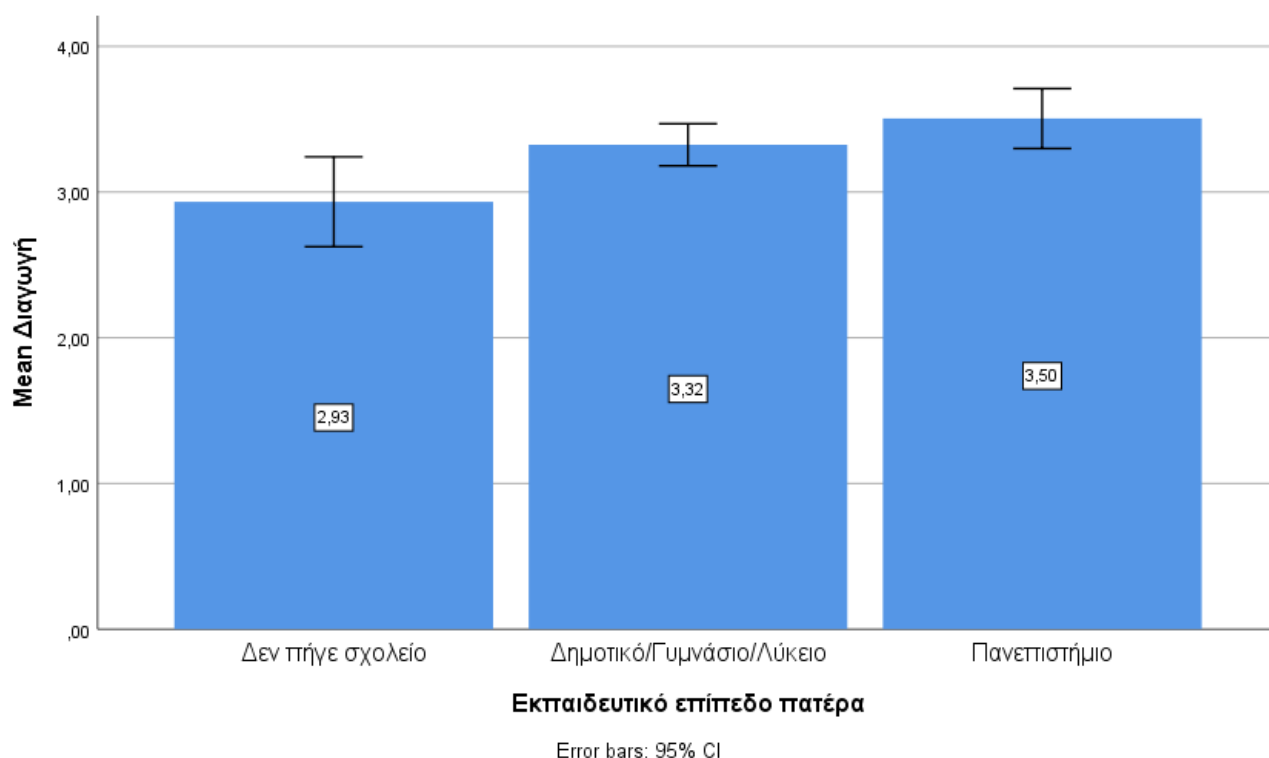
Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Δεν πήγε σχολείο	12	2,82	0,55	$H(2, 177) = 4,320$	0,115
	Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο	105	2,68	0,69		
	Πανεπιστήμιο	60	2,52	0,70		
Διαγωγή	Δεν πήγε σχολείο	12	2,93	0,48	$H(2, 177) = 7,188$	0,027
	Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο	105	3,32	0,75		
	Πανεπιστήμιο	60	3,50	0,80		
Ατομισμός/Εγωισμός	Δεν πήγε σχολείο	12	2,69	0,77	$H(2, 177) = 0,598$	0,741
	Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο	105	2,68	0,85		
	Πανεπιστήμιο	60	2,61	0,87		
Συναισθηματική αστάθεια	Δεν πήγε σχολείο	12	2,74	0,57	$F(2,174) = 2,212$	0,113
	Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο	105	2,66	0,71		
	Πανεπιστήμιο	60	2,44	0,68		

Στην «Διαγωγή» ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν πατέρα που δεν έχει πάει σχολείο ($M.O.=2,93$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο των παιδιών που έχουν πατέρα με επίπεδο εκπαίδευσης Δημοτικού-Γυμνασίου-Λυκείου ($M=3,32, p=0,046$)

και των παιδιών που έχουν πατέρα με επίπεδο εκπαίδευσης Πανεπιστημίου ($M=3,505$, $p=0,009$).

Πίνακας 102: «Διαγωγή» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα, Pot Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Δεν πήγε σχολείο-Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο	-31,081	0,046
Δεν πήγε σχολείο-Πανεπιστήμιο	-42,467	0,009
Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο-Πανεπιστήμιο	-11,386	0,169



Γράφημα 78: «Διαγωγή» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Επάγγελμα μητέρας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 103, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το επάγγελμα μητέρας στους παράγοντες της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ($p \geq 0,478$).

Πίνακας 103: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το επάγγελμα μητέρας

Παράγοντες	Επάγγελμα μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,59	0,75	H (3, 175) =1,631	0,652
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,64	0,75		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,72	0,55		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	2,59	0,64		
Διαγωγή	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,32	0,88	H (3, 175) =2,484	0,478
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,41	0,79		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,31	0,65		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,44	0,66		
Ατομισμός/Εγωισμός	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,61	0,89	H (3, 175) =0,511	0,916
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,72	0,96		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,73	0,63		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	2,60	0,82		
Συναισθηματική αστάθεια	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,48	0,72	F (3,171) =0,797	0,497
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,64	0,76		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,70	0,65		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	2,57	0,63		

Επάγγελμα πατέρα

Σύμφωνα με τον Πίνακα 104, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το επάγγελμα πατέρα στην «Συναισθηματική αστάθεια» ($F(2,172)=3,546, p=0,031$).

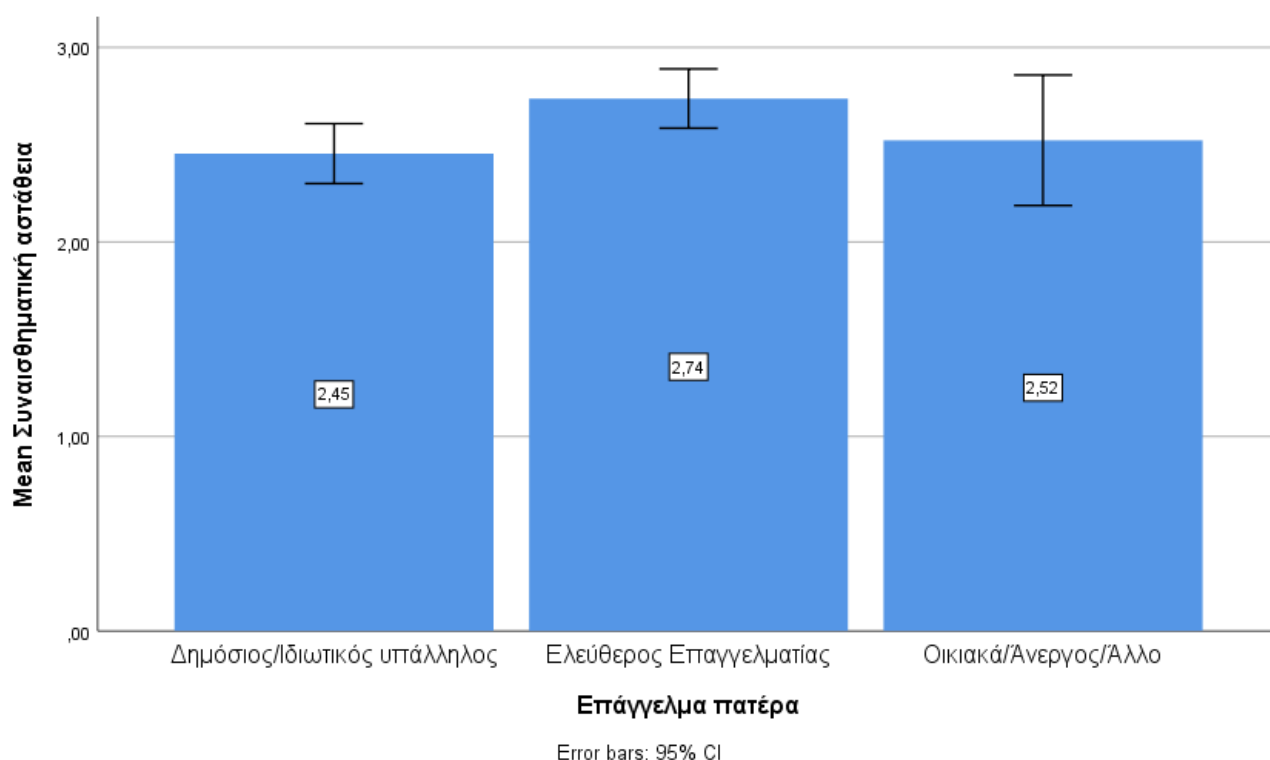
Πίνακας 104: Σύγκριση παραγόντων συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το επάγγελμα πατέρα

Παράγοντες	Επάγγελμα πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Δημόσιος/Ιδιωτικός υπάλληλος	80	2,55	0,70	H (2, 175) =3,336	0,189
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,73	0,69		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,59	0,59		
Διαγωγή	Δημόσιος/Ιδιωτικός υπάλληλος	80	3,46	0,78	H (2, 175) =3,381	0,184
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	3,28	0,75		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	3,32	0,64		
Ατομισμός/Εγωισμός	Δημόσιος/Ιδιωτικός υπάλληλος	80	2,64	0,87	H (2, 175) =0,352	0,839
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,69	0,84		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,60	0,81		
Συναισθηματική αστάθεια	Δημόσιος/Ιδιωτικός υπάλληλος	34	2,45	0,69	F (2,172) =3,546	0,031
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,74	0,70		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,52	0,47		

Συγκεκριμένα, στην «Συναισθηματική αστάθεια», ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν πατέρα ελεύθερο επαγγελματία ($M.O.=2,74$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο των παιδιών που έχουν πατέρα δημόσιο ή ιδιωτικό υπάλληλο ($M.O.=2,45, p=0,009$).

Πίνακας 105: «Συναισθηματική αστάθεια» ως προς το επάγγελμα πατέρα, Post Hoc LSD

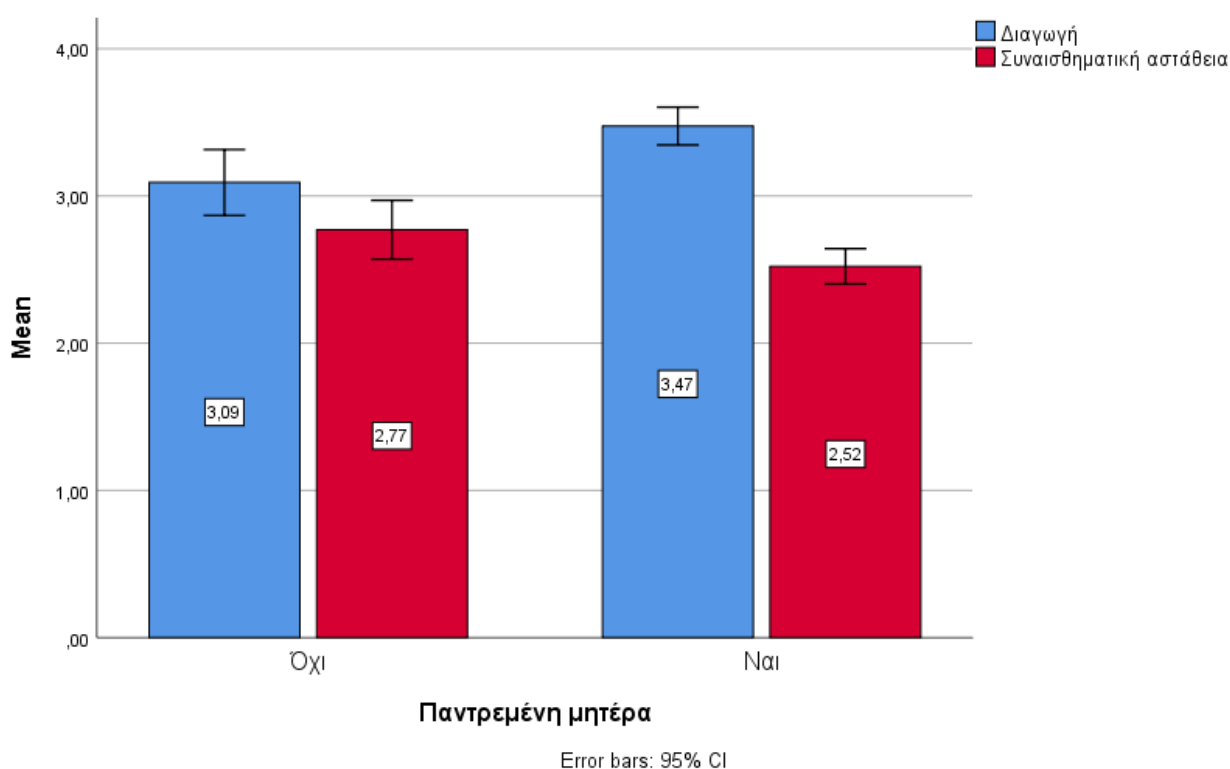
Επάγγελμα πατέρα 1	Επάγγελμα πατέρα 2	M.O. (1-2)	p-value
Δημόσιος/Ιδιωτικός υπάλληλος	Ελεύθερος Επαγγελματίας	-,28310*	0,009
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	-0,06823	0,768
Ελεύθερος Επαγγελματίας	Δημόσιος/Ιδιωτικός υπάλληλος	,28310*	0,009
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	0,21487	0,352
Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	Δημόσιος/Ιδιωτικός υπάλληλος	0,06823	0,768
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	-0,21487	0,352

**Γράφημα 79:** «Συναισθηματική αστάθεια» ως προς το επάγγελμα πατέραΟικογενειακή κατάσταση μητέρας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 106, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, με υψηλότερες τιμές να εμφανίζονται στις παντρεμένες μητέρες στην «Διαγωγή» ($M.O._{\text{Παντρεμένη}} = 3,47$ vs $M.O._{\text{Άλλη}} = 3,09$, $p = 0,014$) και χαμηλότερες στην «Συναισθηματική αστάθεια» ($M.O._{\text{Παντρεμένη}} = 2,52$ vs $M.O._{\text{Άλλη}} = 2,77$, $p = 0,032$).

Πίνακας 106: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας

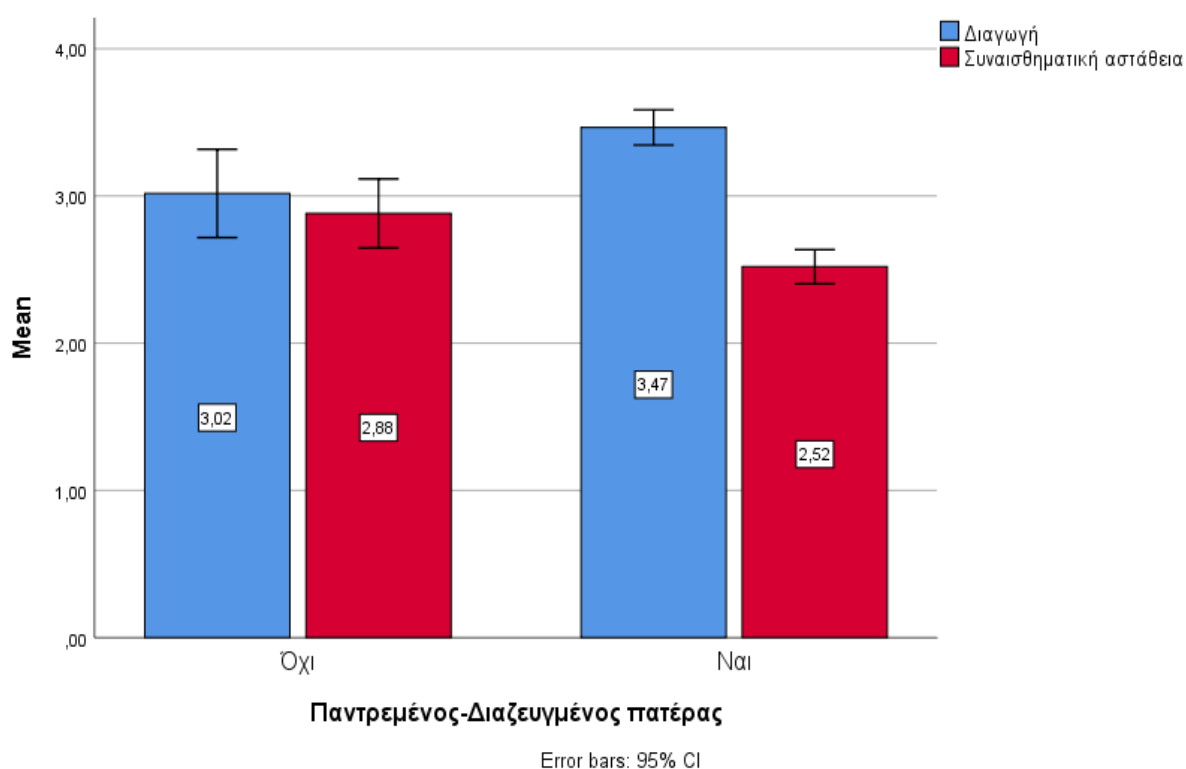
Παράγοντες	Οικογ. Κατ. μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Παντρεμένη	126	2,57	0,65	Z=1,265	0,206
	Άλλη	50	2,79	0,76		
Διαγωγή	Παντρεμένη	126	3,47	0,73	Z=2,458	0,014
	Άλλη	50	3,09	0,79		
Ατομισμός/Εγωισμός	Παντρεμένη	126	2,62	0,80	Z=0,834	0,404
	Άλλη	50	2,74	0,98		
Συναισθηματική αστάθεια	Παντρεμένη	126	2,52	0,68	t (174) = -2,165	0,032
	Άλλη	50	2,77	0,70		

**Γράφημα 80:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέραςΟικογενειακή κατάσταση πατέρα

Από τον Πίνακα 107, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, με υψηλότερες τιμές να εμφανίζονται στους παντρεμένους/διαζευγμένους στην «Διαγωγή» ($M.O. \text{Παντρεμένοι/Διαζευγμένοι} = 3,47$ vs $M.O. \text{Άλλη} = 3,02$, $p = 0,015$) και χαμηλότερες στην «Συναισθηματική αστάθεια» ($M.O. \text{Παντρεμένοι/Διαζευγμένοι} = 2,52$ vs $M.O. \text{Άλλη} = 2,88$, $p = 0,007$).

Πίνακας 107: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	2,56	0,65	Z=1,779	0,075
	Άλλη	33	2,88	0,78		
Διαγωγή	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	3,47	0,72	Z= 2,433	0,015
	Άλλη	33	3,02	0,85		
Ατομισμός/Εγωισμός	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	2,59	0,80	Z= 1,454	0,146
	Άλλη	33	2,84	1,02		
Συναισθηματική αστάθεια	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	2,52	0,69	t (171) = -2,719	0,007
	Άλλη	33	2,88	0,66		

**Γράφημα 81:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

9.2.3.3. Επίδραση αναπηρίας παιδιών

Είδος αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 108, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το είδος αναπηρίας στους παράγοντες της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ($p \geq 0,146$).

Πίνακας 108: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς το είδος αναπηρίας

Παράγοντες	Είδος αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Οπτική αναπηρία	54	2,58	0,87	H (2, 179) =0,490	0,783
	Ακουστική αναπηρία	63	2,66	0,51		
	Κινητική αναπηρία	62	2,65	0,67		
Διαγωγή	Οπτική αναπηρία	54	3,49	0,87	H (2, 179) =3,847	0,146
	Ακουστική αναπηρία	63	3,28	0,59		
	Κινητική αναπηρία	62	3,33	0,80		
Ατομισμός/Εγωισμός	Οπτική αναπηρία	54	2,57	1,02	H (2, 179) =2,204	0,332
	Ακουστική αναπηρία	63	2,69	0,69		
	Κινητική αναπηρία	62	2,69	0,83		
Συναισθηματική αστάθεια	Οπτική αναπηρία	54	2,63	0,93	F (2, 176) =0,091	0,913
	Ακουστική αναπηρία	63	2,58	0,53		
	Κινητική αναπηρία	62	2,58	0,61		

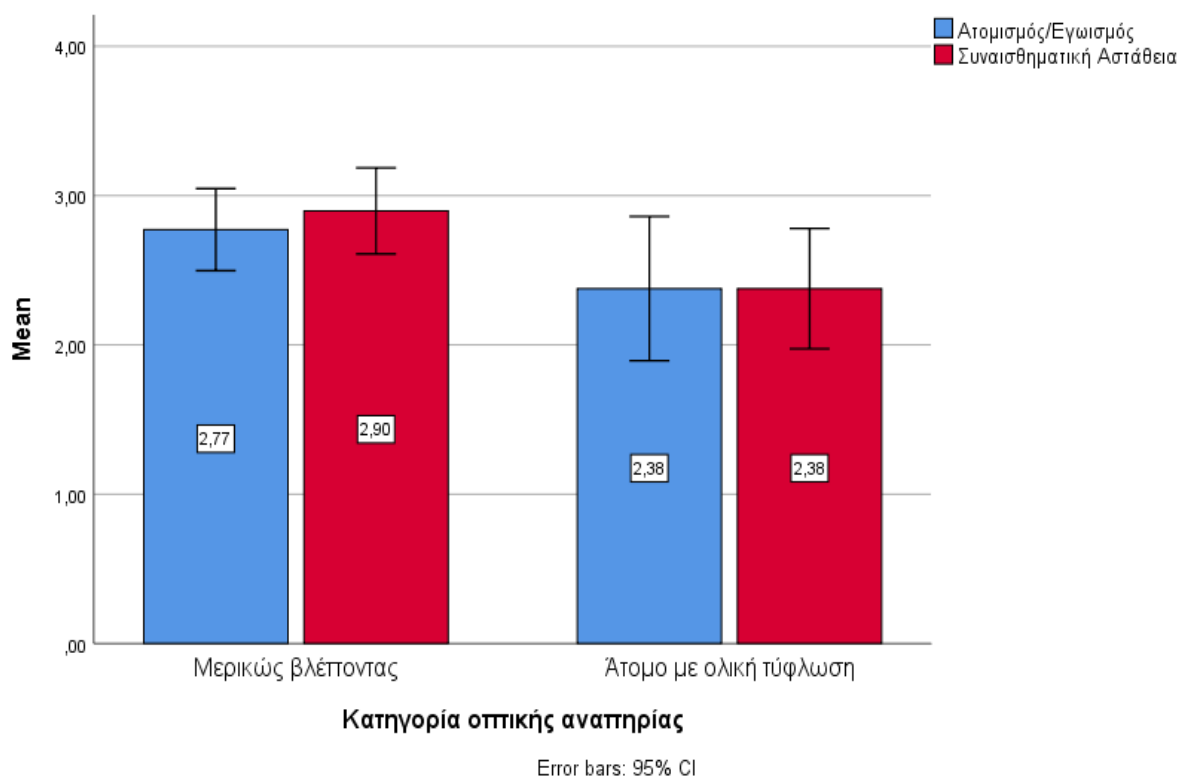
Κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 109 και Γράφημα 87, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας στους παράγοντες «Ατομισμός/Εγωισμός» ($Z=-2,219$, $p=0,027$) και «Συναισθηματική αστάθεια» ($t(48,057)=2,158$, $p=0,036$).

Πίνακας 109: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Μερικώς βλέποντας	26	2,78	0,59	Z=-1,939	0,052
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,40	1,04		
Διαγωγή	Μερικώς βλέποντας	26	3,40	0,70	Z=-1,196	0,232
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,58	1,01		
Ατομισμός/Εγωισμός	Μερικώς βλέποντας	26	2,77	0,68	Z=-2,219	0,027
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,38	1,25		
Συναισθηματική αστάθεια	Μερικώς βλέποντας	26	2,90	0,71	t (48,057) =2,158	0,036
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,38	1,04		

Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι ο μέσος όρος των παιδιών που βλέπουν μερικώς είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των παιδιών με ολική τύφλωση στους παράγοντες «Ατομισμός/Εγωισμός» ($M.O.$ Μερικώς βλέποντας=2,77 vs $M.O.$ Άτομο με ολική τύφλωση=2,38, $p=0,027$) και «Συναισθηματική αστάθεια» ($M.O.$ Μερικώς βλέποντας=2,90 vs $M.O.$ Άτομο με ολική τύφλωση=2,38, $p=0,036$).



Γράφημα 82: Στατιστικά σημαντικές διαφορές συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 110, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας στους παράγοντες της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ($p \geq 0,210$).

Πίνακας 110: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Αγωγής	20	2,77	0,45	H (2, 63) =3,117	0,210
	Νευροαισθητήρια	22	2,67	0,47		
	Μεικτή	21	2,54	0,60		
Διαγωγή	Αγωγής	20	3,14	0,66	H (2, 63) =2,232	0,328
	Νευροαισθητήρια	22	3,33	0,48		
	Μεικτή	21	3,36	0,63		
Ατομισμός/Εγωισμός	Αγωγής	20	2,78	0,57	H (2, 63) =2,554	0,279
	Νευροαισθητήρια	22	2,77	0,77		
	Μεικτή	21	2,50	0,70		
Συναισθηματική αστάθεια	Αγωγής	20	2,67	0,34	F (2,60) =0,545	0,583
	Νευροαισθητήρια	22	2,59	0,52		
	Μεικτή	21	2,49	0,66		

Βαθμός ακουστικής αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 111, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον βαθμό κατηγορία ακουστικής αναπηρίας στους παράγοντες της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ($p \geq 0,257$).

Πίνακας 111: Συσχέτιση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Βαθμός ακουστικής αναπηρίας
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	rho (63) = -0,132, $p=0,304$
Διαγωγή	rho (63) = 0,126, $p=0,326$
Ατομισμός/Εγωισμός	rho (63) = -0,145, $p=0,257$
Συναισθηματική αστάθεια	rho (63) = -0,039, $p=0,759$

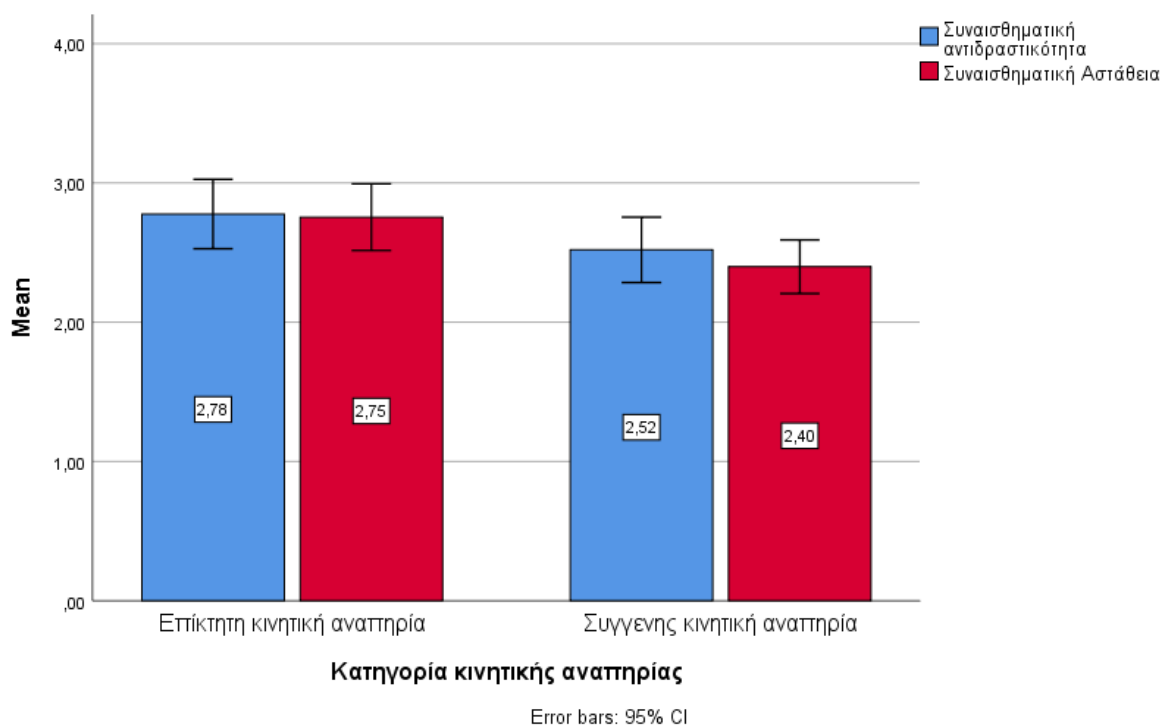
Κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 112 και Γράφημα 88, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας στους παράγοντες «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» ($Z=-2,211$, $p=0,027$) και «Συναισθηματική Αστάθεια» ($t(60)=2,366$, $p=0,021$).

Πίνακας 112: Σύγκριση των παραγόντων της συναισθηματικής αντιδραστικότητας ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,78	0,68	$Z=-2,211$	0,027
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,52	0,64		
Διαγωγή	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	3,24	0,81	$Z=-0,994$	0,320
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,43	0,78		
Ατομισμός/Εγωισμός	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,81	0,77	$Z=-1,002$	0,316
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,57	0,88		
Συναισθηματική αστάθεια	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,75	0,65	$t(60)=2,366$	0,021
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,40	0,52		

Συγκεκριμένα προκύπτει ότι ο μέσος όρος των παιδιών με επίκτητη κινητική αναπηρία είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των παιδιών με συγγενή κινητική αναπηρία στους παράγοντες «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» ($M.O.$ Επίκτητη κινητική αναπηρία = 2,78 vs $M.O.$ Συγγενής κινητική αναπηρία = 2,52, $p=0,027$) και «Συναισθηματική αστάθεια» ($M.O.$ Επίκτητη κινητική αναπηρία = 2,75 vs $M.O.$ Συγγενής κινητική αναπηρία = 2,40, $p=0,021$)



Γράφημα 83: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας

9.2.3.4. Επίδραση PBI

Από τον Πίνακα 113, προκύπτει ότι η «Φροντίδα μητέρας» και η «Φροντίδα πατέρα» συσχετίστηκαν θετικά με τη «Διαγωγή» και αρνητικά με τη «Συναισθηματική αντιδραστικότητα», τον «Ατομισμό/Εγωισμό» και τη «Συναισθηματική αστάθεια».

Πίνακας 113: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της Συναισθηματικής αντιδραστικότητας

Παράγοντες	Φροντίδα μητέρας	Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Υπερπροστατευτικότητα πατέρα
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	-,337**	0,090	-,238**	0,081
Διαγωγή	,385**	-0,139	,293**	-0,133
Ατομισμός/Εγωισμός	-,254**	0,057	-,157*	0,072
Συναισθηματική αστάθεια	-,308**	0,104	-,250**	0,050

**p<0,01, *p<0,05

9.2.3.5. Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων

Συναισθηματική αντιδραστικότητα

Στον Πίνακα 114, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Δεν αναδείχθηκαν προβλεπτικοί παράγοντες για τα άτομα με κινητική αναπηρία ($p \geq 0,236$) και δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμικότητα ($VIF \leq 1,195 < 3$).

Πίνακας 114: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» για άτομα με κινητική αναπηρία

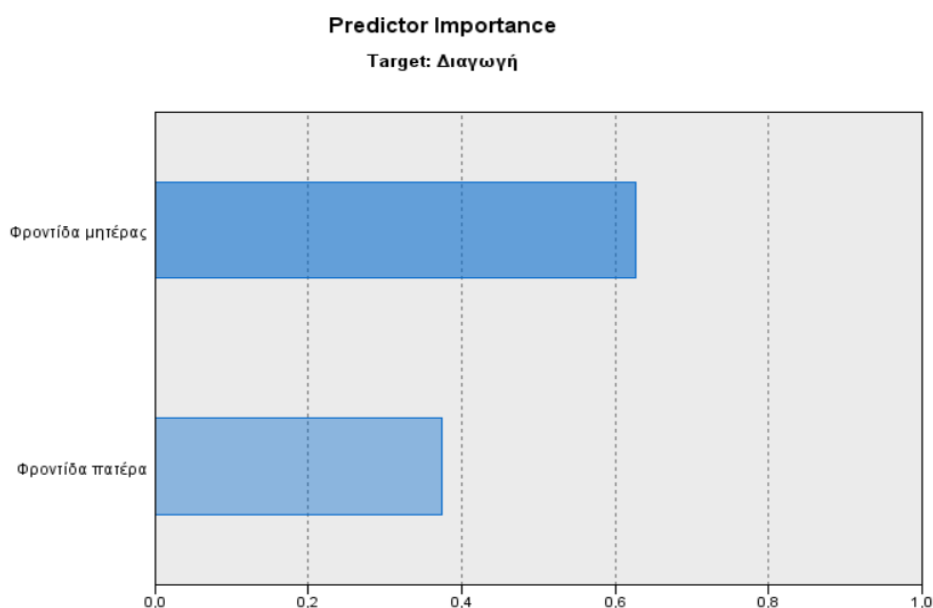
Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	3,504	-	6,973	<0,001	-
Λύκειο-Πανεπιστήμιο (μητέρα)	-0,110	-0,082	-0,624	0,535	1,064
Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	-0,250	-0,189	-1,485	0,143	1,004
Φροντίδα μητέρας	-0,005	-0,005	-0,037	0,971	1,165
Φροντίδα πατέρα	-0,153	-0,166	-1,197	0,236	1,195

F(4, 57)=1,220, p=0,312, R²=7,9%Διαγωγή

Στον Πίνακα 115 και Γράφημα 89, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Διαγωγή» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,213$, $t=2,644$, $p=0,001$, 63% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,201$, $t=2,461$, $p=0,015$, 37% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,353 < 3$).

Πίνακας 115: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Διαγωγή»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	1,773	-	5,475	<0,001	-
Δεν πήγε σχολείο (μητέρα)	0,009	0,003	0,040	0,968	1,180
Δεν πήγε σχολείο (πατέρας)	-0,260	-0,080	-1,053	0,294	1,145
Παντρεμένη μητέρα	0,216	0,127	1,190	0,236	2,265
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,024	0,012	0,111	0,911	2,353
Φροντίδα μητέρας	0,288	0,213	2,644	0,009	1,285
Φροντίδα πατέρα	0,217	0,201	2,461	0,015	1,312

F(6, 161)=6,048, p<0,001, R²=18,4%**Γράφημα 84:** Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Διαγωγή»

Ατομισμός/Εγωισμός

Στον Πίνακα 116, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον «Ατομισμό/Εγωισμό» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Μοναδικός προβλεπτικός παράγοντας αναδείχτηκε η «Φροντίδα μητέρας ($\beta = -0,326$, $t = -2,328$, $p = 0,024$) για άτομα με οπτική αναπηρία. Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμικότητα ($VIF \leq 1,173 < 3$).

Πίνακας 116: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον «Ατομισμό/Εγωισμό» για άτομα με οπτική αναπηρία

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	5,139	-	6,075	<0,001	-
Φροντίδα μητέρας	-0,579	-0,326	-2,328	0,024	1,172
Φροντίδα πατέρα	-0,091	-0,069	-0,490	0,626	1,173
Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	-0,362	-0,178	-1,369	0,177	1,016

F (3,50) = 3,290, p = 0,028, R² = 16,5%

Συναισθηματική αστάθεια

Σύμφωνα με τον Πίνακα 117, μοναδικός προβλεπτικός παράγοντας της «Συναισθηματικής αστάθειας για άτομα με οπτική αναπηρία είναι η κατηγορία οπτικής αναπηρίας ($\beta = -0,297$, $t = -2,425$, $p = 0,019$). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμικότητα ($VIF \leq 1,444 < 3$).

Πίνακας 117: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Συναισθηματική αστάθεια» για άτομα με οπτική αναπηρία

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	5,549	-	6,535	<0,001	-
Λύκειο-Πανεπιστήμιο (μητέρα)	-0,360	-0,182	-1,370	0,177	1,260
Ελεύθερος επαγγελματίας (πατέρας)	0,271	0,140	1,087	0,283	1,193
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	-0,808	-0,255	-1,901	0,064	1,292
Φροντίδα μητέρας	-0,342	-0,213	-1,553	0,127	1,346
Φροντίδα πατέρα	-0,088	-0,074	-0,519	0,606	1,444
Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	-0,550	-0,297	-2,425	0,019	1,075

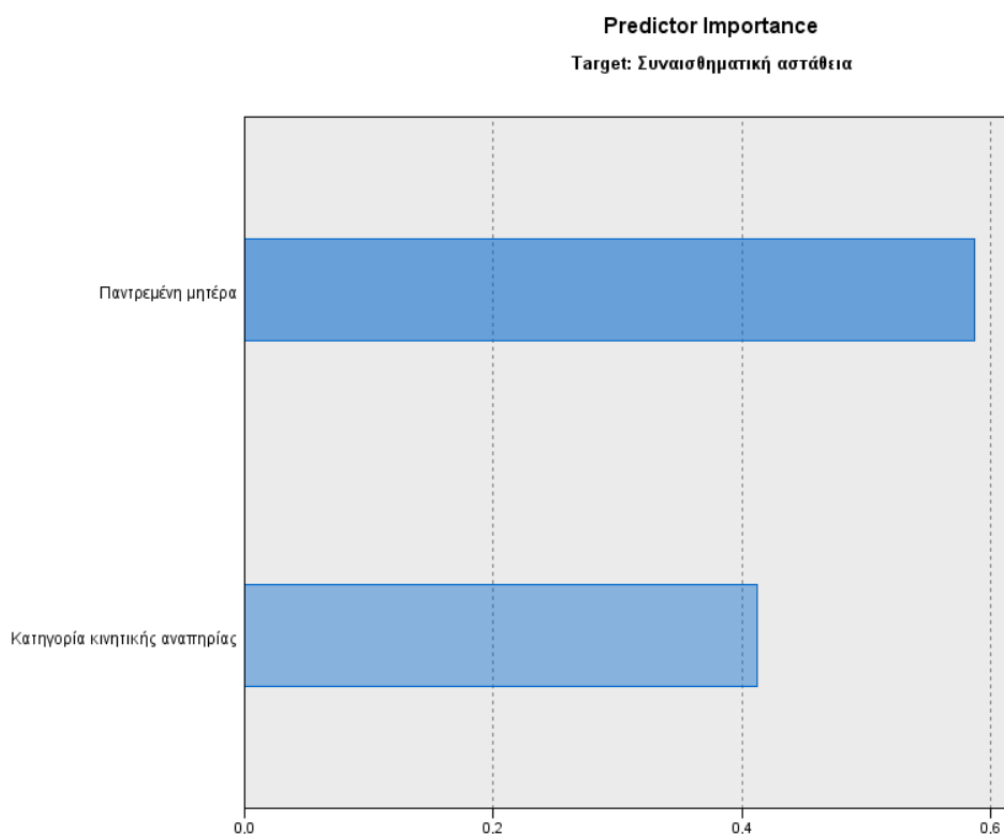
F (6,46) = 4,271, p = 0,002, R² = 35,8%

Σύμφωνα με τον Πίνακα 118 (Γράφημα 90), προβλεπτικοί παράγοντες της «Συναισθηματικής αστάθειας για άτομα με κινητική αναπηρία αναδείχθηκαν η παντρεμένη μητέρα ($\beta = -0,371$, $t = -2,896$, $p = 0,005$, 59% επίδραση) και η κατηγορία κινητικής αναπηρίας ($\beta = -0,325$, $t = -2,678$, $p = 0,010$, 41% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμικότητα ($VIF \leq 1,270$).

Πίνακας 118: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Συναισθηματική αστάθεια» για άτομα με κινητική αναπηρία

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	3,656	-	8,693	<0,001	-
Λύκειο-Πανεπιστήμιο (μητέρα)	-0,159	-0,130	-1,073	0,288	1,080
Ελεύθερος επαγγελματίας (πατέρας)	0,013	0,010	0,086	0,932	1,064
Παντρεμένη μητέρα	-0,489	-0,371	-2,896	0,005	1,201
Φροντίδα μητέρας	0,018	0,019	0,148	0,883	1,218
Φροντίδα πατέρα	-0,048	-0,058	-0,444	0,659	1,270
Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	-0,391	-0,325	-2,678	0,010	1,079

F (6,54) =3,189, p=0,009, R²=26,2%



Γράφημα 85: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Συναισθηματική αστάθεια» για άτομα με κινητική αναπηρία

9.2.4. Επίδραση στην Ευσυνειδησία

9.2.4.1. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών

Φύλο παιδιού

Σύμφωνα με τον Πίνακα 119, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το φύλο παιδιού στους παράγοντες της ευσυνειδησίας ($p \geq 0,518$).

Πίνακας 119: Σύγκριση παραγόντων ευσυνειδησίας ως προς το φύλο παιδιού

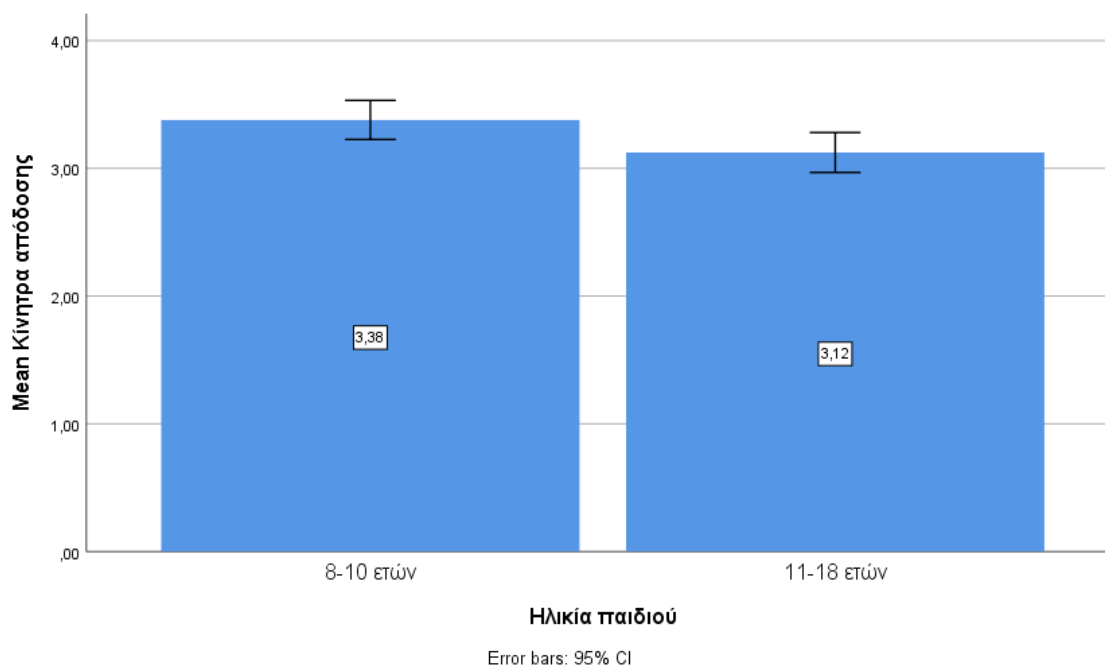
Παράγοντες	Φύλο παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Αγόρι	85	3,23	0,69	Z=-0,039	0,969
	Κορίτσι	94	3,24	0,64		
Επιμέλεια	Αγόρι	85	3,19	0,82	Z=-0,522	0,602
	Κορίτσι	94	3,23	0,72		
Κίνητρα απόδοσης	Αγόρι	85	3,28	0,76	t (177) =0,602	0,548
	Κορίτσι	94	3,21	0,74		
Σχολική επάρκεια	Αγόρι	85	3,36	0,88	Z=-0,646	0,518
	Κορίτσι	94	3,42	0,87		

Ηλικία παιδιού

Από τον Πίνακα 120 και Γράφημα 91, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την ηλικία παιδιού, στον παράγοντα «Κίνητρα απόδοσης» ($t(177) = 2,302, p=0,023$). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των παιδιών ηλικίας 8-10 ετών είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων είναι 11-18 ($M.O._{8-10}=3,38$ vs $M.O._{11-18}=3,12, p=0,023$).

Πίνακας 120: Σύγκριση παραγόντων ευσυνειδησίας ως προς την ηλικία παιδιού

Παράγοντες	Ηλικία παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	8-10 ετών	83	3,28	0,67	Z=-1,140	0,254
	11-18 ετών	96	3,20	0,65		
Επιμέλεια	8-10 ετών	83	3,15	0,79	Z=-0,793	0,428
	11-18 ετών	96	3,27	0,74		
Κίνητρα απόδοσης	8-10 ετών	83	3,38	0,70	t (177) = 2,302	0,023
	11-18 ετών	96	3,12	0,77		
Σχολική επάρκεια	8-10 ετών	83	3,31	0,85	Z=-1,223	0,221
	11-18 ετών	96	3,46	0,89		



Γράφημα 86: «Κίνητρα απόδοσης» ως προς την ηλικία παιδιού

Τόπος κατοικίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 121, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς τον τόπο κατοικίας στους παράγοντες της ευσυνειδησίας ($p \geq 0,104$).

Πίνακας 121: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς τον τόπο κατοικίας

Παράγοντες	Τόπος κατοικίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Αστική περιοχή	48	3,24	0,64	H (2, 170) =4,518	0,104
	Ημιαστική περιοχή	40	3,08	0,62		
	Αγροτική περιοχή	82	3,33	0,70		
Επιμέλεια	Αστική περιοχή	48	3,22	0,72	H (2, 170) =4,355	0,113
	Ημιαστική περιοχή	40	3,02	0,75		
	Αγροτική περιοχή	82	3,32	0,82		
Κίνητρα απόδοσης	Αστική περιοχή	48	3,20	0,73	F (2, 167) =1,831	0,163
	Ημιαστική περιοχή	40	3,08	0,71		
	Αγροτική περιοχή	82	3,35	0,78		
Σχολική επάρκεια	Αστική περιοχή	48	3,47	0,91	H (2, 170) =2,543	0,280
	Ημιαστική περιοχή	40	3,25	0,83		
	Αγροτική περιοχή	82	3,48	0,88		

Αδέλφια

Σύμφωνα με τον Πίνακα 122, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την ύπαρξη αδελφών στους παράγοντες της ευσυνειδησίας ($p \geq 0,213$).

Πίνακας 122: Σύγκριση παραγόντων ευσυνειδησίας ως προς την ύπαρξη αδελφών

Παράγοντες	Υπαρξη αδελφών	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Όχι	30	3,17	0,81	Z=-1,121	0,262
	Ναι	146	3,26	0,62		
Επιμέλεια	Όχι	30	3,09	0,93	Z=-1,246	0,213
	Ναι	146	3,24	0,72		
Κίνητρα απόδοσης	Όχι	30	3,28	0,85	t (174) = 0,211	0,833
	Ναι	146	3,25	0,71		
Σχολική επάρκεια	Όχι	30	3,29	1,06	Z=-0,860	0,390
	Ναι	146	3,43	0,83		

Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Σύμφωνα με τον Πίνακα 123, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της ευσυνειδησίας και του αριθμού ατόμων που ζουν στο σπίτι ($p \geq 0,410$).

Πίνακας 123: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της ευσυνειδησίας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Παράγοντες	Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι
Ευσυνειδησία	rho (177) = 0,012, p=0,871
Επιμέλεια	rho (177) = 0,027, p=0,725
Κίνητρα απόδοσης	rho (177) = -0,062, p=0,410
Σχολική επάρκεια	rho (177) = 0,041, p=0,584

9.2.4.2. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιώνΗλικία μητέρας και πατέρα

Από τον Πίνακα 124 προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της ευσυνειδησίας και της ηλικίας γονιών ($p > 0,05$).

Πίνακας 124: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της ευσυνειδησίας και της ηλικίας γονιών

Παράγοντες	Ηλικία μητέρας	Ηλικία πατέρα
Ευσυνειδησία	rho (173) = 0,026, p=0,735	rho (170) = 0,029, p=0,704
Επιμέλεια	rho (173) = 0,093, p=0,225	rho (173) = 0,105, p=0,175
Κίνητρα απόδοσης	rho (173) = -0,046, p=0,547	rho (173) = -0,009, p=0,792
Σχολική επάρκεια	rho (173) = 0,096, p=0,208	rho (173) = 0,094, p=0,221

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Από τον Πίνακα 125, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας στους παράγοντες «Ευσυνειδησία» ($H(4, 176) = 11,996, p = 0,017$), «Επιμέλεια» ($H(4, 176) = 12,262, p = 0,016$) και «Κίνητρα απόδοσης» ($F(4, 171) = 2,537, p = 0,042$).

Πίνακας 125: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Δεν πήγε σχολείο	14	3,08	0,70	H (4, 176) =11,996	0,017
	Δημοτικό	30	3,05	0,52		
	Γυμνάσιο	29	3,13	0,56		
	Λύκειο	43	3,19	0,78		
	Πανεπιστήμιο	60	3,46	0,63		
Επιμέλεια	Δεν πήγε σχολείο	14	3,03	0,83	H (4, 176) =12,262	0,016
	Δημοτικό	30	3,01	0,69		
	Γυμνάσιο	29	3,05	0,70		
	Λύκειο	43	3,19	0,85		
	Πανεπιστήμιο	60	3,46	0,72		
Κίνητρα απόδοσης	Δεν πήγε σχολείο	14	3,10	0,70	F (4, 171) =2,537	0,042
	Δημοτικό	30	3,00	0,51		
	Γυμνάσιο	29	3,13	0,70		
	Λύκειο	43	3,23	0,88		
	Πανεπιστήμιο	60	3,47	0,76		
Σχολική επάρκεια	Δεν πήγε σχολείο	14	3,12	0,99	H (4, 176) =5,568	0,234
	Δημοτικό	30	3,39	0,75		
	Γυμνάσιο	29	3,29	0,85		
	Λύκειο	43	3,26	0,99		
	Πανεπιστήμιο	60	3,62	0,81		

Στον παράγοντα «Ευσυνειδησία», ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι απόφοιτες Πανεπιστημίου ($M.O.=3,46$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των παιδιών των οποίων οι μητέρες δεν πήγαν σχολείο ($M.O.=3,08$, $p=0,048$), είναι απόφοιτες Δημοτικού ($M.O.=3,05$, $p=0,005$), Γυμνασίου ($M.O.=3,13$, $p=0,011$) και Λυκείου ($M.O.=3,19$, $p=0,043$).

Πίνακας 126: «Ευσυνειδησία» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Δημοτικό-Δεν πήγε σχολείο	1,833	0,911
Δημοτικό-Γυμνάσιο	-2,359	0,859
Δημοτικό-Λύκειο	-11,153	0,357
Δημοτικό-Πανεπιστήμιο	-31,750	0,005
Δεν πήγε σχολείο-Γυμνάσιο	-0,526	0,975
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο	-9,320	0,552
Δεν πήγε σχολείο-Πανεπιστήμιο	-29,917	0,048
Γυμνάσιο-Λύκειο	-8,794	0,473
Γυμνάσιο-Πανεπιστήμιο	-29,391	0,011
Λύκειο-Πανεπιστήμιο	-20,597	0,043

Στον παράγοντα «Επιμέλεια», ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι απόφοιτες Πανεπιστημίου ($M.O.=3,46$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι απόφοιτες Γυμνασίου ($M.O.=3,05$, $p=0,006$) και Δημοτικού ($M.O.=3,01$, $p=0,006$).

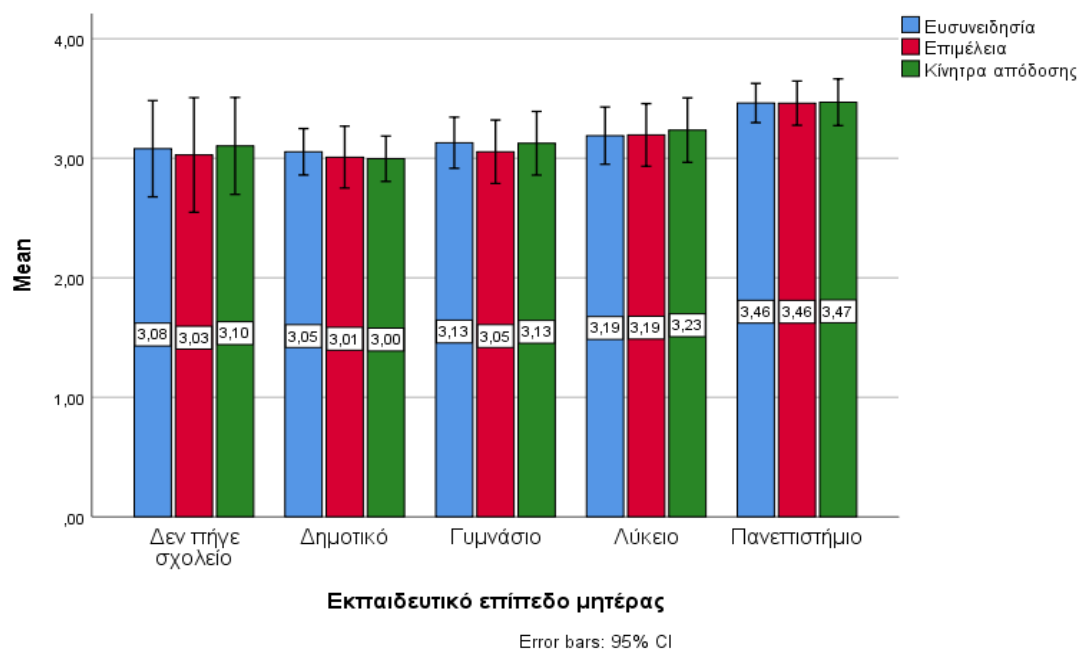
Πίνακας 127: «Επιμέλεια» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Γυμνάσιο-Δημοτικό	0,207	0,988
Γυμνάσιο-Δεν πήγε σχολείο	2,474	0,881
Γυμνάσιο-Λύκειο	-13,213	0,280
Γυμνάσιο-Πανεπιστήμιο	-31,574	0,006
Δημοτικό-Δεν πήγε σχολείο	2,267	0,891
Δημοτικό-Λύκειο	-13,005	0,283
Δημοτικό-Πανεπιστήμιο	-31,367	0,006
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο	-10,738	0,493
Δεν πήγε σχολείο-Πανεπιστήμιο	-29,100	0,054
Λύκειο-Πανεπιστήμιο	-18,362	0,071

Στον παράγοντα «Κίνητρα απόδοσης», ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι απόφοιτες Πανεπιστημίου είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι απόφοιτες Δημοτικού ($M.O. \text{ Πανεπιστήμιο}=3,47$ vs $M.O. \text{ Δημοτικό}=3,00$, $p=0,007$).

Πίνακας 128: «Κίνητρα απόδοσης» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Games Howell

Εκπ. επίπεδο μητέρας (1)	Εκπ. επίπεδο μητέρας (2)	M(1-2)	p-value
Δεν πήγε σχολείο	Δημοτικό	0,10705	0,985
	Γυμνάσιο	-0,02231	1,000
	Λύκειο	-0,13191	0,978
	Πανεπιστήμιο	-0,36554	0,440
Δημοτικό	Δεν πήγε σχολείο	-0,10705	0,985
	Γυμνάσιο	-0,12936	0,927
	Λύκειο	-0,23896	0,587
	Πανεπιστήμιο	-,47259*	0,007
Γυμνάσιο	Δεν πήγε σχολείο	0,02231	1,000
	Δημοτικό	0,12936	0,927
	Λύκειο	-0,10960	0,977
	Πανεπιστήμιο	-0,34323	0,229
Λύκειο	Δεν πήγε σχολείο	0,13191	0,978
	Δημοτικό	0,23896	0,587
	Γυμνάσιο	0,10960	0,977
	Πανεπιστήμιο	-0,23363	0,622
Πανεπιστήμιο	Δεν πήγε σχολείο	0,36554	0,440
	Δημοτικό	,47259*	0,007
	Γυμνάσιο	0,34323	0,229
	Λύκειο	0,23363	0,622



Γράφημα 87: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ευσυνειδησίας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Από τον Πίνακα 129, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα στους παράγοντες της ευσυνειδησίας ($p \geq 0,347$).

Πίνακας 129: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Δεν πήγε σχολείο	12	3,17	0,66	H (4, 177) =2,191	0,701
	Δημοτικό	21	3,28	0,60		
	Γυμνάσιο	23	3,20	0,72		
	Λύκειο	61	3,16	0,65		
	Πανεπιστήμιο	60	3,33	0,68		
Επιμέλεια	Δεν πήγε σχολείο	12	3,18	0,79	H (4, 177) =2,384	0,666
	Δημοτικό	21	3,21	0,69		
	Γυμνάσιο	23	3,14	0,84		
	Λύκειο	61	3,13	0,75		
	Πανεπιστήμιο	60	3,33	0,79		
Κίνητρα απόδοσης	Δεν πήγε σχολείο	12	3,08	0,66	F (4, 172) =0,460	0,765
	Δημοτικό	21	3,20	0,69		
	Γυμνάσιο	23	3,20	0,78		
	Λύκειο	61	3,22	0,83		
	Πανεπιστήμιο	60	3,34	0,71		
Σχολική επάρκεια	Δεν πήγε σχολείο	12	3,28	1,02	H (4, 177) =4,463	0,347
	Δημοτικό	21	3,70	0,65		
	Γυμνάσιο	23	3,33	0,98		
	Λύκειο	61	3,27	0,82		
	Πανεπιστήμιο	60	3,48	0,92		

Επάγγελμα μητέρας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 130, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το επάγγελμα μητέρας στους παράγοντες της ευσυνειδησίας ($p \geq 0,733$).

Πίνακας 130: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς το επάγγελμα μητέρας

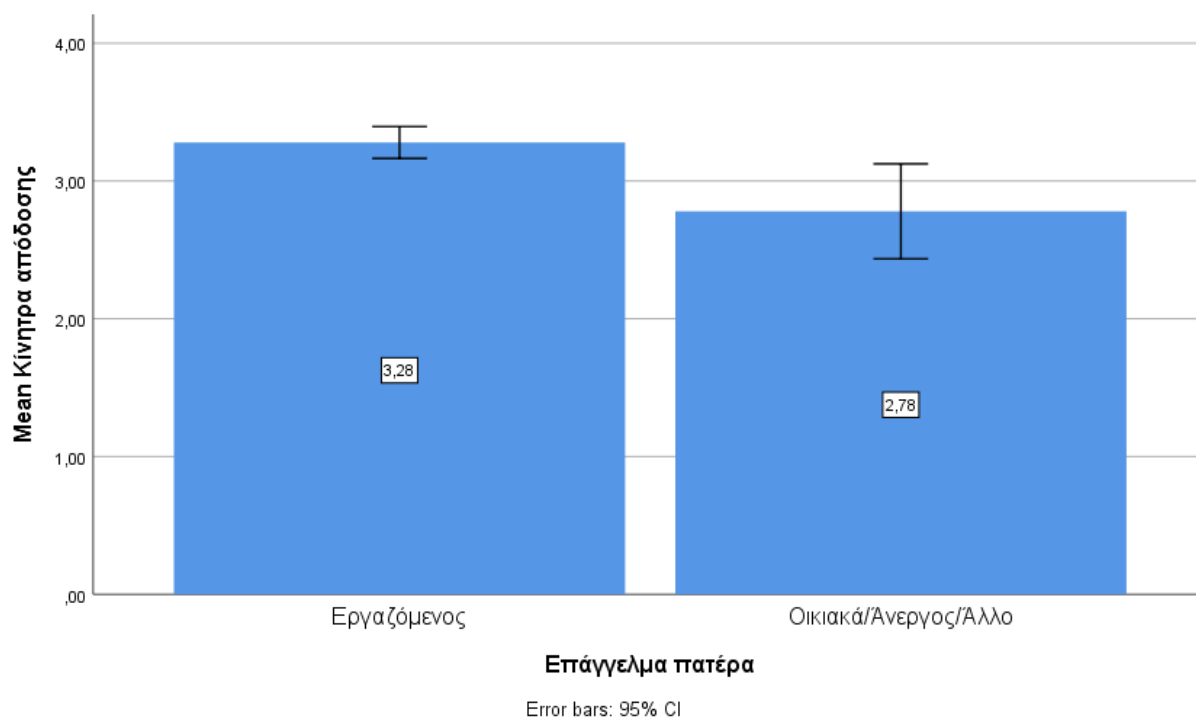
Παράγοντες	Επάγγελμα μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,27	0,61	H (3, 175) =0,292	0,961
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,25	0,69		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,31	0,72		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,18	0,65		
Επιμέλεια	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,24	0,69	H (3, 175) =0,115	0,990
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,21	0,88		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,31	0,75		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,17	0,72		
Κίνητρα απόδοσης	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,29	0,75	F (3, 171) =0,428	0,733
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,22	0,72		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,34	0,78		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,16	0,75		
Σχολική επάρκεια	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,47	0,83	H (3, 175) =0,300	0,960
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,41	0,93		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,41	0,90		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,35	0,83		

Επάγγελμα πατέρα

Από τον Πίνακα 131, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων στις κατηγορίες του επαγγέλματος πατέρα στα «Κίνητρα απόδοσης» με υψηλότερες τιμές να εμφανίζονται στα παιδιά των οποίων οι πατέρες εργάζονται ($M.O.=3,28$) σε σύγκριση με τις τιμές των παιδιών των οποίων οι πατέρες ασχολούνται με οικιακά, είναι άνεργοι ή έχουν άλλη επαγγελματική κατάσταση ($M.O.=2,78$, $p=0,040$).

Πίνακας 131: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς το επάγγελμα πατέρα

Παράγοντες	Επάγγελμα πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Εργαζόμενος	165	3,26	0,67	Z =-1,112	0,266
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	3,03	0,39		
Επιμέλεια	Εργαζόμενος	165	3,23	0,77	Z =-0,916	0,359
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	3,01	0,49		
Κίνητρα απόδοσης	Εργαζόμενος	165	3,28	0,75	t (173) = 2,072	0,040
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,78	0,48		
Σχολική επάρκεια	Εργαζόμενος	165	3,40	0,88	Z =-0,232	0,817
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	3,47	0,44		



Γράφημα 88: «Κίνητρα απόδοσης» ως προς το επάγγελμα πατέρα

Οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Από τον Πίνακα 132, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας στους παράγοντες «Ευσυνειδησία» ($H(3, 176) = 15,322, p = 0,002$), «Επιμέλεια» ($H(3, 176) = 9,195, p = 0,027$) και «Κίνητρα απόδοσης» ($F(3, 172) = 6,241, p < 0,001$).

Πίνακας 132: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Παντρεμένη	126	3,36	0,66	$H(3, 176) = 15,322$	0,002
	Διαζευγμένη	21	3,10	0,45		
	Σε διάσταση	20	2,79	0,67		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,91	0,41		
Επιμέλεια	Παντρεμένη	126	3,33	0,78	$H(3, 176) = 9,195$	0,027
	Διαζευγμένη	21	3,01	0,58		
	Σε διάσταση	20	2,89	0,77		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,82	0,58		
Κίνητρα απόδοσης	Παντρεμένη	126	3,38	0,75	$F(3, 172) = 6,241$	<0,001
	Διαζευγμένη	21	3,14	0,59		
	Σε διάσταση	20	2,72	0,71		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,80	0,51		
Σχολική επάρκεια	Παντρεμένη	126	3,50	0,85	$H(3, 176) = 6,886$	0,076
	Διαζευγμένη	21	3,25	0,73		
	Σε διάσταση	20	2,92	1,00		
	Ξαναπαντρεμένη	9	3,43	0,62		

Στον παράγοντα «Ευσυνειδησία» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι παντρεμένες ($M.O.=3,36$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι σε διάσταση ($M.O.=2,79, p=0,001$) και ξαναπαντρεμένες ($M.O.=2,91, p=0,046$).

Πίνακας 133: «Ευσυνειδησία» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni

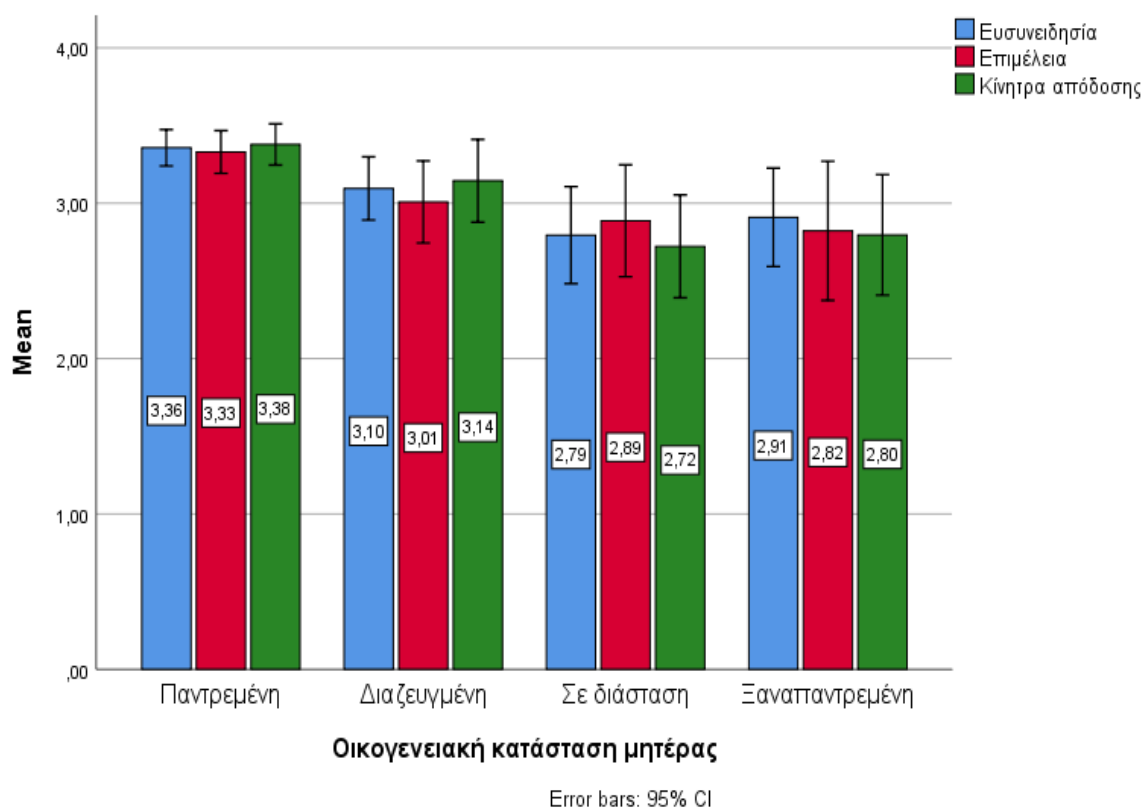
Οικογ. Κατ. μητέρας 1- Οικογ. Κατ. μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Σε διάσταση-Ξαναπαντρεμένη	-6,686	0,744
Σε διάσταση-Διαζευγμένη	23,385	0,142
Σε διάσταση-Παντρεμένη	41,825	0,001
Ξαναπαντρεμένη-Διαζευγμένη	16,698	0,411
Ξαναπαντρεμένη-Παντρεμένη	35,139	0,046
Διαζευγμένη-Παντρεμένη	18,440	0,125

Στον παράγοντα «Επιμέλεια» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι σε διάσταση είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι παντρεμένες ($M.O. Σε διάσταση=2,89$ vs $M.O. Παντρεμένη=3,33, p=0,023$).

Πίνακας 134: «Επιμέλεια» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni

Οικογ. Κατ. μητέρας 1- Οικογ. Κατ. μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Ξαναπαντρεμένη-Σε διάσταση	4,269	0,835
Ξαναπαντρεμένη-Διαζευγμένη	12,468	0,539
Ξαναπαντρεμένη-Παντρεμένη	32,087	0,068
Σε διάσταση-Διαζευγμένη	8,199	0,606
Σε διάσταση-Παντρεμένη	27,818	0,023
Διαζευγμένη-Παντρεμένη	19,619	0,102

Στον παράγοντα «Κίνητρα απόδοσης» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι παντρεμένες ($M.O.=3,38$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι σε διάσταση ($M.O.=2,72, p<0,001$) και ξαναπαντρεμένες ($M.O.=2,80, p=0,020$).



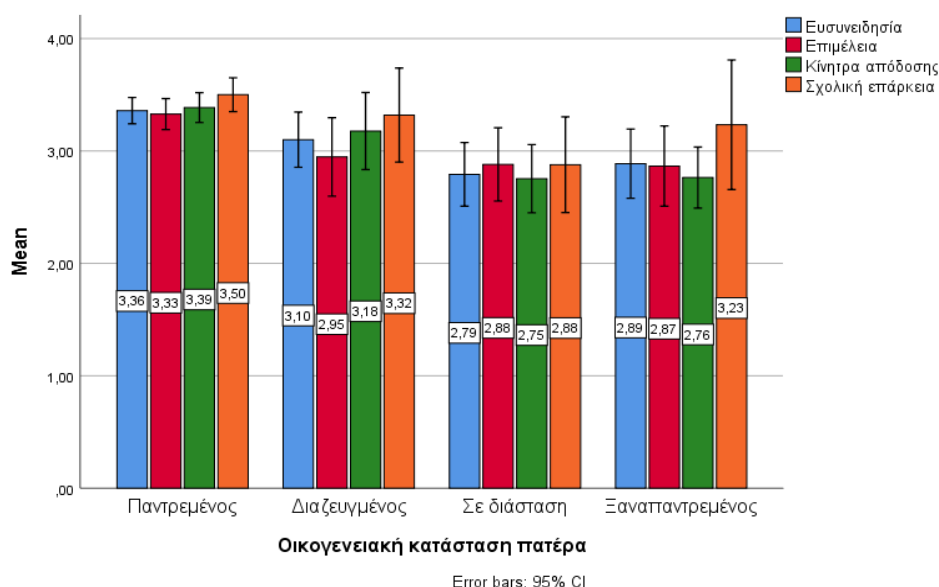
Γράφημα 89: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ευσυνειδησίας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Πίνακας 135: «Κίνητρα απόδοσης» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc LSD

Οικογ. Κατ. μητέρας (1)	Οικογ. Κατ. μητέρας (2)	M (1-2)	p-value
Παντρεμένη	Διαζευγμένη	0,23402	0,170
	Σε διάσταση	,65624*	<0,001
	Ξαναπαντρεμένη	,58216*	0,020
	Δε ζει/ απεβίωσε	0,21179	0,680
Διαζευγμένη	Παντρεμένη	-0,23402	0,170
	Σε διάσταση	0,42222	0,062
	Ξαναπαντρεμένη	0,34815	0,226
	Δε ζει/ απεβίωσε	-0,02222	0,967
Σε διάσταση	Παντρεμένη	-,65624*	<0,001
	Διαζευγμένη	-0,42222	0,062
	Ξαναπαντρεμένη	-0,07407	0,798
	Δε ζει/ απεβίωσε	-0,44444	0,406
Ξαναπαντρεμένη	Παντρεμένη	-,58216*	0,020
	Διαζευγμένη	-0,34815	0,226
	Σε διάσταση	0,07407	0,798
	Δε ζει/ απεβίωσε	-0,37037	0,511
Δε ζει/ απεβίωσε	Παντρεμένη	-0,21179	0,680
	Διαζευγμένη	0,02222	0,967
	Σε διάσταση	0,44444	0,406
	Ξαναπαντρεμένη	0,37037	0,511

Οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Από τον Πίνακα 136, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα στους παράγοντες «Ευσυνειδησία» ($H(3, 173) = 17,815, p < 0,001$), «Επιμέλεια» ($H(3, 173) = 10,656, p = 0,014$), «Κίνητρα απόδοσης» ($F(3, 169) = 6,787, p < 0,001$) και «Σχολική επάρκεια» ($H(3, 173) = 8,319, p = 0,040$).



Γράφημα 90: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, στους παράγοντες της ευσυνειδησίας

Πίνακας 136: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Παράγοντες	Οικог. Κατ. πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Παντρεμένος	124	3,36	0,66	$H(3, 173) = 17,815$	<0,001
	Διαζευγμένος	16	3,10	0,46		
	Σε διάσταση	22	2,79	0,64		
	Ξαναπαντρεμένος	11	2,89	0,46		
Επιμέλεια	Παντρεμένος	124	3,33	0,77	$H(3, 173) = 10,656$	0,014
	Διαζευγμένος	16	2,95	0,65		
	Σε διάσταση	22	2,88	0,74		
	Ξαναπαντρεμένος	11	2,87	0,53		
Κίνητρα απόδοσης	Παντρεμένος	124	3,39	0,75	$F(3, 169) = 6,787$	<0,001
	Διαζευγμένος	16	3,18	0,64		
	Σε διάσταση	22	2,75	0,68		
	Ξαναπαντρεμένος	11	2,76	0,40		
Σχολική επάρκεια	Παντρεμένος	124	3,50	0,85	$H(3, 173) = 8,319$	0,040
	Διαζευγμένος	16	3,32	0,79		
	Σε διάσταση	22	2,88	0,96		
	Ξαναπαντρεμένος	11	3,23	0,86		

Στον παράγοντα «Ευσυνειδησία» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι παντρεμένοι ($M.O.=3,36$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι σε διάσταση ($M.O.=2,79, p<0,001$) και ξαναπαντρεμένοι ($M.O.=2,89, p=0,016$).

Πίνακας 137: «Ευσυνειδησία» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni

Οικογ. Κατ. πατέρα 1-Οικογ. Κατ. πατέρα 2	Στατιστικό	p-value
Σε διάσταση-Ξαναπαντρεμένος	-4,159	0,822
Σε διάσταση-Διαζευγμένος	24,997	0,129
Σε διάσταση-Παντρεμένος	42,224	<0,001
Ξαναπαντρεμένος-Διαζευγμένος	20,838	0,288
Ξαναπαντρεμένος-Παντρεμένος	38,065	0,016
Διαζευγμένος-Παντρεμένος	17,227	0,195

Στον παράγοντα «Επιμέλεια» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι παντρεμένοι ($M.O.=3,33$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι σε διάσταση ($M.O.=2,88, p=0,013$) και ξαναπαντρεμένοι ($M.O.=2,87, p=0,048$).

Πίνακας 138: «Επιμέλεια» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni

Οικογ. Κατ. πατέρα 1-Οικογ. Κατ. πατέρα 2	Στατιστικό	p-value
Ξαναπαντρεμένος-Σε διάσταση	2,364	0,898
Ξαναπαντρεμένος-Διαζευγμένος	8,395	0,669
Ξαναπαντρεμένος-Παντρεμένος	31,093	0,048
Σε διάσταση-Διαζευγμένος	6,031	0,714
Σε διάσταση-Παντρεμένος	28,730	0,013
Διαζευγμένος-Παντρεμένος	22,699	0,088

Στον παράγοντα «Κίνητρα απόδοσης» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι παντρεμένοι ($M.O.=3,39$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι σε διάσταση ($M.O.=2,75, p<0,001$) και ξαναπαντρεμένοι ($M.O.=2,76, p=0,006$).

Πίνακας 139: «Κίνητρα απόδοσης» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc LSD

Οικογ. Κατ. πατέρα (1)	Οικογ. Κατ. πατέρα (2)	M (1-2)	p-value
Παντρεμένος	Διαζευγμένος	0,20901	0,273
	Σε διάσταση	,63255*	<0,001
	Ξαναπαντρεμένος	,62245*	0,006
Διαζευγμένος	Παντρεμένος	-0,20901	0,273
	Σε διάσταση	0,42355	0,073
	Ξαναπαντρεμένος	0,41345	0,142
Σε διάσταση	Παντρεμένος	-,63255*	<0,001
	Διαζευγμένος	-0,42355	0,073
	Ξαναπαντρεμένος	-0,01010	0,970
Ξαναπαντρεμένος	Παντρεμένος	-,62245*	0,006
	Διαζευγμένος	-0,41345	0,142
	Σε διάσταση	0,01010	0,970

Στον παράγοντα «Σχολική επάρκεια» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι σε διάσταση είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι παντρεμένοι ($M.O.$ Σε διάσταση=2,88 vs $M.O.$ Παντρεμένος=3,50, $p=0,005$).

Πίνακας 140: «Σχολική επάρκεια» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni

Οικογ. Κατ. πατέρα 1-Οικογ. Κατ. πατέρα 2	Στατιστικό	p-value
Σε διάσταση-Ξαναπαντρεμένος	-19,023	0,303
Σε διάσταση-Διαζευγμένος	22,520	0,171
Σε διάσταση-Παντρεμένος	32,537	0,005
Ξαναπαντρεμένος-Διαζευγμένος	3,497	0,858
Ξαναπαντρεμένος-Παντρεμένος	13,514	0,391
Διαζευγμένος-Παντρεμένος	10,017	0,451

9.2.4.3. Επίδραση αναπηρίας παιδιών

Είδος αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 141, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το είδος αναπηρίας στους παράγοντες της ευσυνειδησίας ($p \geq 0,291$).

Πίνακας 141: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς το είδος αναπηρίας

Παράγοντες	Είδος αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Οπτική αναπηρία	54	3,31	0,78	H (2, 179) =1,002	0,606
	Ακουστική αναπηρία	63	3,18	0,55		
	Κινητική αναπηρία	62	3,22	0,65		
Επιμέλεια	Οπτική αναπηρία	54	3,27	0,84	H (2, 179) =1,496	0,473
	Ακουστική αναπηρία	63	3,11	0,70		
	Κινητική αναπηρία	62	3,27	0,76		
Κίνητρα απόδοσης	Οπτική αναπηρία	54	3,37	0,80	F (2,176) =1,244	0,291
	Ακουστική αναπηρία	63	3,17	0,69		
	Κινητική αναπηρία	62	3,20	0,75		
Σχολική επάρκεια	Οπτική αναπηρία	54	3,38	0,98	H (2, 179) =1,015	0,602
	Ακουστική αναπηρία	63	3,47	0,73		
	Κινητική αναπηρία	62	3,32	0,92		

Κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 142, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας στους παράγοντες της ευσυνειδησίας ($p \geq 0,430$).

Πίνακας 142: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Μερικώς βλέποντας	26	3,29	0,69	Z=-0,043	0,965
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,32	0,88		
Επιμέλεια	Μερικώς βλέποντας	26	3,27	0,66	Z=-0,581	0,562
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,26	1,00		
Κίνητρα απόδοσης	Μερικώς βλέποντας	26	3,39	0,77	t (52) =0,135	0,893
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,36	0,84		
Σχολική επάρκεια	Μερικώς βλέποντας	26	3,27	0,91	Z=-0,789	0,430
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,48	1,05		

Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 143, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας στους παράγοντες της ευσυνειδησίας ($p \geq 0,385$).

Πίνακας 143: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Αγωγή	20	3,21	0,53	H (2, 63) =1,002	0,606
	Νευροαισθητήρια	22	3,10	0,54		
	Μεικτή	21	3,25	0,59		
Επιμέλεια	Αγωγή	20	3,10	0,65	H (2, 63) =0,796	0,672
	Νευροαισθητήρια	22	3,02	0,71		
	Μεικτή	21	3,21	0,74		
Κίνητρα απόδοσης	Αγωγή	20	3,21	0,65	F (2, 60) =0,971	0,385
	Νευροαισθητήρια	22	3,01	0,59		
	Μεικτή	21	3,30	0,82		
Σχολική επάρκεια	Αγωγή	20	3,50	0,65	H (2, 63) =0,559	0,756
	Νευροαισθητήρια	22	3,38	0,78		
	Μεικτή	21	3,54	0,78		

Βαθμός ακουστικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 144, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας στους παράγοντες της ευσυνειδησίας ($p \geq 0,264$).

Πίνακας 144: Συσχέτιση των παραγόντων της ευσυνειδησίας με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντας	Βαθμός ακουστικής αναπηρίας
Ευσυνειδησία	rho (63) = -0,013, $p=0,920$
Επιμέλεια	rho (63) = 0,009, $p=0,944$
Κίνητρα απόδοσης	rho (63) = 0,143, $p=0,264$
Σχολική επάρκεια	rho (63) = -0,133, $p=0,297$

Κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 144, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας στους παράγοντες της ευσυνειδησίας ($p \geq 0,059$).

Πίνακας 145: Σύγκριση των παραγόντων της ευσυνειδησίας ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Ευσυνειδησία	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	3,11	0,63	Z=-1,528	0,126
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,34	0,67		
Επιμέλεια	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	3,28	0,75	Z=-0,063	0,949
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,26	0,78		
Κίνητρα απόδοσης	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	3,02	0,69	t (60) =-1,929	0,059
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,38	0,78		
Σχολική επάρκεια	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	3,15	0,94	Z=-1,558	0,119
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,48	0,88		

9.2.4.4. Επίδραση PBI

Από τον Πίνακα 146, προκύπτει ότι:

- ❖ Η «Φροντίδα μητέρας» και η «Φροντίδα πατέρα» συσχετίστηκαν θετικά με όλους τους παράγοντες της ευσυνειδησίας.
- ❖ Η «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» και η «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» συσχετίστηκε αρνητικά με όλους τους παράγοντες της ευσυνειδησίας.

Πίνακας 146: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της Ευσυνειδησίας

Παράγοντες	Φροντίδα μητέρας	Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Υπερπροστατευτικότητα πατέρα
Ευσυνειδησία	,402**	-,319**	,440**	-,275**
Επιμέλεια	,363**	-,256**	,402**	-,257**
Κίνητρα απόδοσης	,360**	-,339**	,383**	-,285**
Σχολική επάρκεια	,350**	-,181*	,327**	-,169*

**p<0,01, *p<0,05

9.2.4.5. Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων

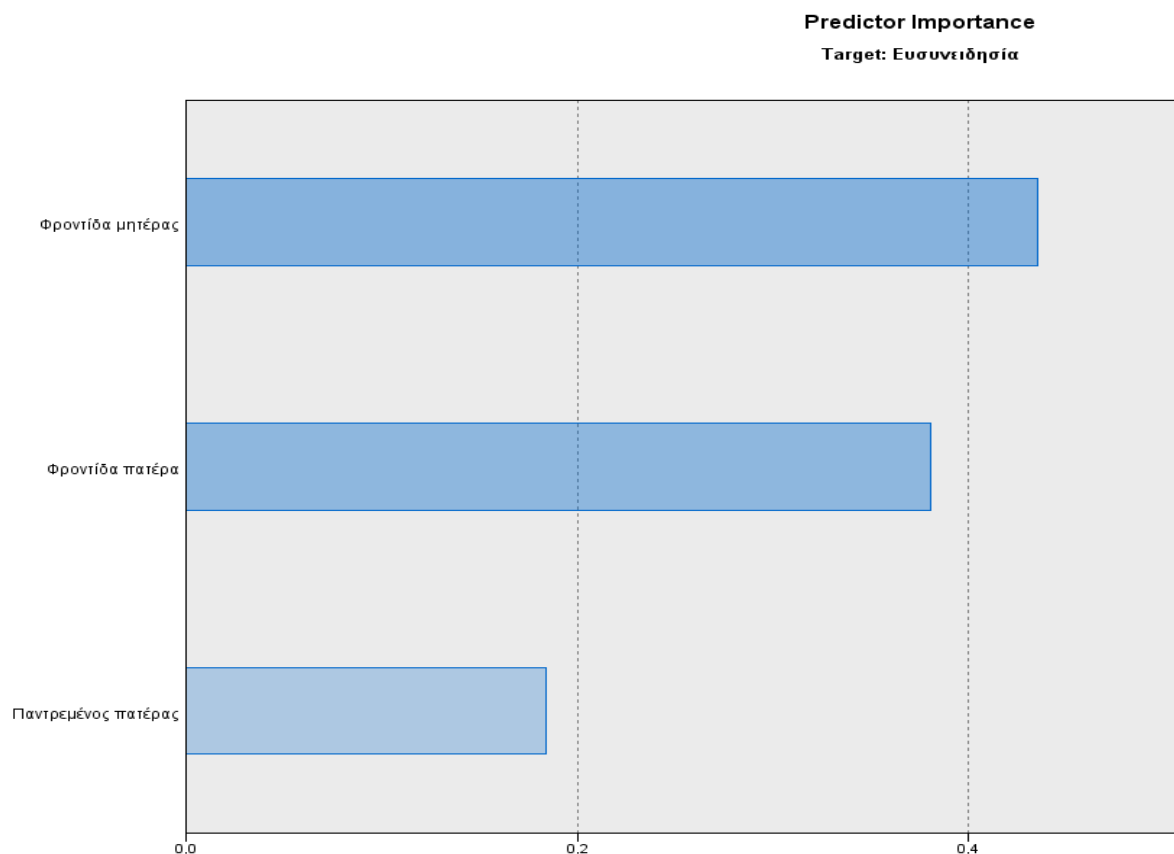
Ευσυνειδησία

Στον Πίνακα 147 και Γράφημα 96, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Ευσυνειδησία» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η οικογενειακή κατάσταση του πατέρα και συγκεκριμένα αν είναι παντρεμένος ($\beta=0,190$, $t=2,845$, $p=0,005$, 18% επίδραση), η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,204$, $t=2,751$, $p=0,007$, 44% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,218$, $t=3,027$, $p=0,003$, 38% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,912 < 3$).

Πίνακας 147: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Ευσυνειδησία»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,278	-	5,922	<0,001	-
Πανεπιστήμιο (μητέρα)	0,180	0,128	1,940	0,054	1,108
Παντρεμένος πατέρας	0,280	0,190	2,845	0,005	1,127
Φροντίδα μητέρας	0,239	0,204	2,751	0,007	1,389
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,194	-0,164	-1,887	0,061	1,912
Φροντίδα πατέρα	0,204	0,218	3,027	0,003	1,305
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,051	-0,047	-0,549	0,584	1,884

F(6, 164)=14,774, $p<0,001$, $R^2=35,1\%$



Γράφημα 91: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Ευσυνειδησία»

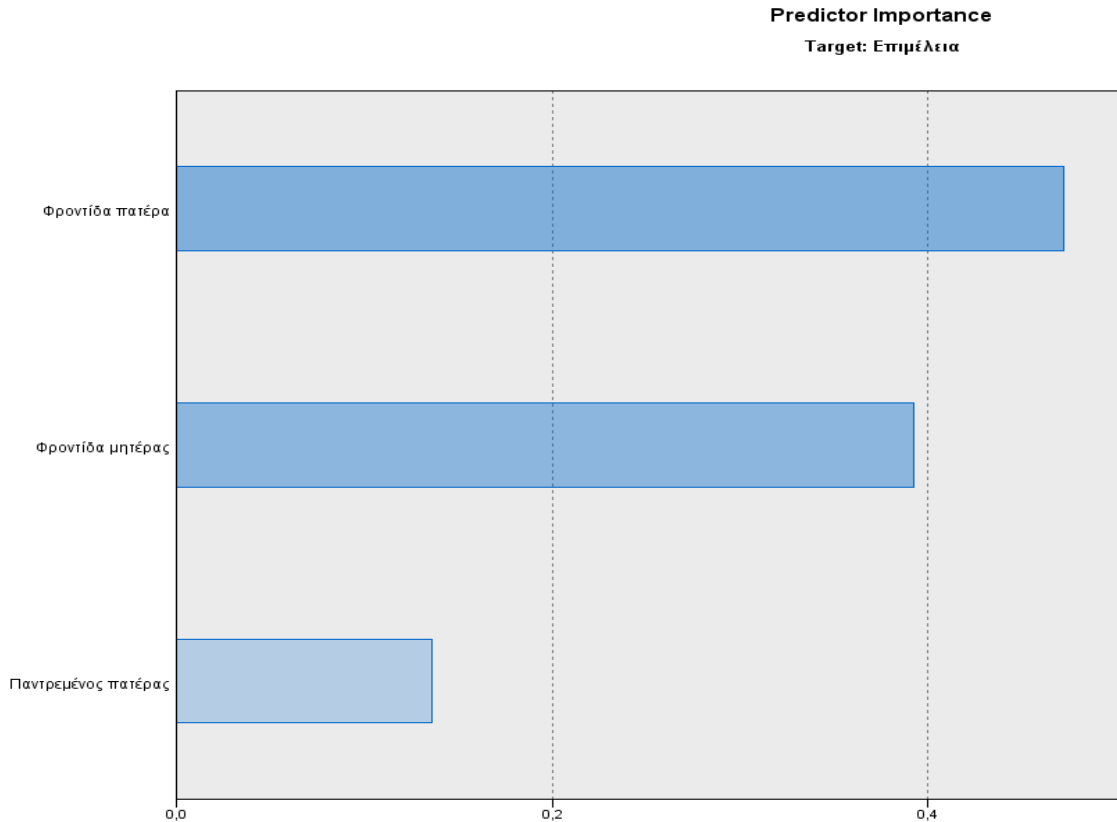
Επιμέλεια

Στον Πίνακα 148 και Γράφημα 97, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Επιμέλεια» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν ο «Παντρεμένος πατέρας» ($\beta=0,154$, $t=2,197$, $p=0,029$, 14% επίδραση), η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,176$, $t=2,274$, $p=0,024$, 39% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,227$, $t=3,014$, $p=0,003$, 47% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,912 < 3$).

Πίνακας 148: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Επιμέλεια»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,133	-	4,569	<0,001	-
Πανεπιστήμιο (μητέρα)	0,204	0,125	1,807	0,073	1,108
Παντρεμένος πατέρας	0,262	0,154	2,197	0,029	1,127
Φροντίδα μητέρας	0,240	0,176	2,274	0,024	1,389
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,144	-0,105	-1,158	0,248	1,912
Φροντίδα πατέρα	0,246	0,227	3,014	0,003	1,305
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,100	-0,080	-0,886	0,377	1,884

$F(6, 169)=11,010$, $p<0,001$, $R^2=28,1\%$



Γράφημα 92: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Επιμέλεια»

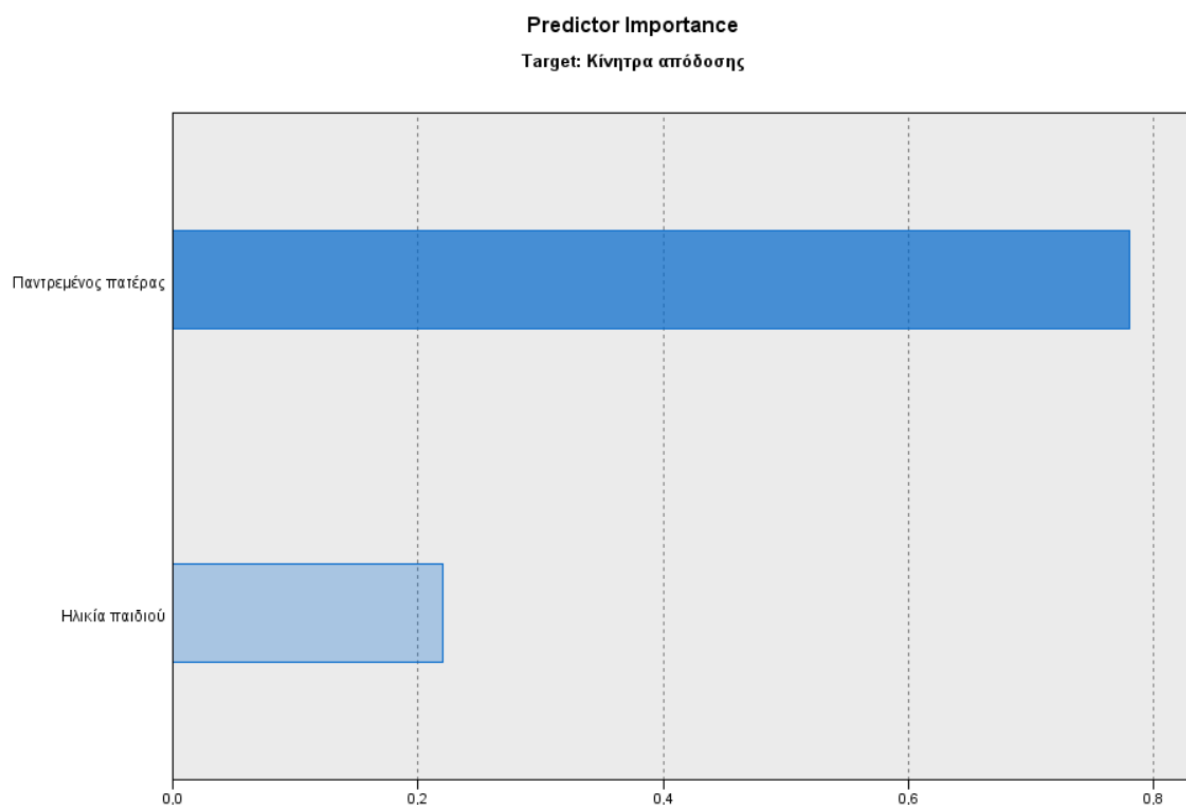
Κίνητρα απόδοσης

Στον Πίνακα 149 και Γράφημα 98, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα «Κίνητρα απόδοσης» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η «ηλικία παιδιού» ($\beta = -0,182$, $t = -2,699$, $p = 0,008$, 22% επίδραση) και ο «παντρεμένος πατέρας» ($\beta = 0,183$, $t = 2,651$, $p = 0,009$, 78% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,949 < 3$).

Πίνακας 149: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα «Κίνητρα απόδοσης»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	3,504	-	6,472	<0,001	-
Ηλικία παιδιού	-0,274	-0,182	-2,699	0,008	1,072
Πανεπιστήμιο (μητέρα)	0,149	0,094	1,358	0,176	1,125
Οικιακά/Ανεργός/Άλλο (πατέρας)	-0,380	-0,114	-1,705	0,090	1,056
Παντρεμένος πατέρας	0,305	0,183	2,651	0,009	1,117
Φροντίδα μητέρας	0,197	0,147	1,910	0,058	1,385
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,224	-0,167	-1,855	0,065	1,914
Φροντίδα πατέρα	0,102	0,095	1,251	0,213	1,359
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,182	-0,148	-1,629	0,105	1,949

$F(8, 159) = 9,539$, $p < 0,001$, $R^2 = 32,4\%$



Γράφημα 93: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Κίνητρα απόδοσης»

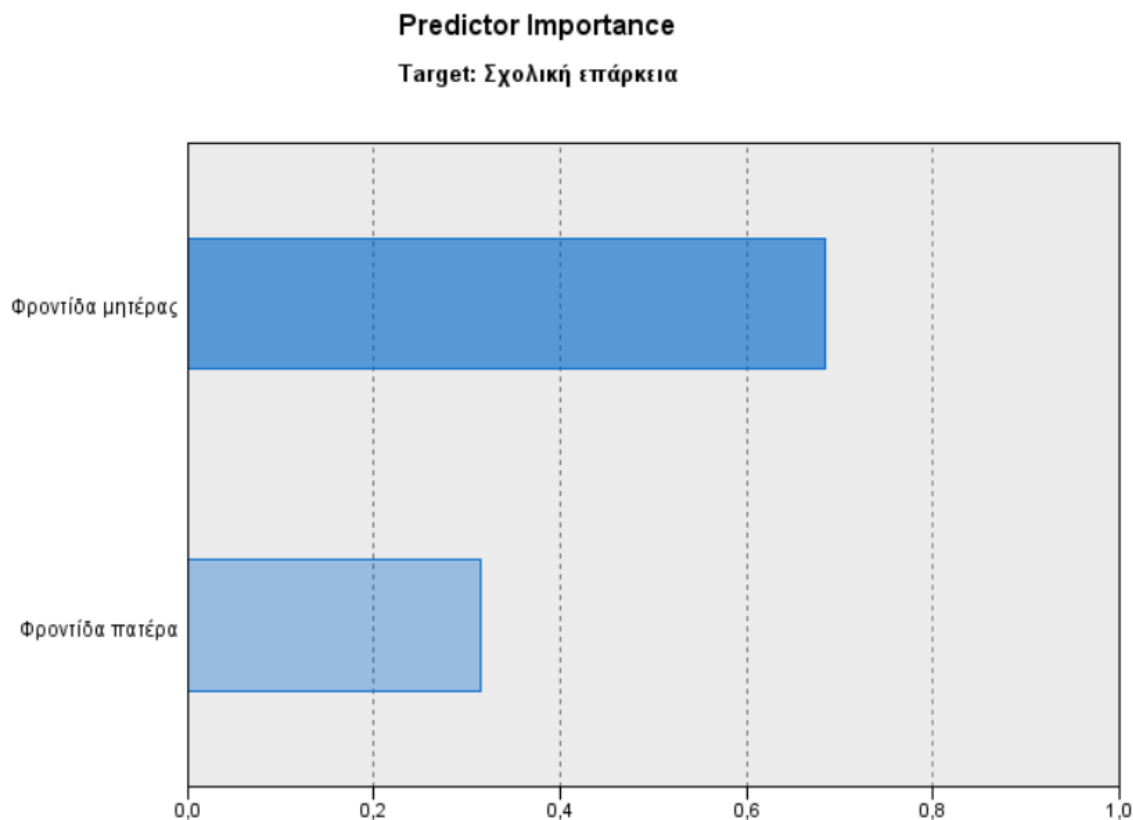
Σχολική επάρκεια

Στον Πίνακα 150 και Γράφημα 99, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Σχολική επάρκεια» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,237$, $t=2,936$, $p=0,004$, 68% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,157$, $t=1,978$, $p=0,049$, 32% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,850 < 3$).

Πίνακας 150: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Σχολική επάρκεια»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,038		3,607	<0,001	
Φροντίδα μητέρας	0,367	0,237	2,936	0,004	1,342
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,235	-0,150	-1,587	0,114	1,848
Φροντίδα πατέρα	0,196	0,157	1,978	0,049	1,301
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	0,062	0,044	0,459	0,647	1,850
Παντρεμένος πατέρας	0,191	0,099	1,336	0,183	1,122

$F(5, 173)=7,689$, $p<0,001$, $R^2=18,2\%$



Γράφημα 94: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Σχολική επάρκεια»

9.2.5. Επίδραση στην Προσήνεια

9.2.5.1. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών

Φύλο παιδιού

Από τον Πίνακα 151, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το φύλο παιδιού στους παράγοντες της προσήνειας ($p \geq 0,142$).

Πίνακας 151: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το φύλο παιδιού

Παράγοντες	Φύλο παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Αγόρι	85	3,29	0,64	Z=-0,657	0,511
	Κορίτσι	94	3,22	0,62		
Συμμόρφωση	Αγόρι	85	3,29	0,84	t (177) = 0,473	0,637
	Κορίτσι	94	3,24	0,75		
Εγκαρδιότητα	Αγόρι	85	3,37	0,81	t (177) = 1,475	0,142
	Κορίτσι	94	3,19	0,79		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Αγόρι	85	3,15	0,63	t (177) = 0,585	0,559
	Κορίτσι	94	3,10	0,67		

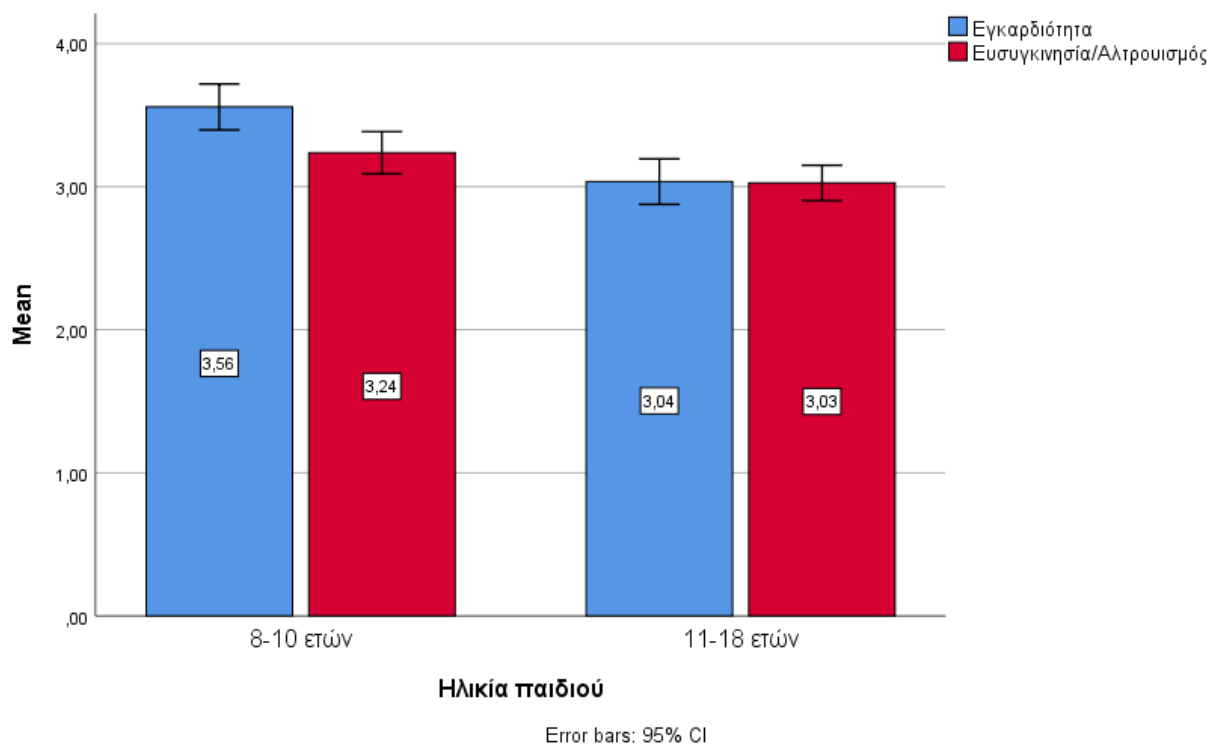
Ηλικία παιδιού

Από τον Πίνακα 152 και Γράφημα 100, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την ηλικία παιδιού στους παράγοντες «Εγκαρδιότητα» ($t(177) = 4,572, p < 0,001$) και «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ($t(177) = 2,206, p = 0,029$).

Πίνακας 152: Σύγκριση παραγόντων προσήνειας ως προς την ηλικία παιδιού

Παράγοντες	Ηλικία παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	8-10 ετών	83	3,34	0,67	Z=-1,568	0,117
	11-18 ετών	96	3,17	0,58		
Συμμόρφωση	8-10 ετών	83	3,26	0,88	$t(177) = -0,037$	0,971
	11-18 ετών	96	3,27	0,72		
Εγκαρδιότητα	8-10 ετών	83	3,56	0,73	$t(177) = 4,572$	<0,001
	11-18 ετών	96	3,04	0,78		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	8-10 ετών	83	3,24	0,67	$t(177) = 2,206$	0,029
	11-18 ετών	96	3,03	0,61		

Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των παιδιών ηλικίας 11-18 ετών είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο των παιδιών 8-10 ετών στους παράγοντες «Εγκαρδιότητα» ($M.O._{11-18} = 3,04$ vs $M.O._{8-10} = 3,56, p < 0,001$) και «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ($M.O._{11-18} = 3,03$ vs $M.O._{8-10} = 3,24, p = 0,029$).



Γράφημα 95: Στατιστικά σημαντικές διαφορές προσήνειας ως προς την ηλικία παιδιού

Τόπος κατοικίας

Από τον Πίνακα 153 και Γράφημα 101, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον τόπο κατοικίας στους παράγοντες «Προσήνεια» ($H(2, 170) = 13,348, p=0,001$), «Συμμόρφωση» ($F(2, 167) = 3,262, p=0,041$), «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ($F(2, 167) = 7,348, p=0,001$).

Πίνακας 153: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς τον τόπο κατοικίας

Παράγοντες	Τόπος κατοικίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστική	p-value
Προσήνεια	Αστική περιοχή	48	3,16	0,65	$H(2, 170) = 13,348$	0,001
	Ημιαστική περιοχή	40	3,04	0,57		
	Αγροτική περιοχή	82	3,42	0,63		
Συμμόρφωση	Αστική περιοχή	48	3,24	0,87	$F(2, 167) = 3,262$	0,041
	Ημιαστική περιοχή	40	3,04	0,75		
	Αγροτική περιοχή	82	3,42	0,77		
Εγκαρδιότητα	Αστική περιοχή	48	3,21	0,86	$F(2, 167) = 0,525$	0,593
	Ημιαστική περιοχή	40	3,25	0,72		
	Αγροτική περιοχή	82	3,35	0,82		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Αστική περιοχή	48	3,02	0,65	$F(2, 167) = 7,348$	0,001
	Ημιαστική περιοχή	40	2,88	0,59		
	Αγροτική περιοχή	82	3,32	0,65		

Στον παράγοντα «Προσήνεια» ο μέσος όρος των παιδιών που κατοικούν σε αγροτική περιοχή ($M.O. = 3,42$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων κατοικούν σε ημιαστική περιοχή ($M.O. = 3,04, p=0,001$) και αστική ($M.O. = 3,16, p=0,013$).

Πίνακας 154: «Προσήνεια» ως προς τον τόπο κατοικίας, Post Hoc Bonferroni

Τόπος κατοικίας 1-Τόπος κατοικίας 2	Στατιστικό	p-value
Ημιαστική περιοχή-Αστική περιοχή	9,898	0,347
Ημιαστική περιοχή-Αγροτική περιοχή	-32,067	0,001
Αστική περιοχή-Αγροτική περιοχή	-22,169	0,013

Στον παράγοντα «Συμμόρφωση» ο μέσος όρος των παιδιών που κατοικούν σε αγροτική περιοχή είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων κατοικούν σε ημιαστική περιοχή ($M.O. \text{ Αγροτική περιοχή} = 3,42$ vs $M.O. \text{ Ημιαστική περιοχή} = 3,04, p=0,013$).

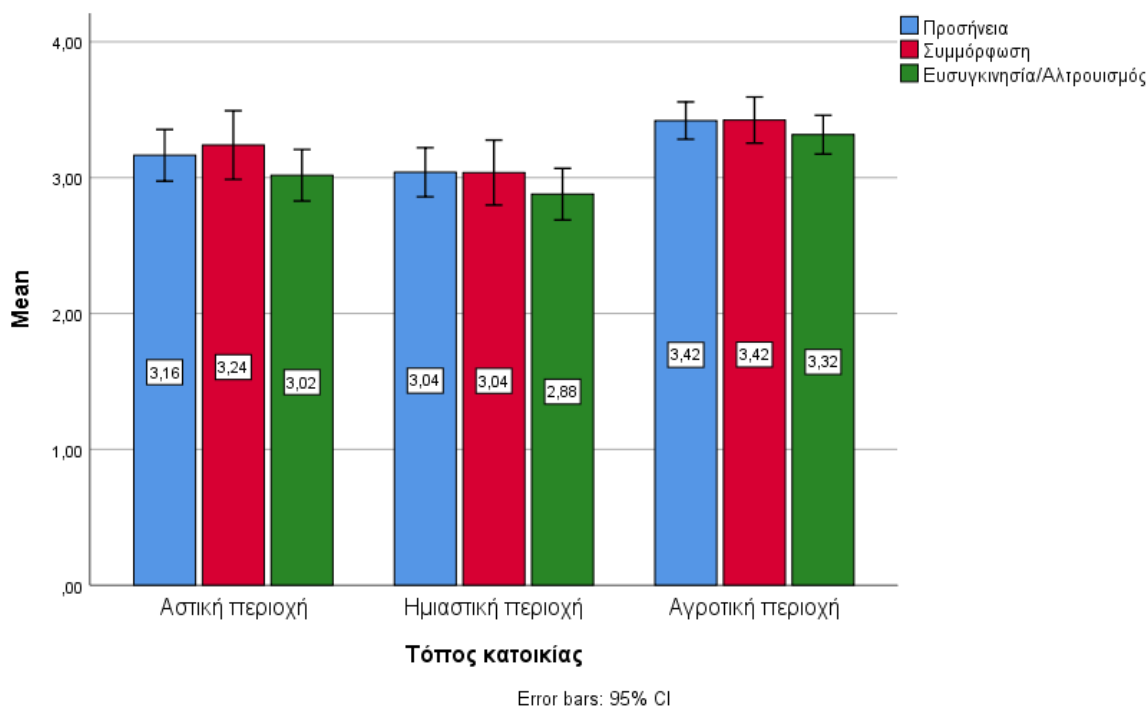
Πίνακας 155: «Συμμόρφωση» ως προς τον τόπο κατοικίας, Post Hoc LSD

Τόπος κατοικίας 1	Τόπος κατοικίας 2	M(1-2)	p-value
Αστική περιοχή	Ημιαστική περιοχή	0,20280	0,236
	Αγροτική περιοχή	-0,18394	0,205
Ημιαστική περιοχή	Αστική περιοχή	-0,20280	0,236
	Αγροτική περιοχή	-,38673*	0,013
Αγροτική περιοχή	Αστική περιοχή	0,18394	0,205
	Ημιαστική περιοχή	,38673*	0,013

Στον παράγοντα «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ο μέσος όρος των παιδιών που κατοικούν σε αγροτική περιοχή ($M.O.=3,32$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων κατοικούν σε ημιαστική περιοχή ($M.O.=2,88$, $p<0,001$) και αστική ($M.O.=3,02$, $p=0,011$).

Πίνακας 156: «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ως προς τον τόπο κατοικίας, Post Hoc LSD

Τόπος κατοικίας (I)	Τόπος κατοικίας (J)	M(I-J)	p-value
Αστική περιοχή	Ημιαστική περιοχή	0,13923	0,310
	Αγροτική περιοχή	-,29867*	0,011
Ημιαστική περιοχή	Αστική περιοχή	-0,13923	0,310
	Αγροτική περιοχή	-,43790*	<0,001
Αγροτική περιοχή	Αστική περιοχή	,29867*	0,011
	Ημιαστική περιοχή	,43790*	<0,001



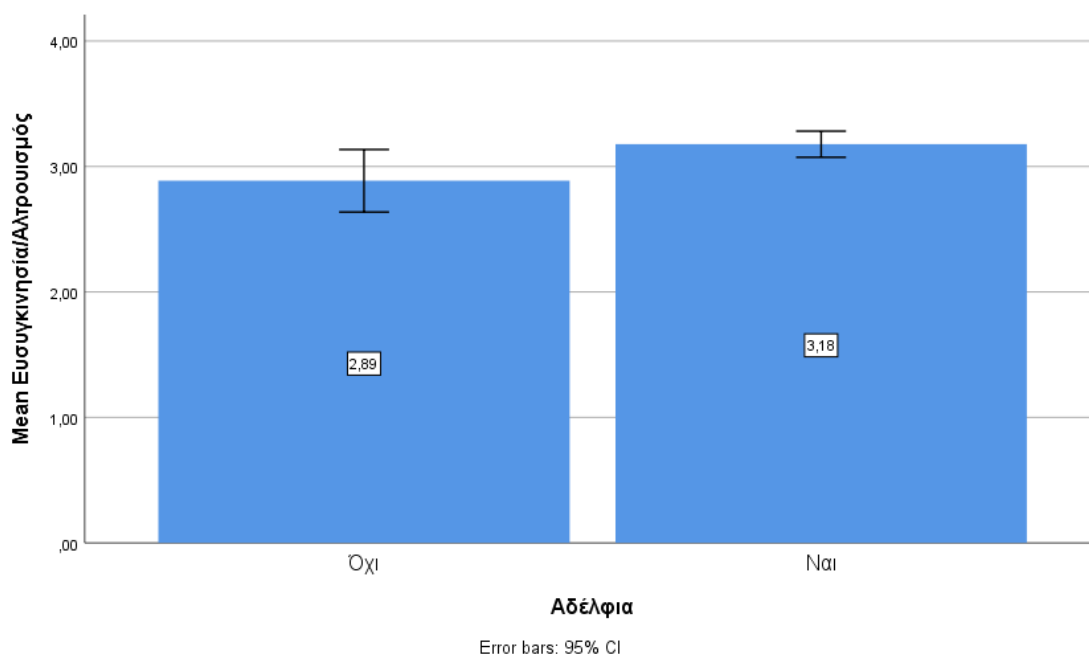
Γράφημα 96: Στατιστικά σημαντικές διαφορές προσήνειας ως προς τον τόπο κατοικίας

Αδέλφια

Από τον Πίνακα 157 και Γράφημα 102, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ύπαρξη αδελφών στον παράγοντα «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ($t(174) = -2,268$, $p=0,025$). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν αδέρφια είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων δεν έχουν ($M.O.$ Υπάρχουν αδέρφια $=3,18$ vs $M.O.$ Δεν υπάρχουν αδέρφια $=2,89$, $p=0,025$).

Πίνακας 157: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την ύπαρξη αδελφών

Παράγοντες	Υπαρξη αδελφών	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Όχι	30	3,13	0,66	Z=-1,017	0,309
	Ναι	146	3,28	0,62		
Συμμόρφωση	Όχι	30	3,23	0,76	t (174) = -0,313	0,755
	Ναι	146	3,28	0,81		
Εγκαρδιότητα	Όχι	30	3,25	0,84	t (174) = -0,192	0,848
	Ναι	146	3,28	0,79		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Όχι	30	2,89	0,67	t (174) = -2,268	0,025
	Ναι	146	3,18	0,64		

**Γράφημα 97:** «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ως προς την ύπαρξη αδελφώνΑριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Σύμφωνα με τον Πίνακα 158, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της προσήνειας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι ($p \geq 0,363$).

Πίνακας 158: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της προσήνειας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Παράγοντες	Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι
Προσήνεια	rho (177) = 0,014, p=0,857
Συμμόρφωση	rho (177) = -0,038, p=0,620
Εγκαρδιότητα	rho (177) = -0,061, p=0,422
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	rho (177) = 0,069, p=0,363

9.2.5.2. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών

Ηλικία γονιών

Από τον Πίνακα 159, προκύπτει ότι η «Ηλικία μητέρας» συσχετίστηκε αρνητικά με την «Εγκαρδιότητα» ($\rho(173) = -,187, p < 0,05$).

Πίνακας 159: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της προσήνειας και της ηλικίας γονιών

Παράγοντες	Ηλικία μητέρας	Ηλικία πατέρα
Προσήνεια	$\rho(173) = -0,052$	$\rho(170) = -0,004$
Συμμόρφωση	$\rho(173) = 0,032$	$r(170) = 0,070$
Εγκαρδιότητα	$\rho(173) = -,187^*$	$r(170) = -0,146$
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	$\rho(173) = -0,066$	$r(170) = -0,028$

* $p < 0,05$

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Από τον Πίνακα 160, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας στους παράγοντες «Προσήνεια» ($H(2,176) = 6,716, p = 0,035$), «Συμμόρφωση» ($F(2,173) = 3,853, p = 0,023$) και «Εγκαρδιότητα» ($F(2,173) = 4,088, p = 0,018$).

Πίνακας 160: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Δεν πήγε σχολείο	14	2,89	0,51	$H(2, 176) = 6,716$	0,035
	Δημοτικό/Γυμνάσιο	59	3,19	0,55		
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	102	3,34	0,67		
Συμμόρφωση	Δεν πήγε σχολείο	14	2,75	0,65	$F(2,173) = 3,853$	0,023
	Δημοτικό/Γυμνάσιο	59	3,22	0,68		
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	102	3,37	0,86		
Εγκαρδιότητα	Δεν πήγε σχολείο	14	2,93	0,73	$F(2,173) = 4,088$	0,018
	Δημοτικό/Γυμνάσιο	59	3,11	0,78		
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	102	3,41	0,81		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Δεν πήγε σχολείο	14	2,81	0,53	$F(2,173) = 2,268$	0,107
	Δημοτικό/Γυμνάσιο	59	3,09	0,58		
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	102	3,19	0,69		

Στην «Προσήνεια», ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν μητέρα η οποία δεν έχει πάει σχολείο ($M.O. = 2,89$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο των παιδιών που έχουν μητέρα με επίπεδο εκπαίδευσης Λυκείου ή Πανεπιστημίου ($M.O. = 3,34, p = 0,013$).

Πίνακας 161: «Προσήγεια» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Bonferonni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Δεν πήγε σχολείο-Δημοτικό/Γυμνάσιο	-25,392	0,094
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο/Πανεπιστήμιο	-35,924	0,013
Δημοτικό/Γυμνάσιο-Λύκειο/Πανεπιστήμιο	-10,532	0,205

Στην «Συμμόρφωση», ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν μητέρα η οποία δεν έχει πάει σχολείο ($M.O.=2,75$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο των παιδιών που έχουν μητέρα με επίπεδο εκπαίδευσης Λυκείου ή Πανεπιστημίου ($M.O.=3,37$, $p=0,014$).

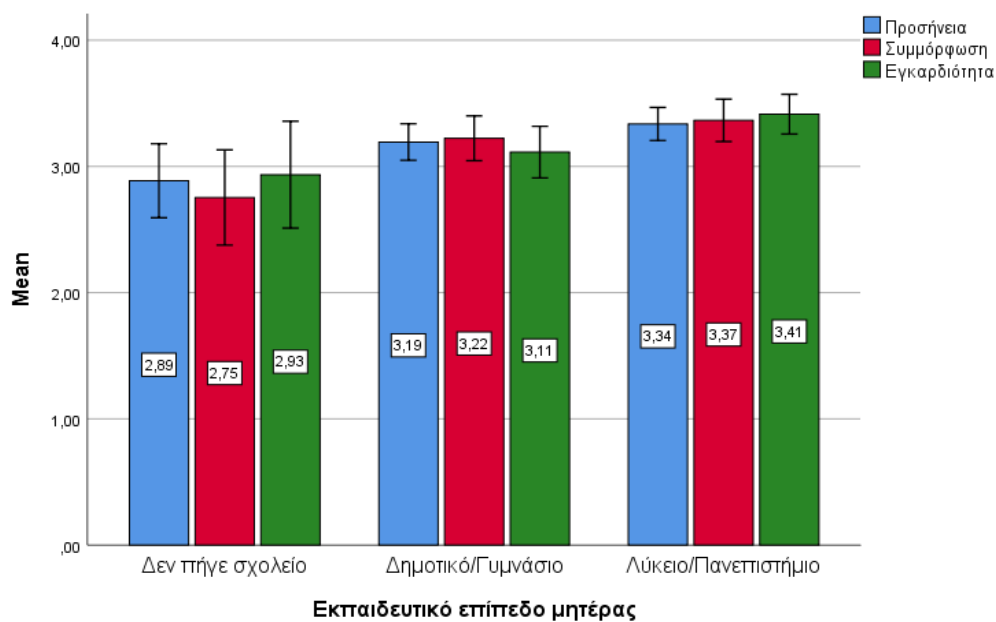
Πίνακας 162: «Συμμόρφωση» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Games Howell

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1	Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	M (1-2)	p-value
Δεν πήγε σχολείο	Δημοτικό/Γυμνάσιο	-0,46918	0,065
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	-,61163*	0,014
Δημοτικό/Γυμνάσιο	Δεν πήγε σχολείο	0,46918	0,065
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	-0,14245	0,477
Λύκειο/Πανεπιστήμιο	Δεν πήγε σχολείο	,61163*	0,014
	Δημοτικό/Γυμνάσιο	0,14245	0,477

Στην «Εγκαρδιότητα», ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν μητέρα με εκπαιδευτικό επίπεδο Λυκείου/Πανεπιστημίου ($M.O.=3,41$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο των παιδιών που έχουν μητέρα που δεν έχει πάει σχολείο ($M.O.=2,93$, $p=0,035$) και των παιδιών των οποίων η μητέρα έχει εκπαιδευτικό επίπεδο Δημοτικού/Γυμνασίου ($M.O.=3,11$, $p=0,022$).

Πίνακας 163: «Εγκαρδιότητα» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc LSD

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1	Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	M (1-2)	p-value
Δεν πήγε σχολείο	Δημοτικό/Γυμνάσιο	-0,17875	0,450
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	-,47923*	0,035
Δημοτικό/Γυμνάσιο	Δεν πήγε σχολείο	0,17875	0,450
	Λύκειο/Πανεπιστήμιο	-,30048*	0,022
Λύκειο/Πανεπιστήμιο	Δεν πήγε σχολείο	,47923*	0,035
	Δημοτικό/Γυμνάσιο	,30048*	0,022



Error bars: 95% CI

Γράφημα 98: Στατιστικά σημαντικές διαφορές προσήνειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Από τον Πίνακα 164, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα στους παράγοντες της προσήνειας ($p \geq 0,226$).

Πίνακας 164: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Δεν πήγε σχολείο	12	3,04	0,62	H (4, 177) = 3,957	0,412
	Δημοτικό	21	3,29	0,51		
	Γυμνάσιο	23	3,17	0,71		
	Λύκειο	61	3,33	0,64		
	Πανεπιστήμιο	60	3,23	0,63		
Συμμόρφωση	Δεν πήγε σχολείο	12	2,81	0,94	F (4, 172) = 1,396	0,238
	Δημοτικό	21	3,31	0,57		
	Γυμνάσιο	23	3,28	0,84		
	Λύκειο	61	3,38	0,80		
	Πανεπιστήμιο	60	3,21	0,82		
Εγκαρδιότητα	Δεν πήγε σχολείο	12	2,86	0,81	F (4, 172) = 1,431	0,226
	Δημοτικό	21	3,36	0,77		
	Γυμνάσιο	23	3,20	0,85		
	Λύκειο	61	3,21	0,83		
	Πανεπιστήμιο	60	3,41	0,76		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Δεν πήγε σχολείο	12	3,00	0,60	F (4, 172) = 0,440	0,780
	Δημοτικό	21	3,12	0,56		
	Γυμνάσιο	23	3,06	0,70		
	Λύκειο	61	3,21	0,68		
	Πανεπιστήμιο	60	3,10	0,65		

Επάγγελμα μητέρας

Από τον Πίνακα 165, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το επάγγελμα μητέρας στους παράγοντες της προσήνειας ($p \geq 0,288$).

Πίνακας 165: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το επάγγελμα μητέρας

Παράγοντες	Επάγγελμα μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,16	0,65	H (3, 175) = 3,766	0,288
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,27	0,67		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,21	0,52		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	42	3,38	0,61		
Συμμόρφωση	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,19	0,80	F (3, 171) = 1,030	0,381
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,20	0,87		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,27	0,71		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	42	3,45	0,74		
Εγκαρδιότητα	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,24	0,80	F (3, 171) = 0,435	0,729
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,28	0,77		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,19	0,74		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	42	3,39	0,89		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,01	0,69	F (3, 171) = 0,947	0,419
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,18	0,69		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,10	0,46		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	42	3,23	0,66		

Επάγγελμα πατέρα

Από τον Πίνακα 166, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το επάγγελμα πατέρα στους παράγοντες της προσήνειας ($p \geq 0,354$).

Πίνακας 166: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το επάγγελμα πατέρα

Παράγοντες	Επάγγελμα πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Δημόσιος υπάλληλος	34	3,24	0,67	H (3, 175) = 2,378	0,498
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	3,27	0,62		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	3,28	0,62		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	3,02	0,66		
Συμμόρφωση	Δημόσιος υπάλληλος	34	3,28	0,80	F (3, 171) = 0,192	0,902
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	3,25	0,86		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	3,30	0,79		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	3,11	0,68		
Εγκαρδιότητα	Δημόσιος υπάλληλος	34	3,30	0,76	F (3, 171) = 1,091	0,354
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	3,39	0,84		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	3,27	0,79		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,89	0,87		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Δημόσιος υπάλληλος	34	3,14	0,71	F (3, 171) = 0,251	0,861
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	3,12	0,62		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	3,15	0,65		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,96	0,65		

Οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Από τον Πίνακα 167 και Γράφημα 104, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας στους παράγοντες «Προσήνεια» ($H(3, 176) = 13,605, p = 0,003$), «Συμμόρφωση» ($F(3, 172) = 4,213, p = 0,007$) και «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ($F(3, 172) = 3,101, p = 0,028$).

Πίνακας 167: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Παντρεμένη	126	3,34	0,63	H (3, 176) = 13,605	0,003
	Διαζευγμένη	21	3,15	0,56		
	Σε διάσταση	20	2,84	0,47		
	Ξαναπαντρεμένη	9	3,16	0,76		
Συμμόρφωση	Παντρεμένη	126	3,37	0,81	F (3, 172) = 4,213	0,007
	Διαζευγμένη	21	3,13	0,64		
	Σε διάσταση	20	2,72	0,66		
	Ξαναπαντρεμένη	9	3,19	0,89		
Εγκαρδιότητα	Παντρεμένη	126	3,35	0,81	F (3, 172) = 2,282	0,081
	Διαζευγμένη	21	3,24	0,67		
	Σε διάσταση	20	2,89	0,71		
	Ξαναπαντρεμένη	9	3,04	1,01		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Παντρεμένη	126	3,21	0,63	F (3, 172) = 3,101	0,028
	Διαζευγμένη	21	3,06	0,65		
	Σε διάσταση	20	2,77	0,60		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,97	0,85		

Στην «Προσήνεια» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι παντρεμένες είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι σε διάσταση ($M.O. \text{ Παντρεμένη}=3,34$ vs $M.O. \text{ Σε διάσταση}=2,84$, $p<0,001$).

Πίνακας 168: «Προσήνεια» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni

Οικογ. Κατ. μητέρας 1- Οικογ. Κατ. μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Σε διάσταση-Ξαναπαντρεμένη	-26,372	0,197
Σε διάσταση-Διαζευγμένη	29,150	0,067
Σε διάσταση-Παντρεμένη	43,753	<0,001
Ξαναπαντρεμένη-Διαζευγμένη	2,778	0,891
Ξαναπαντρεμένη-Παντρεμένη	17,381	0,323
Διαζευγμένη-Παντρεμένη	14,603	0,224

Στην «Συμμόρφωση» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι παντρεμένες είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι σε διάσταση ($M.O. \text{ Παντρεμένη}=3,37$ vs $M.O. \text{ Σε διάσταση}=2,72$, $p=0,001$).

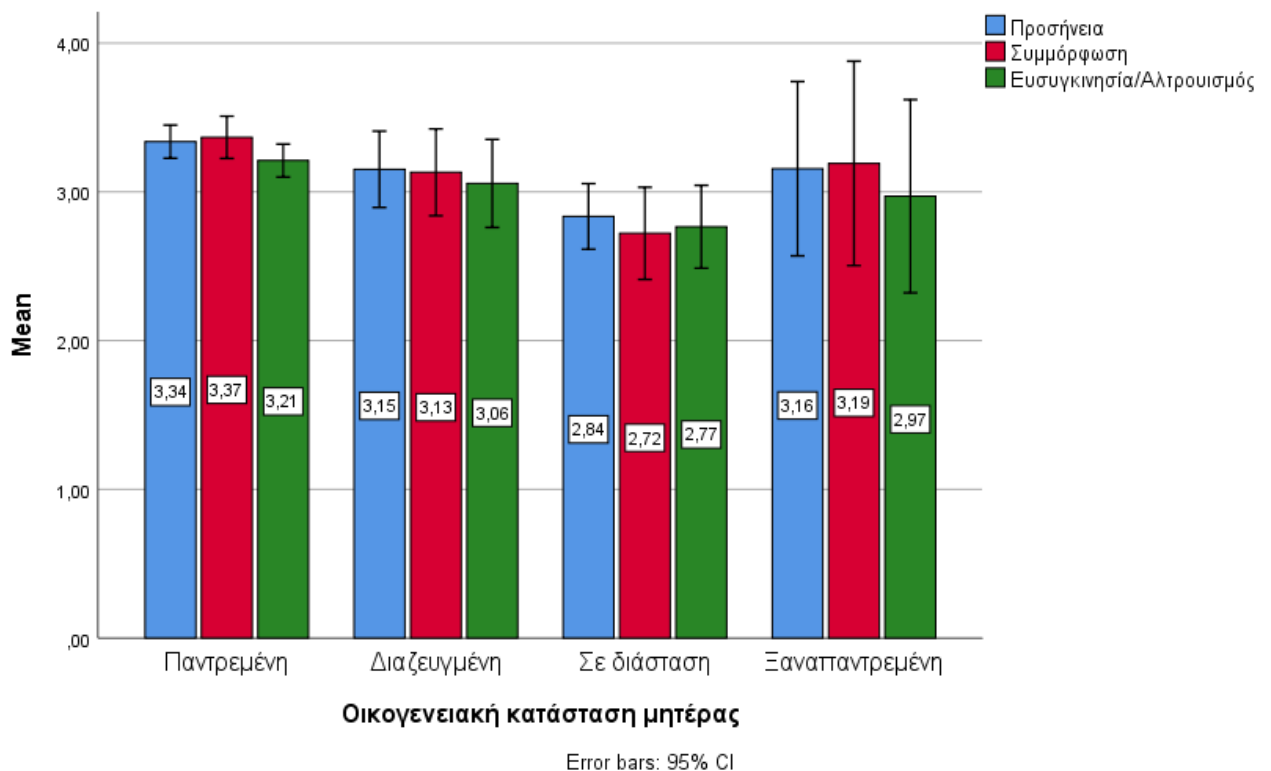
Πίνακας 169: «Συμμόρφωση» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc LSD

Οικογ. Κατ. μητέρας (I)	Οικογ. Κατ. μητέρας (J)	M(I-J)	p-value
Παντρεμένη	Διαζευγμένη	0,23564	0,200
	Σε διάσταση	,64597*	0,001
	Ξαναπαντρεμένη	0,17562	0,514
Διαζευγμένη	Παντρεμένη	-0,23564	0,200
	Σε διάσταση	0,41033	0,093
	Ξαναπαντρεμένη	-0,06002	0,847
Σε διάσταση	Παντρεμένη	-,64597*	0,001
	Διαζευγμένη	-0,41033	0,093
	Ξαναπαντρεμένη	-0,47034	0,134
Ξαναπαντρεμένη	Παντρεμένη	-0,17562	0,514
	Διαζευγμένη	0,06002	0,847
	Σε διάσταση	0,47034	0,134

Στην «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι παντρεμένες είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι σε διάσταση ($M.O. \text{ Παντρεμένη}=3,21$ vs $M.O. \text{ Σε διάσταση}=2,77$, $p=0,004$).

Πίνακας 170: «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc LSD

Οικογ. Κατ. μητέρας (I)	Οικογ. Κατ. μητέρας (J)	M(I-J)	p-value
Παντρεμένη	Διαζευγμένη	0,15370	0,310
	Σε διάσταση	,44467*	0,004
	Ξαναπαντρεμένη	0,23959	0,279
Διαζευγμένη	Παντρεμένη	-0,15370	0,310
	Σε διάσταση	0,29097	0,147
	Ξαναπαντρεμένη	0,08589	0,737
Σε διάσταση	Παντρεμένη	-,44467*	0,004
	Διαζευγμένη	-0,29097	0,147
	Ξαναπαντρεμένη	-0,20507	0,426
Ξαναπαντρεμένη	Παντρεμένη	-0,23959	0,279
	Διαζευγμένη	-0,08589	0,737
	Σε διάσταση	0,20507	0,426

**Γράφημα 99:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές προσήνειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέραςΟικογενειακή κατάσταση πατέρα

Από τον Πίνακα 171 και Γράφημα 105, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα στους παράγοντες «Προσήνεια» ($H(3, 173) = 17,376, p = 0,001$), «Συμμόρφωση» ($F(3, 169) = 4,611$,

$p=0,004$), «Εγκαρδιότητα» ($F(3, 169) = 3,167, p=0,026$), και «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ($F(3, 169) = 3,900, p=0,010$).

Πίνακας 171: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Παντρεμένος	124	3,35	0,63	$H(3, 173) = 17,376$	0,001
	Διαζευγμένος	16	3,30	0,63		
	Σε διάσταση	22	2,82	0,45		
	Ξαναπαντρεμένος	11	3,05	0,62		
Συμμόρφωση	Παντρεμένος	124	3,36	0,81	$F(3, 169) = 4,611$	0,004
	Διαζευγμένος	16	3,27	0,71		
	Σε διάσταση	22	2,69	0,64		
	Ξαναπαντρεμένος	11	3,24	0,84		
Εγκαρδιότητα	Παντρεμένος	124	3,37	0,81	$F(3, 169) = 3,167$	0,026
	Διαζευγμένος	16	3,41	0,70		
	Σε διάσταση	22	2,87	0,68		
	Ξαναπαντρεμένος	11	3,02	0,84		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Παντρεμένος	124	3,23	0,62	$F(3, 169) = 3,900$	0,010
	Διαζευγμένος	16	3,15	0,75		
	Σε διάσταση	22	2,77	0,57		
	Ξαναπαντρεμένος	11	2,88	0,64		

Στον παράγοντα «Προσήνεια» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι σε διάσταση ($M.O.=2,82$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι διαζευγμένοι ($M.O.=3,30, p=0,009$) και παντρεμένοι ($M.O.=3,35, p<0,001$).

Πίνακας 172: «Προσήνεια» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc Bonferroni

Οικογ. Κατ. πατέρα 1- Οικογ. Κατ. πατέρα 2	Στατιστικό	p-value
Σε διάσταση-Ξαναπαντρεμένος	-22,250	0,229
Σε διάσταση-Διαζευγμένος	43,222	0,009
Σε διάσταση-Παντρεμένος	46,385	<0,001
Ξαναπαντρεμένος-Διαζευγμένος	20,972	0,285
Ξαναπαντρεμένος-Παντρεμένος	24,135	0,126
Διαζευγμένος-Παντρεμένος	3,163	0,812

Στον παράγοντα «Συμμόρφωση» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι σε διάσταση ($M.O.=2,69$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι διαζευγμένοι ($M.O.=3,27, p=0,026$) και παντρεμένοι ($M.O.=3,36, p<0,001$).

Πίνακας 173: «Συμμόρφωση» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc LSD

Οικογ. Κατ. πατέρα (I)	Οικογ. Κατ. πατέρα (J)	M(I-J)	p-value
Παντρεμένος	Διαζευγμένος	0,09631	0,644
	Σε διάσταση	,67391*	<0,001
	Ξαναπαντρεμένος	0,12608	0,610
Διαζευγμένος	Παντρεμένος	-0,09631	0,644
	Σε διάσταση	,57760*	0,026
	Ξαναπαντρεμένος	0,02976	0,923
Σε διάσταση	Παντρεμένος	-,67391*	<0,001
	Διαζευγμένος	-,57760*	0,026
	Ξαναπαντρεμένος	-0,54784	0,060
Ξαναπαντρεμένος	Παντρεμένος	-0,12608	0,610
	Διαζευγμένος	-0,02976	0,923
	Σε διάσταση	0,54784	0,060

Στον παράγοντα «Εγκαρδιότητα» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι σε διάσταση ($M.O.=2,87$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι διαζευγμένοι ($M.O.=3,41$, $p=0,036$) και παντρεμένοι ($M.O.=3,37$, $p=0,006$).

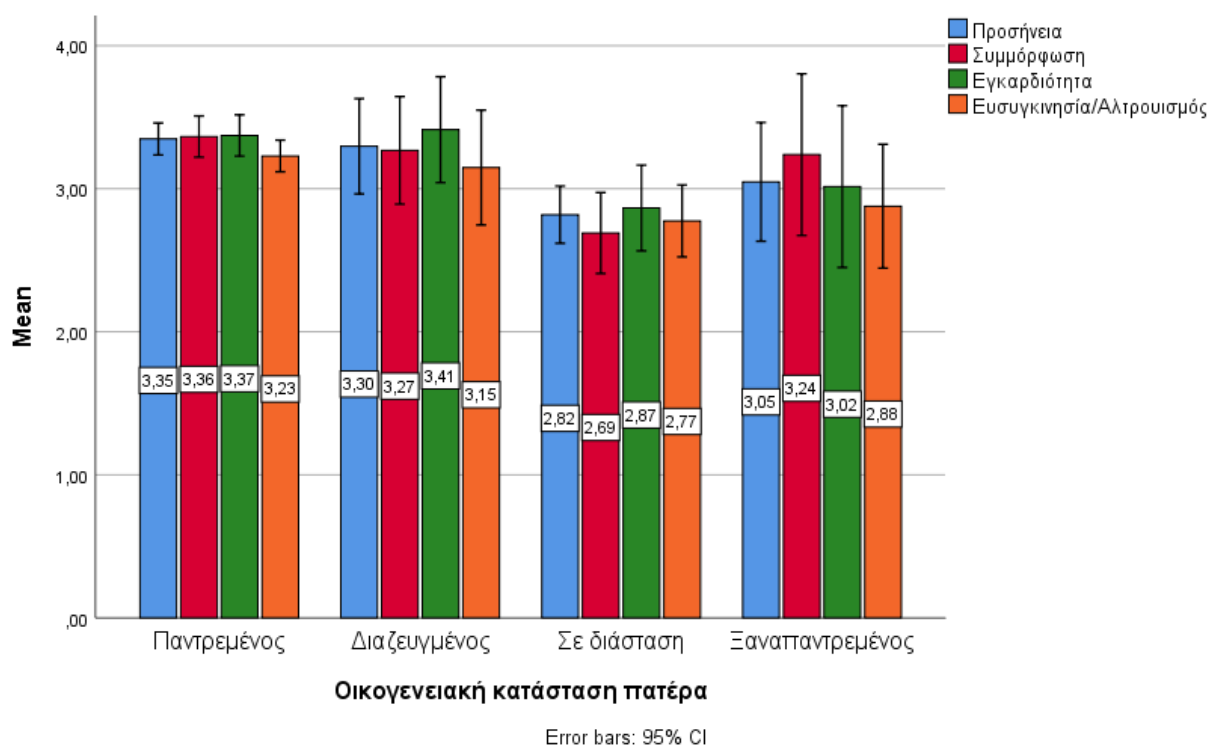
Πίνακας 174: «Εγκαρδιότητα» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc LSD

Οικογ. Κατ. πατέρα (I)	Οικογ. Κατ. πατέρα (J)	M(I-J)	p-value
Παντρεμένος	Διαζευγμένος	-0,04019	0,848
	Σε διάσταση	,50716*	0,006
	Ξαναπαντρεμένος	0,35716	0,151
Διαζευγμένος	Παντρεμένος	0,04019	0,848
	Σε διάσταση	,54735*	0,036
	Ξαναπαντρεμένος	0,39735	0,199
Σε διάσταση	Παντρεμένος	-,50716*	0,006
	Διαζευγμένος	-,54735*	0,036
	Ξαναπαντρεμένος	-0,15000	0,606
Ξαναπαντρεμένος	Παντρεμένος	-0,35716	0,151
	Διαζευγμένος	-0,39735	0,199
	Σε διάσταση	0,15000	0,606

Στον παράγοντα «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι σε διάσταση είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι παντρεμένοι ($M.O. Σε διάσταση=2,77$ vs $M.O. Παντρεμένοι=3,23$, $p=0,002$).

Πίνακας 175: «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα, Post Hoc LSD

Οικογ. Κατ. πατέρα (I)	Οικογ. Κατ. πατέρα (J)	M(I-J)	p-value
Παντρεμένος	Διαζευγμένος	0,08110	0,629
	Σε διάσταση	,45385*	0,002
	Ξαναπαντρεμένος	0,35090	0,079
Διαζευγμένος	Παντρεμένος	-0,08110	0,629
	Σε διάσταση	0,37275	0,074
	Ξαναπαντρεμένος	0,26979	0,277
Σε διάσταση	Παντρεμένος	-,45385*	0,002
	Διαζευγμένος	-0,37275	0,074
	Ξαναπαντρεμένος	-0,10296	0,659
Ξαναπαντρεμένος	Παντρεμένος	-0,35090	0,079
	Διαζευγμένος	-0,26979	0,277
	Σε διάσταση	0,10296	0,659

**Γράφημα 100:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές προσήνειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

9.2.5.3. Επίδραση αναπηρίας παιδιών

Είδος αναπηρίας

Από τον Πίνακα 176 και Γράφημα 106, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το είδος αναπηρίας στους παράγοντες «Προσήνεια» ($H(2, 179) = 6,515, p = 0,038$), «Συμμόρφωση» ($F(2, 176) = 4,096, p = 0,018$), και «Εγκαρδιότητα» ($F(2, 176) = 3,458, p = 0,034$).

Πίνακας 176: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς το είδος αναπηρίας

Παράγοντες	Είδος αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Οπτική αναπηρία	54	3,40	0,61	H (2, 179) = 6,515	0,038
	Ακουστική αναπηρία	63	3,21	0,58		
	Κινητική αναπηρία	62	3,16	0,67		
Συμμόρφωση	Οπτική αναπηρία	54	3,49	0,76	F (2, 176) = 4,096	0,018
	Ακουστική αναπηρία	63	3,26	0,66		
	Κινητική αναπηρία	62	3,07	0,90		
Εγκαρδιότητα	Οπτική αναπηρία	54	3,39	0,82	F (2, 176) = 3,458	0,034
	Ακουστική αναπηρία	63	3,39	0,64		
	Κινητική αναπηρία	62	3,06	0,90		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Οπτική αναπηρία	54	3,23	0,61	F (2, 176) = 1,786	0,171
	Ακουστική αναπηρία	63	3,01	0,62		
	Κινητική αναπηρία	62	3,14	0,69		

Στον παράγοντα «Προσήνεια» ο μέσος όρος των παιδιών με οπτική αναπηρία είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των παιδιών με κινητική αναπηρία ($M.O.$ Οπτική αναπηρία = 3,40 vs $M.O.$ Κινητική αναπηρία = 3,16, $p=0,011$).

Πίνακας 177: «Προσήνεια» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni

Είδος αναπηρίας 1- Είδος αναπηρίας 2	Στατιστικό	p-value
Κινητική αναπηρία-Ακουστική αναπηρία	12,569	0,175
Κινητική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	24,579	0,011
Ακουστική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	12,011	0,211

Στον παράγοντα «Συμμόρφωση» ο μέσος όρος των παιδιών με οπτική αναπηρία είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των παιδιών με κινητική αναπηρία ($M.O.$ Οπτική αναπηρία = 3,49 vs $M.O.$ Κινητική αναπηρία = 3,07, $p=0,022$).

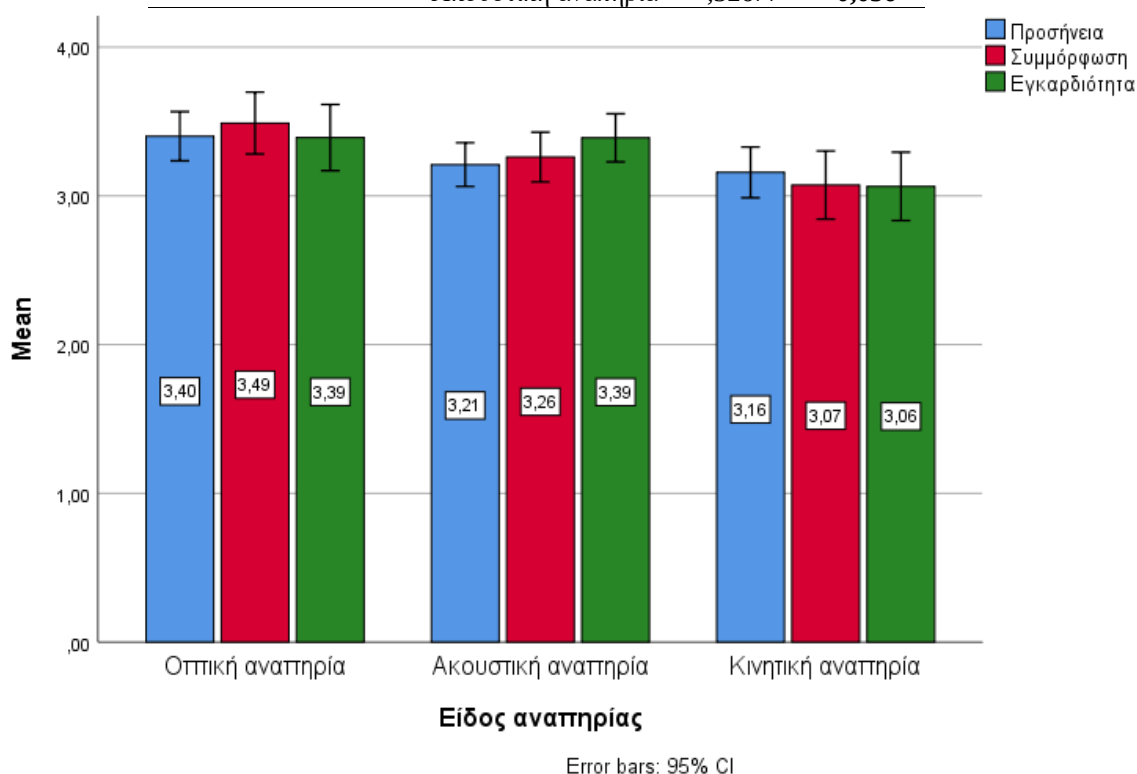
Πίνακας 178: «Συμμόρφωση» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Games Howell

Είδος αναπηρίας (I)	Είδος αναπηρίας (J)	M(I-J)	p-value
Οπτική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	0,22905	0,202
	Κινητική αναπηρία	,41686*	0,022
Ακουστική αναπηρία	Οπτική αναπηρία	-0,22905	0,202
	Κινητική αναπηρία	0,18781	0,385
Κινητική αναπηρία	Οπτική αναπηρία	-,41686*	0,022
	Ακουστική αναπηρία	-0,18781	0,385

Στον παράγοντα «Εγκαρδιότητα» ο μέσος όρος των παιδιών με κινητική αναπηρία ($M.O.=3,06$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο των παιδιών με ακουστική αναπηρία ($M.O.=3,39$, $p=0,056$), σε σημαντικότητα 6%.

Πίνακας 179: «Εγκαρδιότητα» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Games Howell

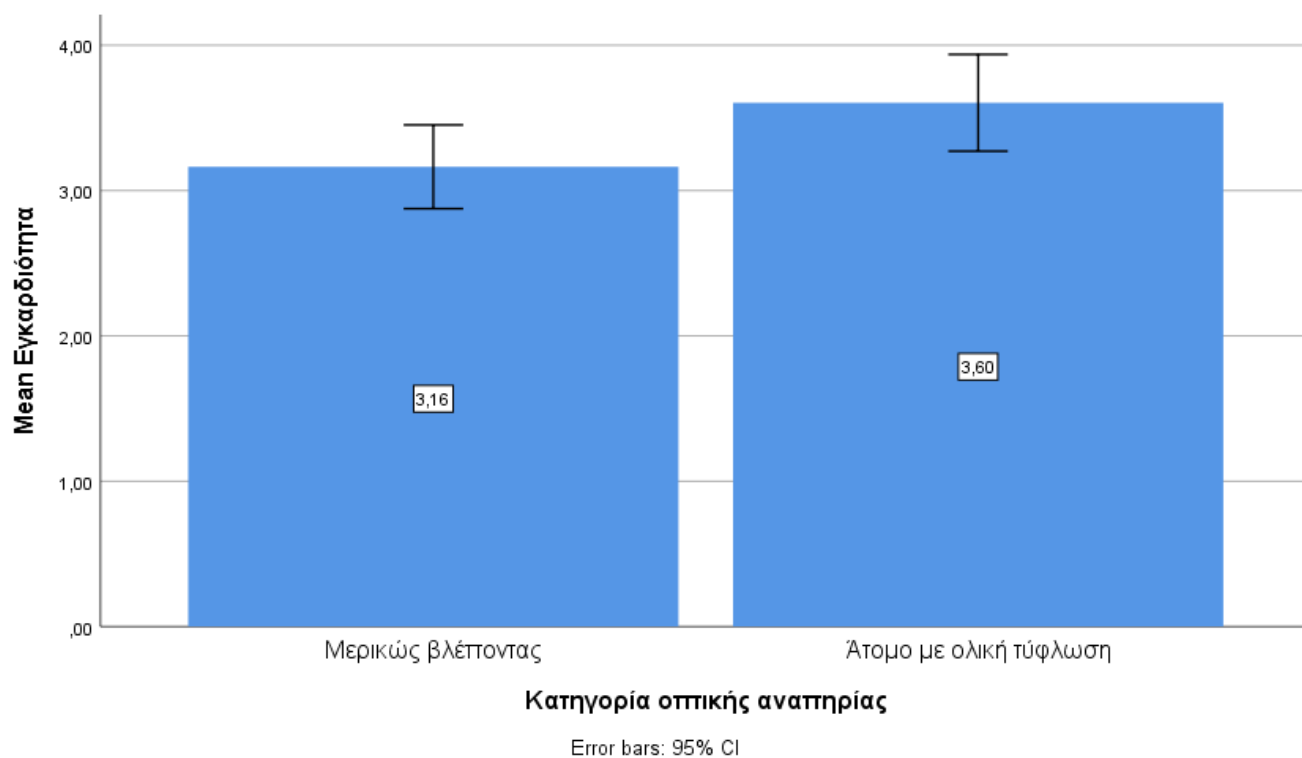
Είδος αναπηρίας (I)	Είδος αναπηρίας (J)	M(I-J)	p-value
Οπτική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	0,00150	1,000
	Κινητική αναπηρία	,32827*	0,104
Ακουστική αναπηρία	Οπτική αναπηρία	-0,00150	1,000
	Κινητική αναπηρία	,32677*	0,056
Κινητική αναπηρία	Οπτική αναπηρία	-,32827*	0,104
	Ακουστική αναπηρία	-,32677*	0,056

**Γράφημα 101:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το είδος αναπηρίας, στους παράγοντες της προσήνειαςΚατηγορία οπτικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 180 και Γράφημα 107, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας στον παράγοντα «Εγκαρδιότητα» ($t(52) = -2,043, p=0,046$). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των παιδιών που βλέπουν μερικώς είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο των παιδιών με ολική τύφλωση ($M.O. \text{ Μερικώς βλέποντας} = 3,16$ vs $M.O. \text{ Ολική τύφλωση} = 3,60, p=0,046$).

Πίνακας 180: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Μερικώς βλέποντας	26	3,36	0,54	Z=-0,320	0,749
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,44	0,67		
Συμμόρφωση	Μερικώς βλέποντας	26	3,46	0,73	t (52) = -0,233	0,817
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,51	0,80		
Εγκαρδιότητα	Μερικώς βλέποντας	26	3,16	0,71	t (52) = -2,043	0,046
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,60	0,86		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Μερικώς βλέποντας	26	3,26	0,54	t (52) = 0,297	0,768
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,21	0,68		

**Γράφημα 102:** «Εγκαρδιότητα» ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίαςΚατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 181, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας στους παράγοντες της προσήνειας ($p \geq 0,354$).

Πίνακας 181: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Αγωγής	20	3,18	0,48	H (2, 63) =0,033	0,984
	Νευροαισθητήρια	22	3,24	0,55		
	Μεικτή	21	3,22	0,72		
Συμμόρφωση	Αγωγής	20	3,22	0,62	F (2, 60) =0,140	0,869
	Νευροαισθητήρια	22	3,32	0,57		
	Μεικτή	21	3,24	0,80		
Εγκαρδιότητα	Αγωγής	20	3,49	0,57	F (2, 60) =1,056	0,354
	Νευροαισθητήρια	22	3,45	0,65		
	Μεικτή	21	3,23	0,69		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Αγωγής	20	2,98	0,47	F (2, 60) =0,040	0,961
	Νευροαισθητήρια	22	3,03	0,63		
	Μεικτή	21	3,02	0,76		

Βαθμός ακουστικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 182, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των παραγόντων της προσήνειας με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας ($p \geq 0,092$).

Πίνακας 182: Συσχέτιση των παραγόντων της προσήνειας με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας

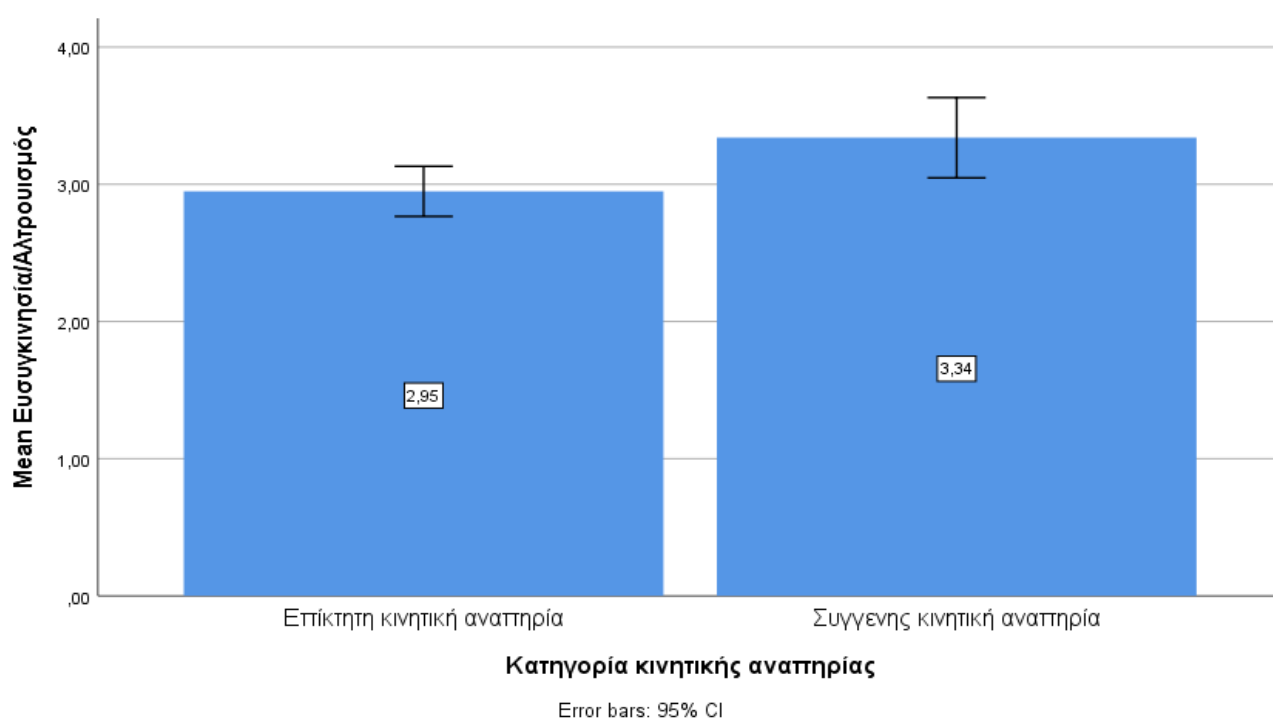
Παράγοντες	Βαθμός ακουστικής αναπηρίας
Προσήνεια	rho (63) = 0,172, p=0,178
Συμμόρφωση	rho (63) = 0,088, p=0,495
Εγκαρδιότητα	rho (63) = -0,030, p=0,815
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	rho (63) = 0,214, p=0,092

Κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 183 και Γράφημα 108, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας στον παράγοντα «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ($t(50,339) = -2,317, p=0,025$). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν επίκτητη κινητική αναπηρία είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο των παιδιών με συγγενή κινητική αναπηρία ($M.O. \text{ Επίκτητη κινητική αναπηρία} = 2,95 \text{ vs } M.O. \text{ Συγγενής κινητική αναπηρία} = 3,34, p=0,025$).

Πίνακας 183: Σύγκριση των παραγόντων της προσήνειας ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Προσήνεια	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,99	0,51	Z= -1,443	0,149
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,32	0,77		
Συμμόρφωση	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,96	0,79	t (60) = -1,014	0,315
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,19	1,01		
Εγκαρδιότητα	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	3,03	0,84	t (60) = -0,304	0,762
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,10	0,98		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,95	0,50	t (50,339) = -2,317	0,025
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,34	0,80		

**Γράφημα 103:** «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός» ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας**9.2.5.4. Επίδραση PBI**

Από τον Πίνακα 184, προκύπτει ότι

- ❖ Όλοι παράγοντες της προσήνειας συσχετίστηκαν θετικά με την «Φροντίδα μητέρας» και «Φροντίδα πατέρα».
- ❖ Η «Προσήνεια», η «Συμμόρφωση» και η «Εγκαρδιότητα» συσχετίστηκαν αρνητικά με την «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας»
- ❖ Η «Προσήνεια», και η «Εγκαρδιότητα» συσχετίστηκαν αρνητικά και με την «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα».

Πίνακας 184: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της Προσήνειας

Παράγοντες	Φροντίδα μητέρας	Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Υπερπροστατευτικότητα πατέρα
Προσήνεια	,446**	-,181*	,454**	-,181*
Συμμόρφωση	,430**	-,171*	,426**	-0,141
Εγκαρδιότητα	,430**	-,265**	,480**	-,277**
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	,343**	-0,124	,314**	-0,125

**p<0,01, *p<0,05

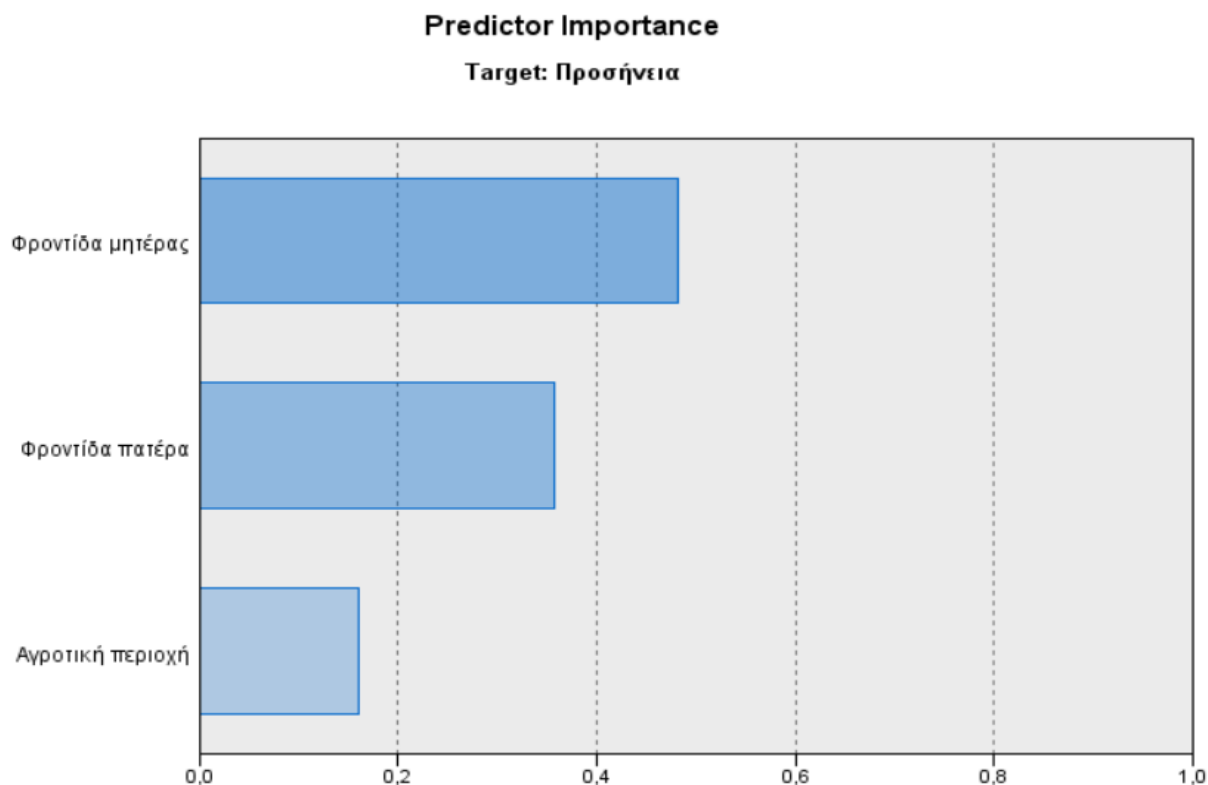
9.2.5.5. Εύρεση προβλεπτικών παραγόντωνΠροσήνεια

Στον Πίνακα 185 και Γράφημα 109, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Προσήνεια» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν ο τόπος κατοικίας και συγκεκριμένα το αν είναι κάτοικοι αγροτικής περιοχής ($\beta=0,157$, $t=2,211$, $p=0,029$, 16% επίδραση), η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,253$, $t=3,140$, $p=0,002$, 48% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,210$, $t=2,563$, $p=0,011$, 36% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,312 < 3$).

Πίνακας 185: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Προσήνεια»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	1,743	-	4,111	<0,001	-
Αγροτική	0,203	0,157	2,211	0,029	1,091
Δεν πήγε σχολείο (μητέρα)	-0,274	-0,112	-1,530	0,128	1,153
Παντρεμένη μητέρα	-0,042	-0,029	-0,286	0,776	2,297
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,219	0,129	1,247	0,214	2,312
Οπτική αναπηρία	0,074	0,053	0,739	0,461	1,099
Φροντίδα μητέρας	0,286	0,253	3,140	0,002	1,406
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,074	-0,066	-0,690	0,491	1,977
Φροντίδα πατέρα	0,188	0,210	2,563	0,011	1,461
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	0,032	0,031	0,316	0,753	2,060

F(9, 150)=7,429, p<0,001, R²=30,8%



Γράφημα 104: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Προσήνεια»

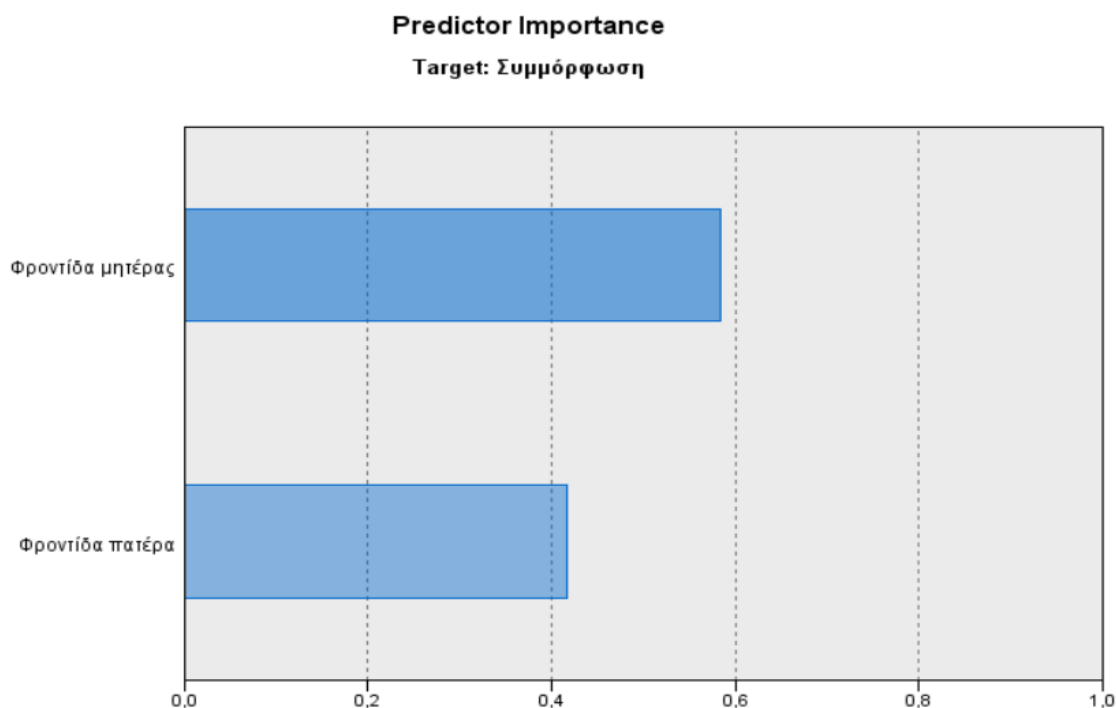
Συμμόρφωση

Στον Πίνακα 186 και Γράφημα 110, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Συμμόρφωση» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,265$, $t=3,263$, $p=0,001$, 58% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,181$, $t=2,201$, $p=0,029$, 42% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,321 < 3$).

Πίνακας 186: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Συμμόρφωση»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	1,458		2,772	0,006	
Αγροτική	0,181	0,110	1,527	0,129	1,089
Δεν πήγε σχολείο (μητέρα)	-0,418	-0,134	-1,827	0,070	1,126
Παντρεμένη μητέρα	0,066	0,036	0,351	0,726	2,238
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,138	0,064	0,608	0,544	2,321
Κινητική αναπηρία	-0,160	-0,092	-1,277	0,203	1,086
Φροντίδα μητέρας	0,380	0,265	3,263	0,001	1,379
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,022	-0,015	-0,204	0,839	1,215
Φροντίδα πατέρα	0,206	0,181	2,201	0,029	1,422

$F(8, 151)=7,340$, $p<0,001$, $R^2=28\%$



Γράφημα 105: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Συμμόρφωση»

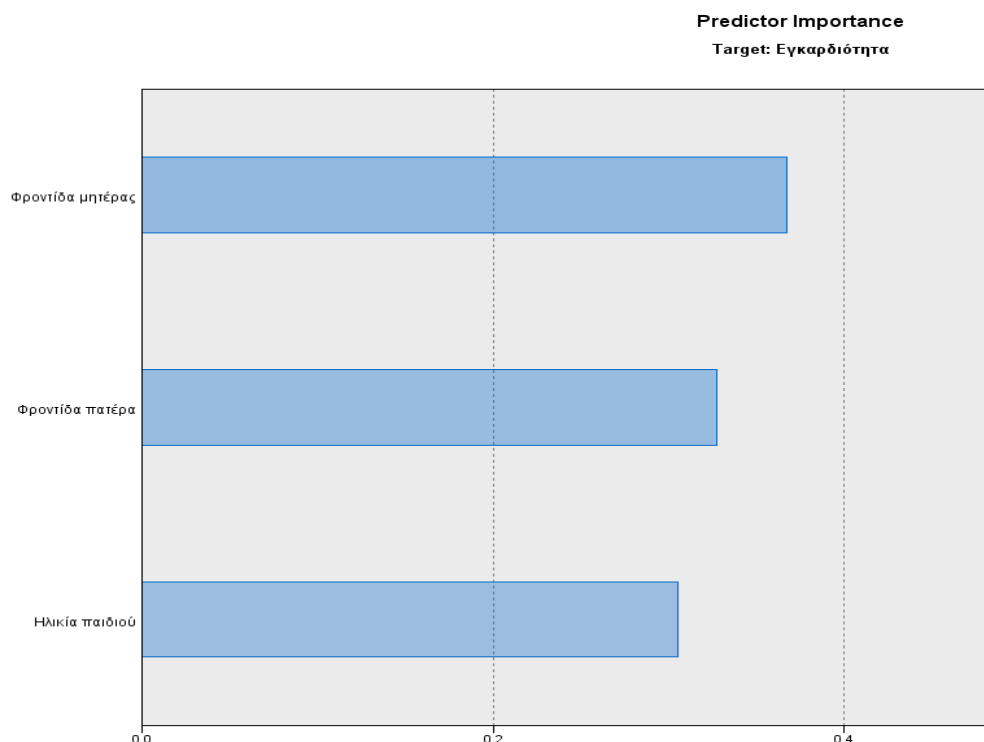
Εγκαρδιότητα

Στον Πίνακα 187 και Γράφημα 111, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εγκαρδιότητα» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες ΡΒΙ που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η ηλικία παιδιού ($\beta = -0,283$, $t = -4,074$, $p < 0,001$, 30% επίδραση), η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta = 0,251$, $t = 3,476$, $p = 0,001$, 37% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta = 0,242$, $t = 3,291$, $p = 0,001$, 33% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,002 < 3$).

Πίνακας 187: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εγκαρδιότητα»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,908	-	4,968	<0,001	-
Ηλικία παιδιού	-0,454	-0,283	-4,074	<0,001	1,308
Ηλικία μητέρας	-0,006	-0,049	-0,708	0,480	1,304
Λύκειο-Πανεπιστήμιο (μητέρα)	0,098	0,060	0,919	0,360	1,170
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,088	0,044	0,656	0,512	1,195
Κινητική αναπηρία	-0,169	-0,099	-1,571	0,118	1,089
Φροντίδα μητέρας	0,355	0,251	3,476	0,001	1,419
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,053	-0,038	-0,451	0,653	1,886
Φροντίδα πατέρα	0,275	0,242	3,291	0,001	1,477
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,193	-0,149	-1,736	0,085	2,002

$F(9, 156) = 12,898$, $p < 0,001$, $R^2 = 42,7\%$



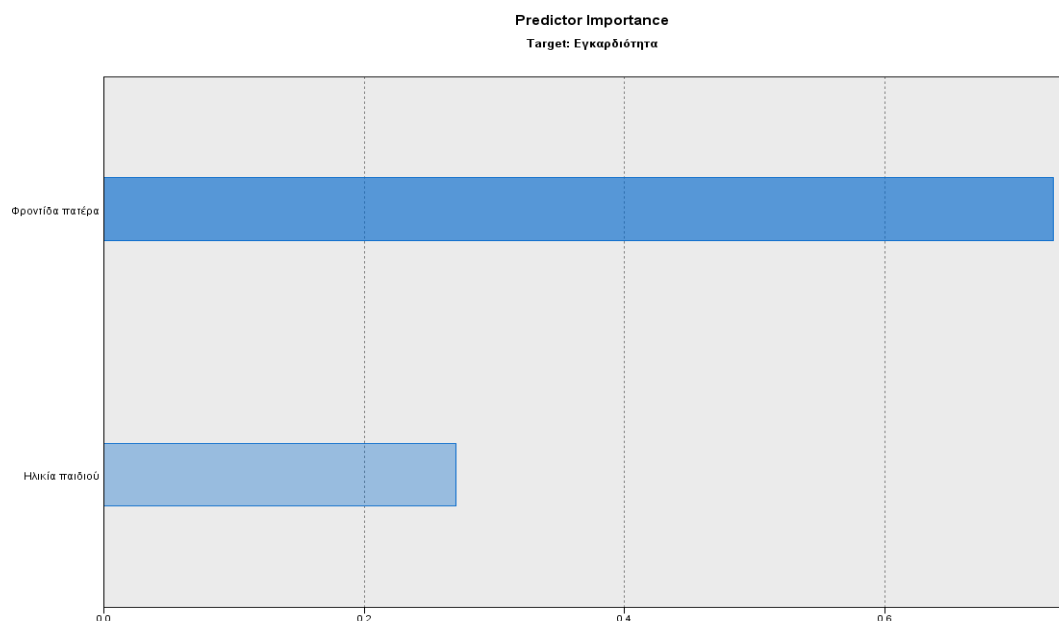
Γράφημα 106: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Εγκαρδιότητα»

Στον Πίνακα 188 και Γράφημα 112, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εγκαρδιότητα» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη για τα άτομα με οπτική αναπηρία. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η ηλικία παιδιού ($\beta = -0,414$, $t = -2,948$, $p = 0,005$, 27% επίδραση), η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta = 0,411$, $t = 3,156$, $p = 0,003$, 73% επίδραση) και η «Κατηγορία οπτικής αναπηρίας» ($\beta = 0,236$, $t = 2,392$, $p = 0,021$, <1% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,439 < 3$).

Πίνακας 188: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εγκαρδιότητα» για τα άτομα με οπτική αναπηρία

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,211	-	1,795	0,080	-
Ηλικία παιδιού	-0,673	-0,414	-2,948	0,005	2,325
Ηλικία μητέρας	-0,010	-0,086	-0,720	0,475	1,686
Λύκειο-Πανεπιστήμιο (μητέρα)	-0,110	-0,064	-0,530	0,599	1,703
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,408	0,148	1,210	0,233	1,768
Φροντίδα μητέρας	0,136	0,096	0,852	0,399	1,507
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	0,230	0,157	1,096	0,279	2,439
Φροντίδα πατέρα	0,434	0,411	3,156	0,003	2,005
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,197	-0,152	-1,142	0,260	2,088
Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	0,384	0,236	2,392	0,021	1,151

F (9,42) =8,465, $p < 0,001$, $R^2 = 64,5\%$



Γράφημα 107: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Εγκαρδιότητα» για άτομα με οπτική αναπηρία

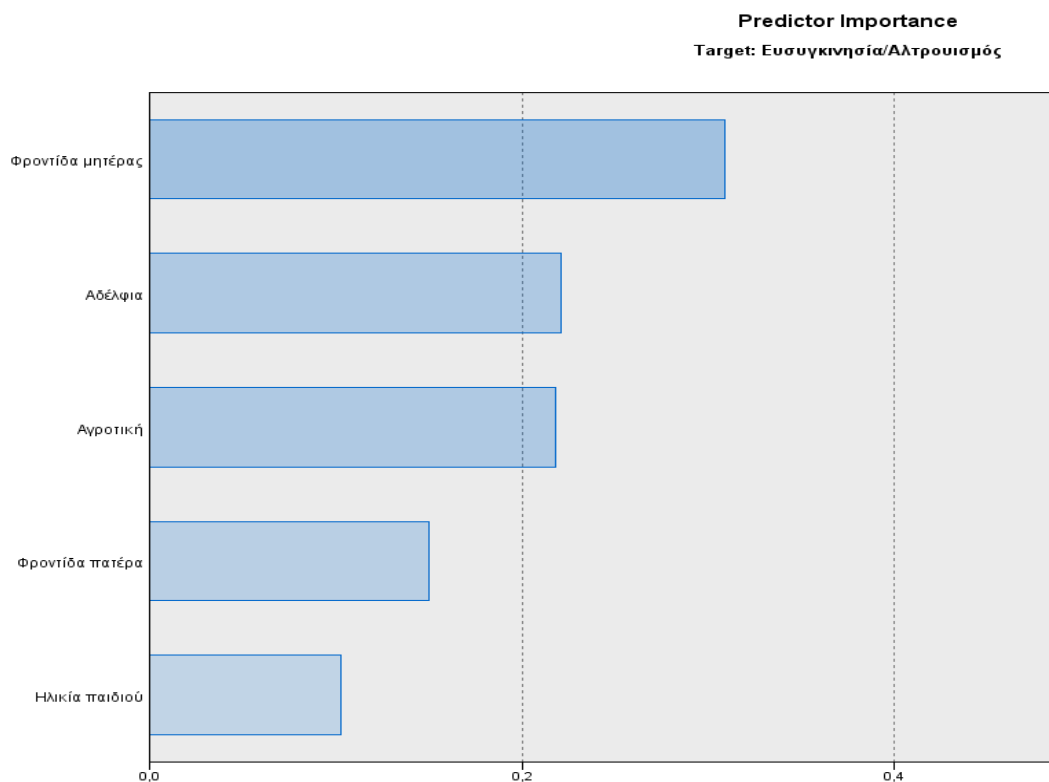
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός

Στον Πίνακα 189 και Γράφημα 113, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμό» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η ηλικία παιδιού ($\beta = -0,150$, $t = -2,098$, $p = 0,038$, 10% επίδραση), η αγροτική περιοχή κατοικίας ($\beta = 0,176$, $t = 2,430$, $p = 0,016$, 22% επίδραση), η ύπαρξη αδερφών ($\beta = 0,207$, $t = 2,857$, $p = 0,005$, 22% επίδραση), η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta = 0,233$, $t = 2,990$, $p = 0,003$, 31% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta = 0,175$, $t = 2,183$, $p = 0,031$, 15% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,277 < 3$).

Πίνακας 189: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμό»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	1,676	-	4,827	<0,001	-
Ηλικία παιδιού	-0,199	-0,150	-2,098	0,038	1,039
Αγροτική	0,234	0,176	2,430	0,016	1,074
Αδέλφια	0,362	0,207	2,857	0,005	1,071
Παντρεμένη μητέρα	-0,064	-0,043	-0,416	0,678	2,220
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,169	0,097	0,915	0,362	2,277
Φροντίδα μητέρας	0,275	0,233	2,990	0,003	1,232
Φροντίδα πατέρα	0,164	0,175	2,183	0,031	1,311

$F(7,153) = 7,217$, $p < 0,001$, $R^2 = 24,8\%$



Γράφημα 108: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Ευσυγκινησία/Αλτρουισμό»

9.2.6. Επίδραση στην Εξωστρέφεια

9.2.6.1. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών

Φύλο παιδιού

Από τον Πίνακα 190, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το φύλο παιδιού στους παράγοντες της εξωστρέφειας ($p \geq 0,112$).

Πίνακας 190: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το φύλο παιδιού

Παράγοντες	Φύλο παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Αγόρι	85	3,37	0,76	Z=-1,588	0,112
	Κορίτσι	94	3,24	0,66		
Απόσυρση	Αγόρι	85	2,45	0,95	Z=-1,218	0,223
	Κορίτσι	94	2,57	0,93		
Δραστηριότητα	Αγόρι	44	3,20	0,88	Z=-0,384	0,701
	Κορίτσι	39	3,09	0,71		
Κοινωνικότητα	Αγόρι	85	3,35	0,83	t (177) =1,483	0,140
	Κορίτσι	94	3,18	0,69		

Ηλικία παιδιού

Από τον Πίνακα 191, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την ηλικία παιδιού στους παράγοντες της εξωστρέφειας ($p \geq 0,144$).

Πίνακας 191: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την ηλικία παιδιού

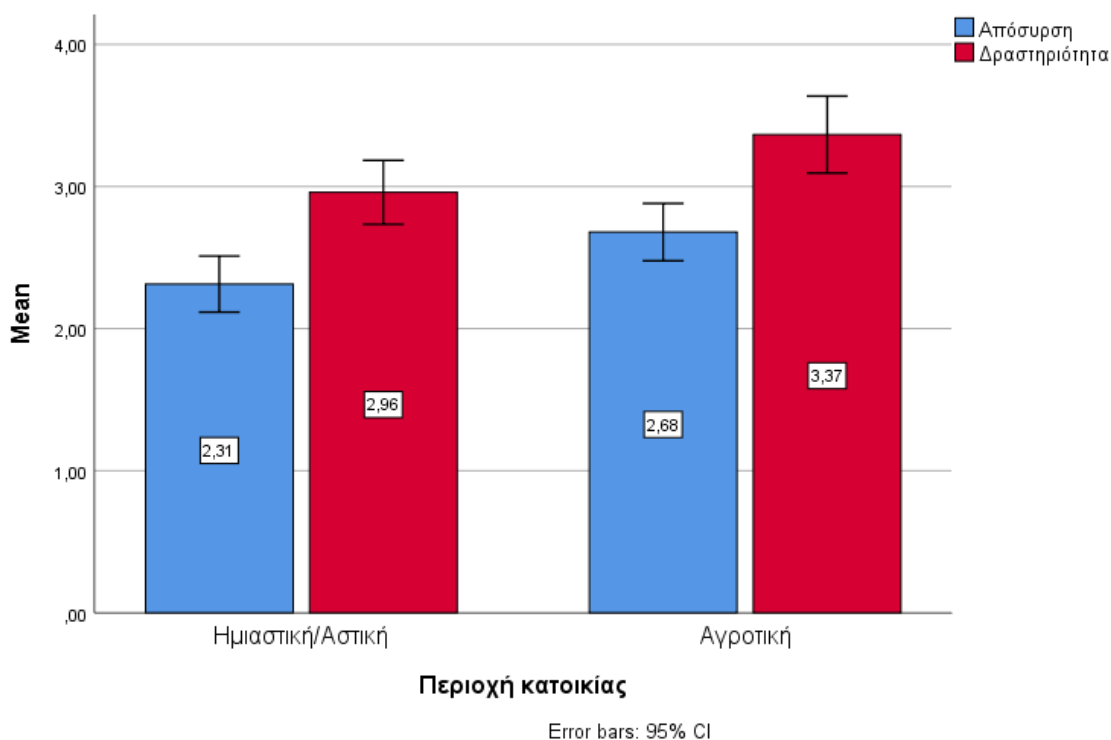
Παράγοντες	Ηλικία παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	8-10 ετών	83	3,28	0,64	Z=-0,470	0,638
	11-18 ετών	96	3,31	0,76		
Απόσυρση	8-10 ετών	83	2,58	0,78	Z= -1,462	0,144
	11-18 ετών	96	2,45	1,05		
Κοινωνικότητα	8-10 ετών	83	3,25	0,79	t (177) =-0,183	0,855
	11-18 ετών	96	3,27	0,74		

Τόπος κατοικίας

Από τον Πίνακα 192 και Γράφημα 114, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς τον τόπο κατοικίας, όπου τα παιδιά που διαμένουν σε αγροτική περιοχή εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στους παράγοντες «Απόσυρση» ($M.O. \text{Αστική/Ημιαστική}=2,31$ vs $M.O. \text{Αγροτική}=2,68, Z=-2,800$ $p=0,005$) και «Δραστηριότητα» ($M.O. \text{Αστική/Ημιαστική}=2,96$ vs $M.O. \text{Αγροτική}=3,37, Z=-2,153$ $p=0,031$).

Πίνακας 192: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς τον τόπο κατοικίας

Παράγοντες	Τόπος κατοικίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστική	p-value
Εξωστρέφεια	Αστική/Ημιαστική περιοχή	88	3,29	0,71	Z= -0,083	0,934
	Αγροτική περιοχή	82	3,32	0,74		
Απόσυρση	Αστική/Ημιαστική περιοχή	88	2,31	0,93	Z= -2,800	0,005
	Αγροτική περιοχή	82	2,68	0,92		
Δραστηριότητα	Αστική/Ημιαστική περιοχή	44	2,96	0,75	Z= -2,153	0,031
	Αγροτική περιοχή	36	3,37	0,82		
Κοινωνικότητα	Αστική/Ημιαστική περιοχή	88	3,18	0,74	t (168) =-1,740	0,084
	Αγροτική περιοχή	82	3,38	0,77		



Γράφημα 109: Στατιστικά σημαντικές διαφορές εξωστρέφειας ως προς τον τόπο κατοικίας

Αδέλφια

Από τον Πίνακα 193, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την ύπαρξη αδελφών στους παράγοντες της εξωστρέφειας ($p \geq 0,307$).

Πίνακας 193: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την ύπαρξη αδελφών

Παράγοντες	Ύπαρξη αδελφών	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Όχι	30	3,20	0,87	Z=-0,582	0,560
	Ναι	146	3,31	0,67		
Απόσυρση	Όχι	30	2,65	1,08	Z=-1,022	0,307
	Ναι	146	2,49	0,91		
Δραστηριότητα	Όχι	13	3,20	0,81	Z=-0,350	0,726
	Ναι	69	3,13	0,81		
Κοινωνικότητα	Όχι	30	3,14	0,98	t (35,605) = -0,819	0,418
	Ναι	146	3,29	0,71		

Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Σύμφωνα με τον Πίνακα 194, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της εξωστρέφειας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι ($p \geq 0,350$).

Πίνακας 194: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της εξωστρέφειας και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Παράγοντες	Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι
Εξωστρέφεια	$\rho(177) = -0,028, p=0,712$
Απόσυρση	$\rho(177) = 0,023, p=0,757$
Δραστηριότητα	$\rho(82) = -0,105, p=0,350$
Κοινωνικότητα	$\rho(177) = 0,016, p=0,831$

9.2.6.2. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών

Ηλικία γονιών

Σύμφωνα με τον Πίνακα 195, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της εξωστρέφειας και της ηλικίας γονιών ($p \geq 0,251$).

Πίνακας 195: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της εξωστρέφειας και της ηλικίας γονιών

Παράγοντες	Ηλικία μητέρας	Ηλικία πατέρα
Εξωστρέφεια	$\rho(173) = -0,017, p=0,822$	$\rho(170) = 0,088, p=0,251$
Απόσυρση	$\rho(173) = -0,028, p=0,714$	$\rho(170) = -0,095, p=0,216$
Δραστηριότητα	$\rho(82) = -0,128, p=0,253$	$\rho(82) = 0,087, p=0,438$
Κοινωνικότητα	$\rho(173) = -0,038, p=0,623$	$r(170) = 0,058, p=0,455$

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Από τον Πίνακα 196 και Γράφημα 115, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας στους παράγοντες «Εξωστρέφεια» ($H(4, 176) = 9,978, p=0,041$) και «Απόσυρση» ($H(4, 176) = 10,644, p=0,031$).

Πίνακας 196: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Δεν πήγε σχολείο	14	3,10	0,63	H (4, 176) =9,978	0,041
	Δημοτικό	30	3,36	0,69		
	Γυμνάσιο	29	3,03	0,65		
	Λύκειο	43	3,32	0,80		
	Πανεπιστήμιο	60	3,43	0,68		
Απόσυρση	Δεν πήγε σχολείο	14	2,59	0,68	H (4, 176) =10,644	0,031
	Δημοτικό	30	2,43	1,00		
	Γυμνάσιο	29	2,87	0,88		
	Λύκειο	43	2,63	0,93		
	Πανεπιστήμιο	60	2,27	0,96		
Δραστηριότητα	Δεν πήγε σχολείο	7	3,03	0,63	H (4, 82) =2,713	0,607
	Δημοτικό	14	3,11	0,83		
	Γυμνάσιο	7	2,91	0,72		
	Λύκειο	21	3,39	0,84		
	Πανεπιστήμιο	33	3,09	0,83		
Κοινωνικότητα	Δεν πήγε σχολείο	14	2,98	0,86	F (4, 171) = 2,143	0,078
	Δημοτικό	30	3,43	0,66		
	Γυμνάσιο	29	2,98	0,63		
	Λύκειο	43	3,30	0,86		
	Πανεπιστήμιο	60	3,35	0,75		

Στον παράγοντα «Εξωστρέφεια» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι απόφοιτες γυμνασίου ($M.O.=3,03$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι απόφοιτες δημοτικού ($M.O.=3,36$, $p=0,026$) και πανεπιστημίου ($M.O.=3,43$, $p=0,007$).

Πίνακας 197: «Εξωστρέφεια» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Bonferroni

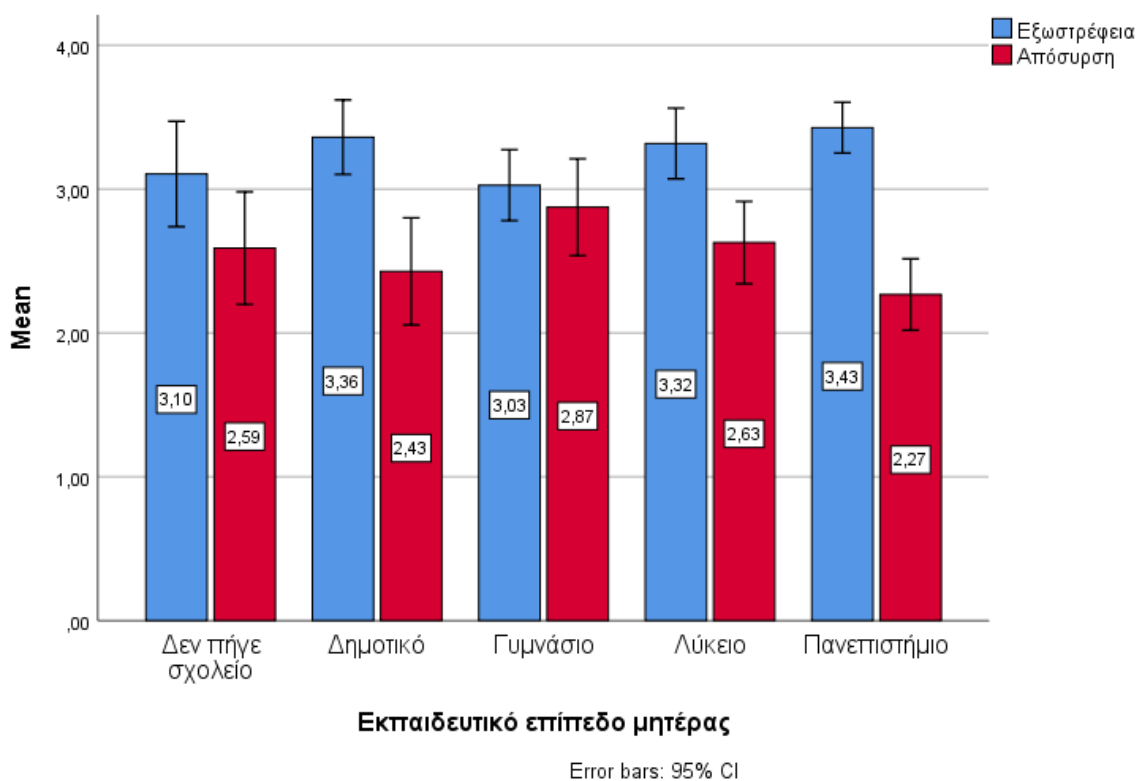
Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Γυμνάσιο-Δεν πήγε σχολείο	3,138	0,850
Γυμνάσιο-Λύκειο	-21,103	0,085
Γυμνάσιο-Δημοτικό	29,621	0,026
Γυμνάσιο-Πανεπιστήμιο	-31,338	0,007
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο	-17,965	0,252
Δεν πήγε σχολείο-Δημοτικό	-26,483	0,108
Δεν πήγε σχολείο-Πανεπιστήμιο	-28,200	0,062
Λύκειο-Δημοτικό	8,518	0,482
Λύκειο-Πανεπιστήμιο	-10,235	0,315
Δημοτικό-Πανεπιστήμιο	-1,717	0,880

Στον παράγοντα «Απόσυρση» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι απόφοιτες πανεπιστημίου ($M.O.=2,27$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι απόφοιτες λυκείου ($M.O.=2,63$, $p=0,036$) και γυμνασίου ($M.O.=2,87$, $p=0,003$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες

είναι απόφοιτες δημοτικού ($M.O.=2,43$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι απόφοιτες γυμνασίου ($M.O.=2,87, p=0,046$).

Πίνακας 198: «Απόσυρση» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Post Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Πανεπιστήμιο-Δημοτικό	7,617	0,503
Πανεπιστήμιο-Δεν πήγε σχολείο	20,536	0,174
Πανεπιστήμιο-Λύκειο	21,297	0,036
Πανεπιστήμιο-Γυμνάσιο	34,078	0,003
Δημοτικό-Δεν πήγε σχολείο	12,919	0,433
Δημοτικό-Λύκειο	-13,680	0,258
Δημοτικό-Γυμνάσιο	-26,461	0,046
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο	-0,761	0,961
Δεν πήγε σχολείο-Γυμνάσιο	-13,542	0,413
Λύκειο-Γυμνάσιο	12,781	0,296



Γράφημα 110: Στατιστικά σημαντικές διαφορές εξωστρέφειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Από τον Πίνακα 199, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα στους παράγοντες της εξωστρέφειας ($p \geq 0,121$).

Πίνακας 199: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Δεν πήγε σχολείο	12	3,08	0,67	H (4, 177) =5,507	0,239
	Δημοτικό	21	3,30	0,69		
	Γυμνάσιο	23	3,27	0,70		
	Λύκειο	61	3,23	0,76		
	Πανεπιστήμιο	60	3,42	0,68		
Απόσυρση	Δεν πήγε σχολείο	12	2,75	1,09	H (4, 177) =7,305	0,121
	Δημοτικό	21	2,50	0,87		
	Γυμνάσιο	23	2,53	0,84		
	Λύκειο	61	2,72	0,95		
	Πανεπιστήμιο	60	2,26	0,92		
Δραστηριότητα	Δεν πήγε σχολείο	5	3,00	0,47	H (4, 82) =2,961	0,564
	Δημοτικό	11	3,29	0,73		
	Γυμνάσιο	10	3,30	0,98		
	Λύκειο	24	3,29	0,84		
	Πανεπιστήμιο	32	2,97	0,79		
Κοινωνικότητα	Δεν πήγε σχολείο	12	3,06	0,83	F (4, 172) =0,494	0,740
	Δημοτικό	21	3,32	0,73		
	Γυμνάσιο	23	3,25	0,70		
	Λύκειο	61	3,22	0,79		
	Πανεπιστήμιο	60	3,35	0,76		

Επάγγελμα μητέρας

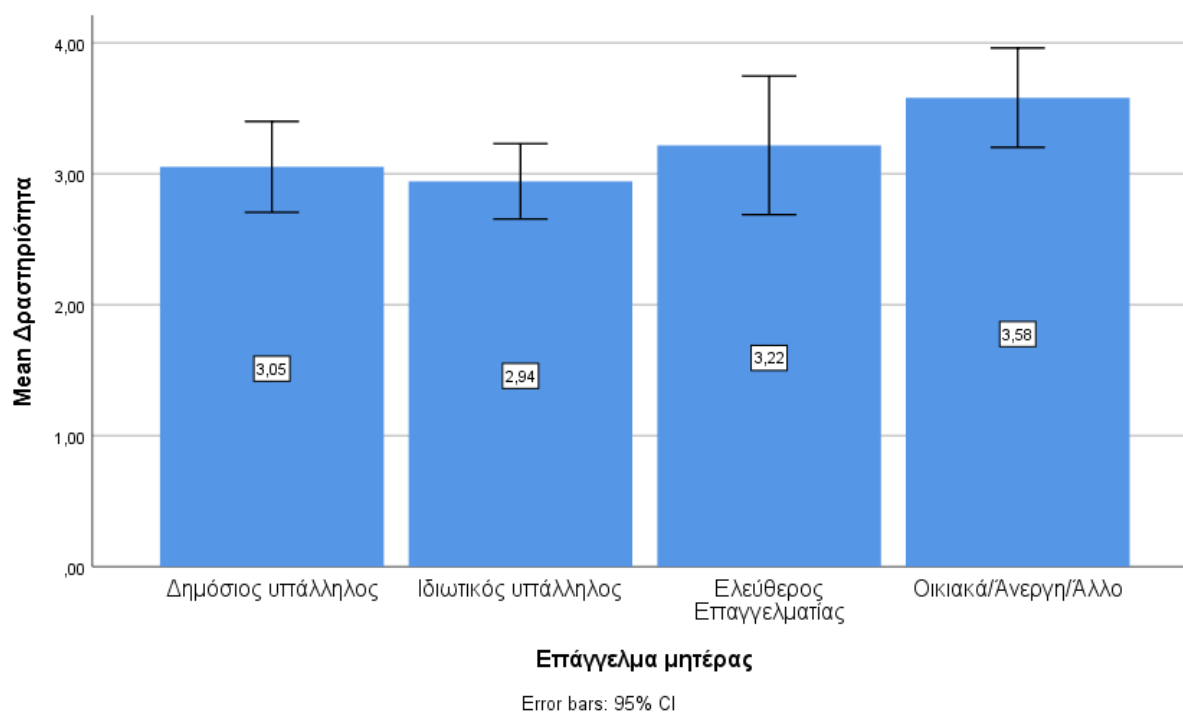
Από τον Πίνακα 200 και Γράφημα 116, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το επάγγελμα μητέρας στον παράγοντα «Δραστηριότητα» ($H (3, 82) =7,834, p=0,049$). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες ασχολούνται με οικιακά ή είναι άνεργες ή απασχολούνται κάπου αλλού ($M.O.=3,58$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι ($M.O.=2,94, p=0,006$) και δημόσιοι υπάλληλοι ($M.O.=3,05, p=0,048$).

Πίνακας 200: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το επάγγελμα μητέρας

Παράγοντες	Επάγγελμα μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,39	0,66	H (3, 175) =2,994	0,392
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,16	0,66		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,34	0,69		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,32	0,83		
Απόσυρση	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,30	0,97	H (3, 175) =6,880	0,076
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,76	0,91		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,46	0,87		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	2,50	0,97		
Δραστηριότητα	Δημόσιος υπάλληλος	21	3,05	0,76	H (3, 82) =7,834	0,049
	Ιδιωτικός υπάλληλος	31	2,94	0,79		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	12	3,22	0,83		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	18	3,58	0,76		
Κοινωνικότητα	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,34	0,68	F (3, 171) =0,561	0,641
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,17	0,76		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,32	0,80		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,21	0,81		

Πίνακας 201: «Δραστηριότητα» ως προς το επάγγελμα μητέρας, Post Hoc Bonferroni

Επάγγελμα μητέρας 1- Επάγγελμα μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Ιδιωτικός υπάλληλος-Δημόσιος υπάλληλος	4,239	0,528
Ιδιωτικός υπάλληλος-Ελεύθερος Επαγγελματίας	-8,340	0,302
Ιδιωτικός υπάλληλος-Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	-19,326	0,006
Δημόσιος υπάλληλος-Ελεύθερος Επαγγελματίας	-4,101	0,633
Δημόσιος υπάλληλος-Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	-15,087	0,048
Ελεύθερος Επαγγελματίας-Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	-10,986	0,215

**Γράφημα 111:** «Δραστηριότητα» ως προς το επάγγελμα μητέρας

Επάγγελμα πατέρα

Από τον Πίνακα 202, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το επάγγελμα πατέρα στους παράγοντες της εξωστρέφειας ($p \geq 0,073$).

Πίνακας 202: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το επάγγελμα πατέρα

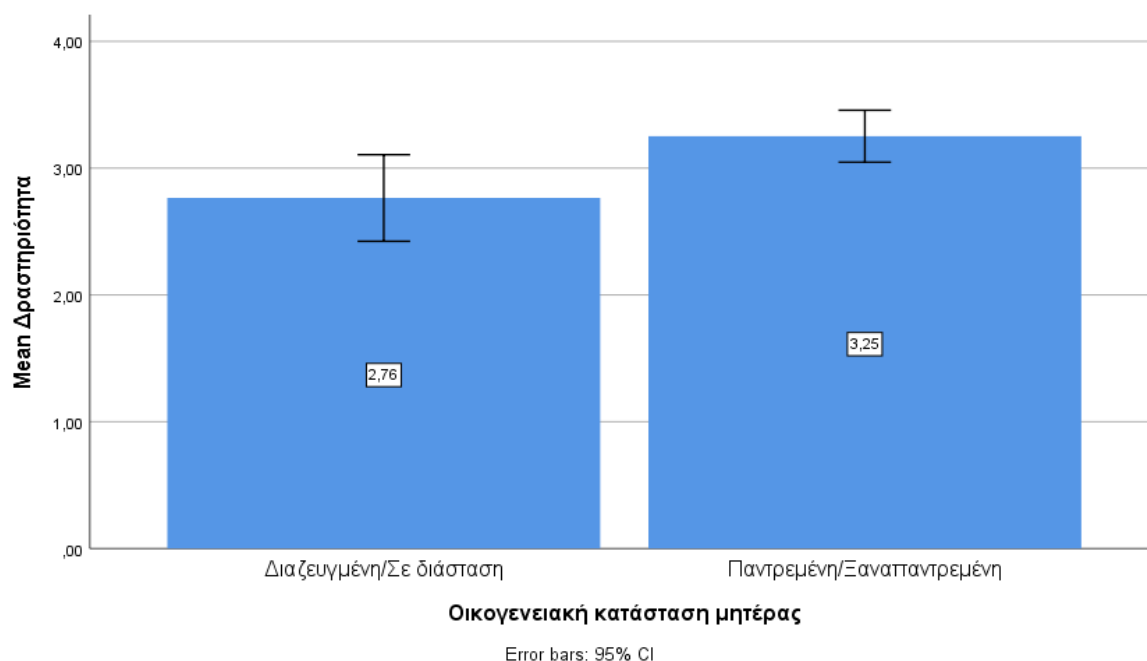
Παράγοντες	Επάγγελμα πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Δημόσιος υπάλληλος	34	3,41	0,63	H (3, 175) =2,997	0,392
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	3,36	0,71		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	3,26	0,77		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	3,05	0,47		
Απόσυρση	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,24	0,74	H (3, 175) =6,955	0,073
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,41	0,88		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,64	1,05		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,71	0,74		
Δραστηριότητα	Δημόσιος υπάλληλος	17	3,06	0,77	H (3, 82) =1,707	0,635
	Ιδιωτικός υπάλληλος	22	3,31	0,88		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	37	3,15	0,82		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	6	2,83	0,46		
Κοινωνικότητα	Δημόσιος υπάλληλος	34	3,24	0,79	F (3, 171) =0,380	0,768
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	3,30	0,79		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	3,29	0,78		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	3,03	0,50		

Οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Από τον Πίνακα 203 (Γράφημα 117), προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας στην «Δραστηριότητα», με υψηλότερες τιμές να εμφανίζουν τα παιδιά που έχουν μητέρα παντρεμένη ή ξαναπαντρεμένη ($M.O.=3,25$) σε σύγκριση με την αντίστοιχη των παιδιών που έχουν μητέρα διαζευγμένη ή σε διάσταση ($M.O.=2,76$, $Z=2,186$, $p=0,029$).

Πίνακας 203: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Παντρεμένη/Ξαναπαντρεμένη	135	3,33	0,75	Z=1,194	0,233
	Διαζευγμένη/Σε διάσταση	41	3,21	0,58		
Απόσυρση	Παντρεμένη/Ξαναπαντρεμένη	135	2,50	0,96	Z=0,147	0,883
	Διαζευγμένη/Σε διάσταση	41	2,53	0,88		
Δραστηριότητα	Παντρεμένη/Ξαναπαντρεμένη	64	3,25	0,82	Z=2,186	0,029
	Διαζευγμένη/Σε διάσταση	17	2,76	0,66		
Κοινωνικότητα	Παντρεμένη/Ξαναπαντρεμένη	135	3,29	0,78	t (174) = 0,484	0,629
	Διαζευγμένη/Σε διάσταση	41	3,22	0,72		



Γράφημα 112: «Δραστηριότητα» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Από τον Πίνακα 204, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα στους παράγοντες της εξωστρέφειας ($p \geq 0,267$).

Πίνακας 204: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Παντρεμένος	124	3,35	0,72	H (3, 173) =2,807	0,422
	Διαζευγμένος	16	3,33	0,50		
	Σε διάσταση	22	3,18	0,66		
	Ξαναπαντρεμένος	11	3,01	0,84		
Απόσυρση	Παντρεμένος	124	2,49	0,93	H (3, 173) =1,934	0,586
	Διαζευγμένος	16	2,45	0,97		
	Σε διάσταση	22	2,45	0,88		
	Ξαναπαντρεμένος	11	2,95	1,17		
Δραστηριότητα	Παντρεμένος	60	3,27	0,83	H (3, 79) =3,946	0,267
	Διαζευγμένος	8	2,80	0,56		
	Σε διάσταση	8	2,93	0,83		
	Ξαναπαντρεμένος	3	2,73	0,50		
Κοινωνικότητα	Παντρεμένος	124	3,29	0,76	F (3, 169) = 0,495	0,686
	Διαζευγμένος	16	3,37	0,54		
	Σε διάσταση	22	3,11	0,83		
	Ξαναπαντρεμένος	11	3,20	0,84		

9.2.6.3. Επίδραση αναπηρίας παιδιών

Είδος αναπηρίας

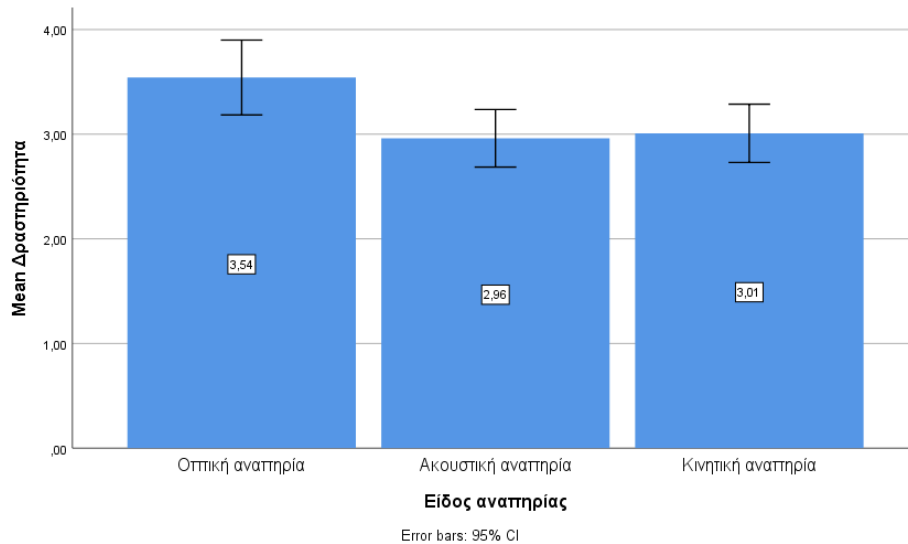
Από τον Πίνακα 205 και Γράφημα 118, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το είδος αναπηρίας στον παράγοντα «Δραστηριότητα» ($H(2, 179) = 7,719, p = 0,021$). Συγκεκριμένα, μέσος όρος των παιδιών που πάσχουν από οπτική αναπηρία ($M.O. = 3,54$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων πάσχουν από ακουστική αναπηρία ($M.O. = 2,96, p = 0,012$) και κινητική ($M.O. = 3,01, p = 0,018$).

Πίνακας 205: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς το είδος αναπηρίας

Παράγοντες	Είδος αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Οπτική αναπηρία	54	3,29	0,75	$H(2, 179) = 4,552$	0,103
	Ακουστική αναπηρία	63	3,40	0,53		
	Κινητική αναπηρία	62	3,20	0,82		
Απόσυρση	Οπτική αναπηρία	54	2,62	1,02	$H(2, 179) = 1,464$	0,481
	Ακουστική αναπηρία	63	2,42	0,70		
	Κινητική αναπηρία	62	2,51	1,07		
Δραστηριότητα	Οπτική αναπηρία	24	3,54	0,85	$H(2, 179) = 7,719$	0,021
	Ακουστική αναπηρία	28	2,96	0,71		
	Κινητική αναπηρία	31	3,01	0,76		
Κοινωνικότητα	Οπτική αναπηρία	54	3,24	0,75	$F(2, 176) = 3,023$	0,051
	Ακουστική αναπηρία	63	3,44	0,60		
	Κινητική αναπηρία	62	3,11	0,87		

Πίνακας 206: «Δραστηριότητα» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni

Είδος αναπηρίας 1-Είδος αναπηρίας 2	Στατιστικό	p-value
Ακουστική αναπηρία-Κινητική αναπηρία	-1,359	0,828
Ακουστική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	16,833	0,012
Κινητική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	15,474	0,018



Γράφημα 113: «Δραστηριότητα» ως προς το είδος αναπηρίας

Κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 207, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας στους παράγοντες της εξωστρέφειας ($p \geq 0,069$).

Πίνακας 207: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Μερικώς βλέποντας	26	3,16	0,65	Z=-1,429	0,153
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,40	0,82		
Απόσυρση	Μερικώς βλέποντας	26	2,87	0,82	Z=-1,819	0,069
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,39	1,14		
Δραστηριότητα	Μερικώς βλέποντας	9	3,80	0,69	Z=-1,138	0,255
	Άτομο με ολική τύφλωση	15	3,39	0,91		
Κοινωνικότητα	Μερικώς βλέποντας	26	3,14	0,75	t (52) =-0,898	0,373
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,33	0,76		

Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 208, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας στους παράγοντες της εξωστρέφειας ($p \geq 0,111$).

Πίνακας 208: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Αγωγής	20	3,40	0,42	H (2, 63) =1,787	0,409
	Νευροαισθητήρια	22	3,52	0,45		
	Μεικτή	21	3,28	0,67		
Απόσυρση	Αγωγής	20	2,44	0,54	H (2, 63) =0,350	0,839
	Νευροαισθητήρια	22	2,31	0,67		
	Μεικτή	21	2,52	0,86		
Δραστηριότητα	Αγωγής	11	3,04	0,66	H (2, 63) =0,678	0,713
	Νευροαισθητήρια	10	2,99	0,74		
	Μεικτή	7	2,80	0,82		
Κοινωνικότητα	Αγωγής	20	3,40	0,42	F (2, 60) =2,277	0,111
	Νευροαισθητήρια	22	3,64	0,49		
	Μεικτή	21	3,26	0,80		

Βαθμός ακουστικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 209, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των παραγόντων της εξωστρέφειας με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας ($p \geq 0,609$).

Πίνακας 209: Συσχετίσεις των παραγόντων της εξωστρέφειας με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Βαθμός ακουστικής αναπηρίας
Εξωστρέφεια	rho (63) = -0,002, p=0,897
Απόσυρση	rho (63) = -0,005, p=0,967
Δραστηριότητα	rho (28) = -0,084, p=0,671
Κοινωνικότητα	rho (63) = 0,066, p=0,609

Κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 210, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας στους παράγοντες της εξωστρέφειας ($p \geq 0,052$).

Πίνακας 210: Σύγκριση των παραγόντων της εξωστρέφειας ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Εξωστρέφεια	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	3,16	0,82	Z=-0,683	0,495
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,24	0,84		
Απόσυρση	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,45	0,94	Z=-0,049	0,961
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,57	1,19		
Δραστηριότητα	Επίκτητη κινητική αναπηρία	15	2,71	0,53	Z =-1,947	0,052
	Συγγενής κινητική αναπηρία	16	3,29	0,85		
Κοινωνικότητα	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	3,00	0,92	t (60) =-0,991	0,326
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,22	0,83		

9.2.6.4. Επίδραση PBI

Από τον Πίνακα 211, προκύπτει ότι:

- ❖ Η «Φροντίδα μητέρας» και η «Φροντίδα πατέρα» συσχετίστηκαν θετικά με την «Εξωστρέφεια», τη «Δραστηριότητα» και την «Κοινωνικότητα» ενώ αρνητικά με την «Απόσυρση».
- ❖ Η «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» συσχετίστηκε αρνητικά με την «Εξωστρέφεια», τη «Δραστηριότητα» και την «Κοινωνικότητα» ενώ θετικά με την «Απόσυρση».
- ❖ Η «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» συσχετίστηκε αρνητικά με την «Εξωστρέφεια» και την «Κοινωνικότητα» ενώ θετικά με την «Απόσυρση».

Πίνακας 211: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της Εξωστρέφειας

Παράγοντες	Φροντίδα μητέρας	Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Υπερπροστατευτικότητα πατέρα
Εξωστρέφεια	,375**	-,318**	,409**	-,329**
Απόσυρση	-,280**	,244**	-,292**	,331**
Δραστηριότητα	,219*	-,232*	,433**	-0,216
Κοινωνικότητα	,339**	-,267**	,339**	-,279**

**p<0,01, *p<0,05

9.2.6.5. Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων

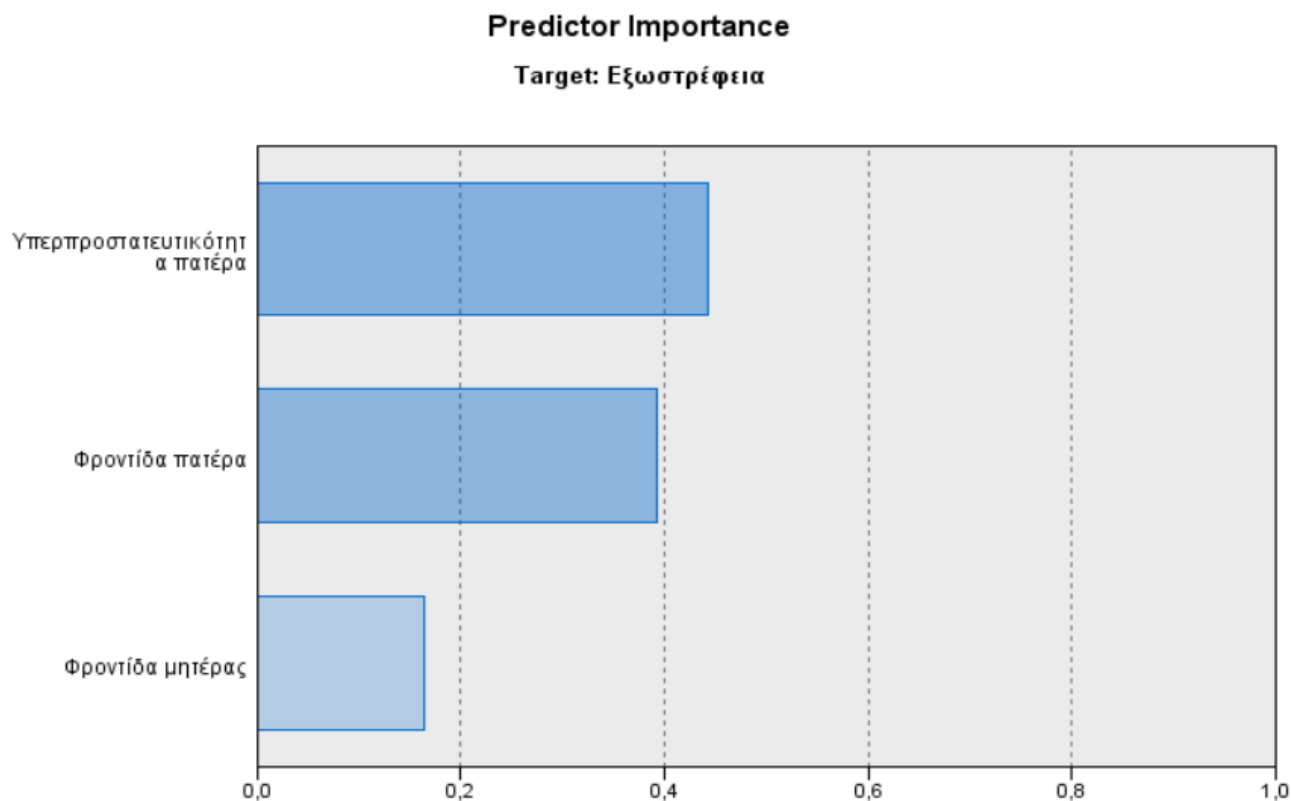
Εξωστρέφεια

Στον Πίνακα 212 και Γράφημα 119, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εξωστρέφεια» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,207$, $t=2,745$, $p=0,007$, 16% επίδραση), η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,231$, $t=3,120$, $p=0,002$, 39% επίδραση) και η «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» ($\beta=-0,187$, $t=-2,121$, $p=0,035$, 45% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,865 < 3$).

Πίνακας 212: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εξωστρέφεια»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,585	-	5,974	<0,001	-
Πανεπιστήμιο (μητέρα)	0,040	0,027	0,388	0,699	1,100
Φροντίδα μητέρας	0,261	0,207	2,745	0,007	1,331
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,094	-0,073	-0,815	0,416	1,865
Φροντίδα πατέρα	0,235	0,231	3,120	0,002	1,282
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,218	-0,187	-2,121	0,035	1,807

$F(5, 170)=12,682$, $p<0,001$, $R^2=27,2\%$



Γράφημα 114: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Εξωστρέφεια»

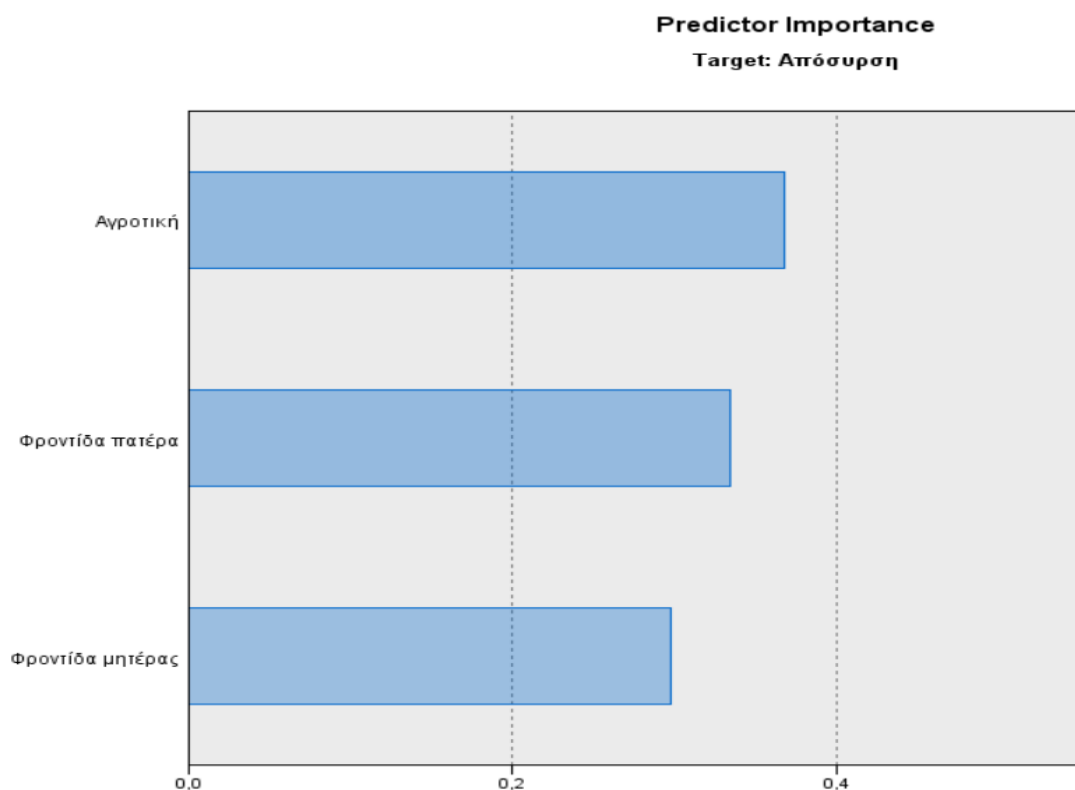
Απόσυρση

Στον Πίνακα 213 και Γράφημα 120, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Απόσυρση» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η αγροτική περιοχή κατοικίας ($\beta=0,269$, $t=3,632$, $p<0,001$, 37% επίδραση), η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=-0,167$, $t=-2,098$, $p=0,038$, 30% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=-0,203$, $t=-2,582$, $p=0,011$, 33% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,952 < 3$).

Πίνακας 213: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Απόσυρση»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,870	-	4,797	<0,001	-
Αγροτική	0,508	0,269	3,632	<0,001	1,161
Πανεπιστήμιο (μητέρα)	0,008	0,004	0,054	0,957	1,239
Φροντίδα μητέρας	-0,278	-0,167	-2,098	0,038	1,348
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	0,118	0,070	0,732	0,465	1,952
Φροντίδα πατέρα	-0,268	-0,203	-2,582	0,011	1,311
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	0,285	0,186	1,969	0,051	1,904

$F(6, 160)=8,718$, $p<0,001$, $R^2=24,6\%$



Γράφημα 115: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Απόσυρση»

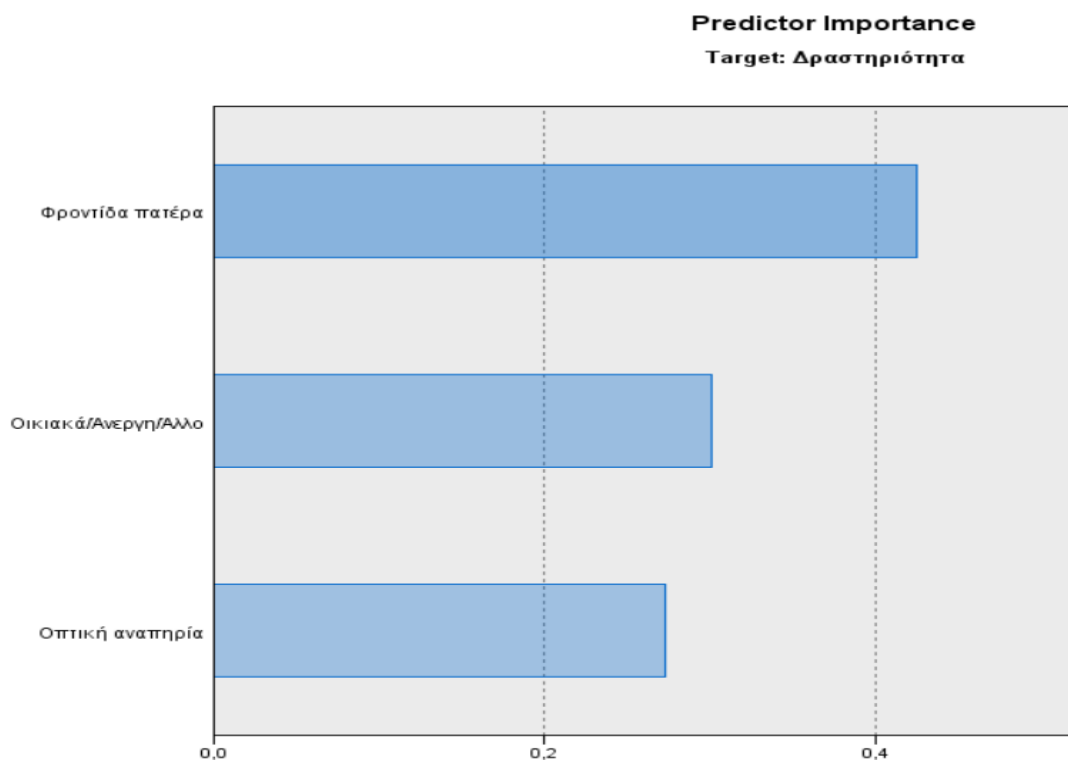
Δραστηριότητα

Στον Πίνακα 214 και Γράφημα 121, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Δραστηριότητα» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν το επάγγελμα μητέρας και συγκεκριμένα αν ασχολείται με τα οικιακά, κάποια άλλη ασχολία ή είναι άνεργη ($\beta=0,264$, $t=2,599$, $p=0,011$, 30% επίδραση), η «Οπτική αναπηρία» ($\beta=0,294$, $t=2,794$, $p=0,007$, 27% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,316$, $t=2,918$, $p=0,005$, 43% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,367 < 3$).

Πίνακας 214: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Δραστηριότητα»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	1,588	-	1,919	0,059	-
Αγροτική	0,224	0,138	1,363	0,177	1,128
Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	0,516	0,264	2,599	0,011	1,130
Παντρεμένη/Ξαναπαντρεμένη μητέρα	0,364	0,178	1,768	0,081	1,107
Οπτική αναπηρία	0,515	0,294	2,794	0,007	1,214
Φροντίδα μητέρας	-0,108	-0,068	-0,608	0,545	1,367
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	0,041	0,022	0,209	0,835	1,251
Φροντίδα πατέρα	0,391	0,316	2,918	0,005	1,285

$F(7, 70)=5,627$, $p<0,001$, $R^2=36\%$



Γράφημα 116: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Δραστηριότητα»

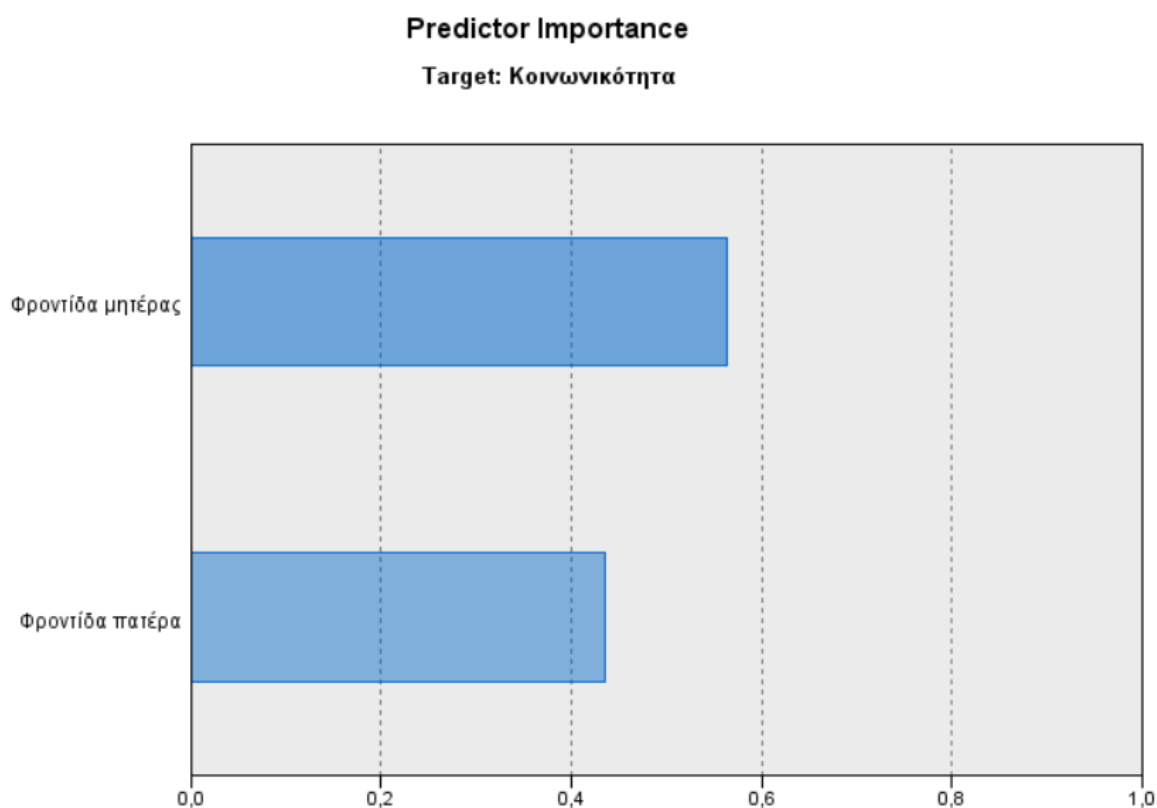
Κοινωνικότητα

Στον Πίνακα 215 και Γράφημα 122, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Κοινωνικότητα» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,216$, $t=2,760$, $p=0,006$, 56% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,183$, $t=2,359$, $p=0,019$, 44% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,795 < 3$).

Πίνακας 215: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Κοινωνικότητα»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,369	-	4,873	<0,001	-
Φροντίδα μητέρας	0,291	0,216	2,760	0,006	1,299
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,064	-0,046	-0,505	0,614	1,795
Φροντίδα πατέρα	0,199	0,183	2,359	0,019	1,278
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,158	-0,126	-1,385	0,168	1,767

$F(4, 174)=9,668$, $p<0,001$, $R^2=18,2\%$



Γράφημα 117: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Κοινωνικότητα»

9.2.7. Επίδραση στην Διανοητική ανάπτυξη

9.2.7.1. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών

Φύλο παιδιού

Από τον Πίνακα 216, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το φύλο παιδιού στους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης ($p \geq 0,692$).

Πίνακας 216: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το φύλο παιδιού

Παράγοντες	Φύλο παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Αγόρι	85	3,11	0,71	Z=-0,238	0,812
	Κορίτσι	94	3,11	0,67		
Νόηση	Αγόρι	85	3,19	0,76	Z=-0,207	0,836
	Κορίτσι	94	3,20	0,71		
Αυτοπεποίθηση	Αγόρι	85	3,18	0,85	t (177) =0,397	0,692
	Κορίτσι	94	3,13	0,85		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Αγόρι	41	3,09	0,83	t (94) =-0,087	0,931
	Κορίτσι	55	3,11	0,76		

Ηλικία παιδιού

Από τον Πίνακα 217, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την ηλικία παιδιού στους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης ($p \geq 0,093$).

Πίνακας 217: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την ηλικία παιδιού

Παράγοντες	Ηλικία παιδιού	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	8-10 ετών	83	3,04	0,64	Z=-1,678	0,093
	11-18 ετών	96	3,17	0,72		
Νόηση	8-10 ετών	83	3,16	0,70	Z=-0,849	0,396
	11-18 ετών	96	3,24	0,76		
Αυτοπεποίθηση	8-10 ετών	83	3,11	0,79	t (177) = -0,611	0,542
	11-18 ετών	96	3,19	0,90		

Τόπος κατοικίας

Από τον Πίνακα 218 και Γράφημα 123, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς τον τόπο κατοικίας στον παράγοντα «Διανοητική ανάπτυξη» ($H(2, 170) = 6,415, p=0,040$).

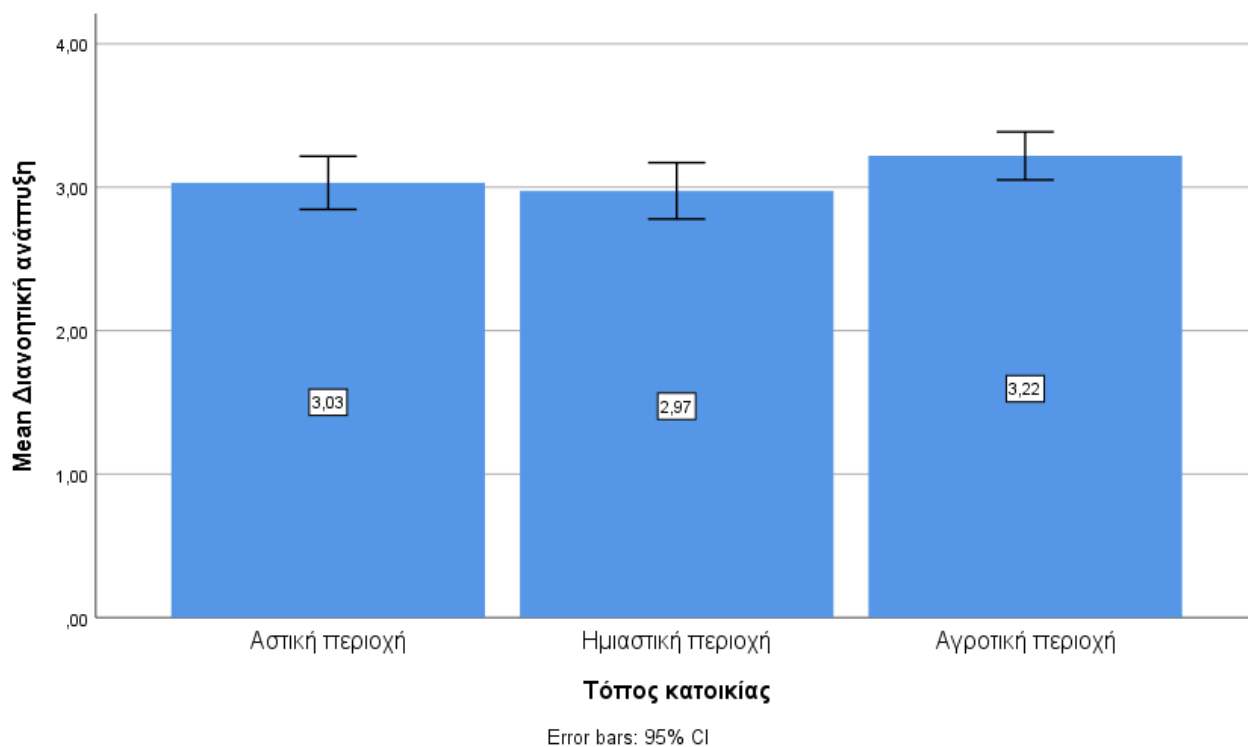
Πίνακας 218: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς τον τόπο κατοικίας

Παράγοντες	Τόπος κατοικίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστική	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Αστική περιοχή	48	3,03	0,64	H (2, 170) = 6,415	0,040
	Ημιαστική περιοχή	40	2,97	0,61		
	Αγροτική περιοχή	82	3,22	0,76		
Νόηση	Αστική περιοχή	48	3,16	0,73	H (2, 170) = 4,067	0,131
	Ημιαστική περιοχή	40	3,05	0,62		
	Αγροτική περιοχή	82	3,32	0,79		
Αυτοπεποίθηση	Αστική περιοχή	48	3,16	0,87	F (2, 167) = 0,372	0,690
	Ημιαστική περιοχή	40	3,05	0,82		
	Αγροτική περιοχή	82	3,20	0,90		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Αστική περιοχή	27	2,96	0,79	F (2, 167) = 0,771	0,466
	Ημιαστική περιοχή	17	3,02	0,68		
	Αγροτική περιοχή	46	3,19	0,85		

Στον παράγοντα «Διανοητική ανάπτυξη» ο μέσος όρος των παιδιών που κατοικούν σε αγροτική περιοχή είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων κατοικούν σε ημιαστική ($M.O. \text{ Αγροτική περιοχή} = 3,22 \text{ vs } M.O. \text{ Ημιαστική περιοχή} = 2,97, p=0,022$).

Πίνακας 219: «Διανοητική ανάπτυξη» ως προς τον τόπο κατοικίας, Post Hoc Bonferroni

Τόπος κατοικίας 1-Τόπος κατοικίας 2	Στατιστικό	p-value
Ημιαστική περιοχή-Αστική περιοχή	5,596	0,595
Ημιαστική περιοχή-Αγροτική περιοχή	-21,758	0,022
Αστική περιοχή-Αγροτική περιοχή	-16,162	0,071

**Γράφημα 118:** «Διανοητική ανάπτυξη» ως προς τον τόπο κατοικίαςΑδέλφια

Από τον Πίνακα 220, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την ηλικία παιδιού στους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης ($p \geq 0,657$).

Πίνακας 220: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την ύπαρξη αδελφών

Παράγοντες	Ύπαρξη αδελφών	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Όχι	30	3,18	0,77	Z=-0,431	0,667
	Ναι	146	3,10	0,67		
Νόηση	Όχι	30	3,24	0,71	Z=-0,380	0,704
	Ναι	146	3,19	0,74		
Αυτοπεποίθηση	Όχι	30	3,20	0,98	t (174) = 0,261	0,794
	Ναι	146	3,15	0,83		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Όχι	17	3,19	0,80	t (92) = 0,446	0,657
	Ναι	77	3,10	0,78		

Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Σύμφωνα με τον Πίνακα 221, ο «Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι» συσχετίστηκε αρνητικά με τη «Νόηση» ($\rho(177)=-0,167, p<0,05$).

Πίνακας 221: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Παράγοντες	Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι
Διανοητική ανάπτυξη	-0,135
Νόηση	-,167*
Αυτοπεποίθηση	-0,072
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	-0,155

* $p<0,05$

9.2.7.2. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών

Ηλικία γονιών

Σύμφωνα με τον Πίνακα 222, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης και της ηλικίας γονιών ($p\geq 0,163$).

Πίνακας 222 Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης και της ηλικίας γονιών

Παράγοντες	Ηλικία μητέρας	Ηλικία πατέρα
Διανοητική ανάπτυξη	$\rho(173) = 0,014, p=0,852$	$\rho(170) = 0,114, p=0,139$
Νόηση	$\rho(173) = 0,007, p=0,927$	$\rho(170) = 0,107, p=0,163$
Αυτοπεποίθηση	$\rho(173) = 0,020, p=0,797$	$r(170) = 0,087, p=0,258$
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	$\rho(91) = 0,016, p=0,878$	$r(88) = 0,019, p=0,862$

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Από τον Πίνακα 223, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας στους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης ($p\geq 0,262$).

Πίνακας 223: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

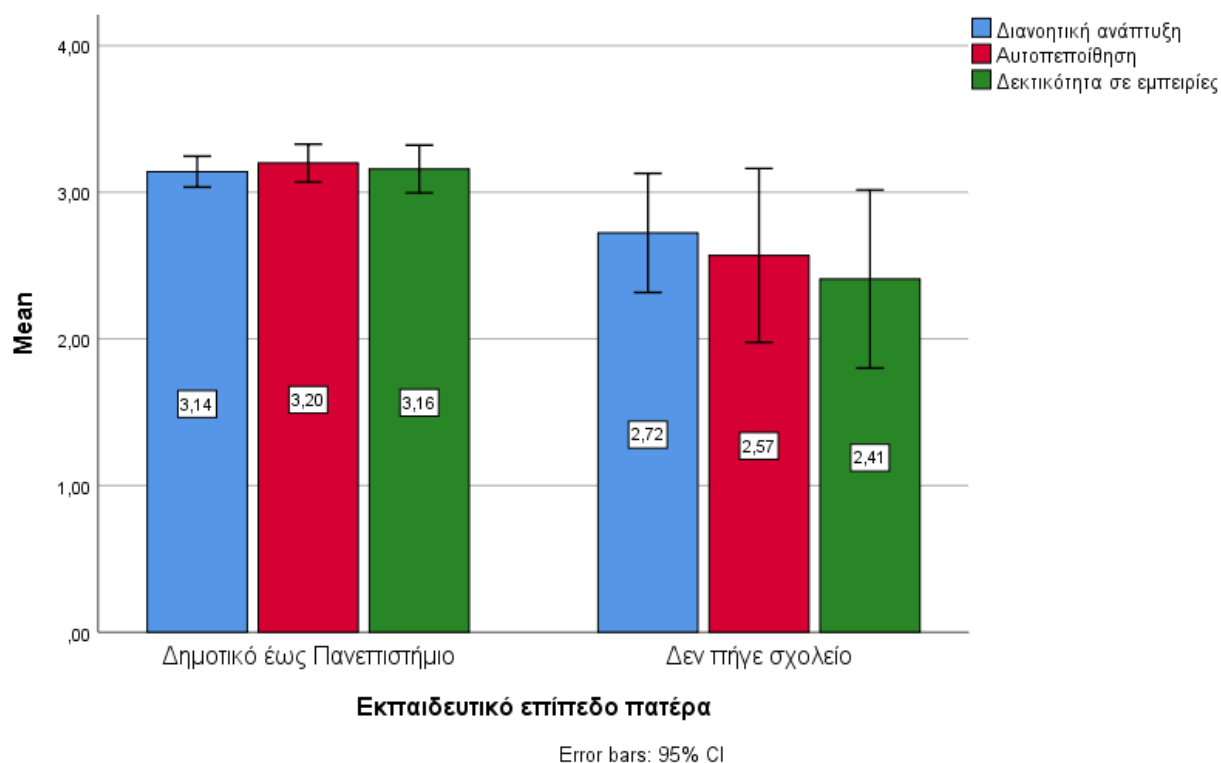
Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Δεν πήγε σχολείο	14	2,88	0,66	H (4, 176) =3,004	0,557
	Δημοτικό	30	3,02	0,59		
	Γυμνάσιο	29	3,09	0,69		
	Λύκειο	43	3,17	0,76		
	Πανεπιστήμιο	60	3,17	0,70		
Νόηση	Δεν πήγε σχολείο	14	3,02	0,68	H (4, 176) =2,428	0,658
	Δημοτικό	30	3,07	0,72		
	Γυμνάσιο	29	3,20	0,73		
	Λύκειο	43	3,28	0,75		
	Πανεπιστήμιο	60	3,27	0,75		
Αυτοπεποίθηση	Δεν πήγε σχολείο	14	2,79	0,83	F (4, 171) =1,088	0,364
	Δημοτικό	30	3,10	0,85		
	Γυμνάσιο	29	3,09	0,81		
	Λύκειο	43	3,15	0,92		
	Πανεπιστήμιο	60	3,29	0,84		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Δεν πήγε σχολείο	7	2,63	0,69	F (4, 93) = 1,339	0,262
	Δημοτικό	16	2,89	0,45		
	Γυμνάσιο	22	3,08	0,81		
	Λύκειο	22	3,19	0,88		
	Πανεπιστήμιο	27	3,28	0,86		

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Από τον Πίνακα 224 (Γράφημα 124), προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν υψηλότερες τιμές στα παιδιά με πατέρα που έχει κάποιας μορφής εκπαίδευση σε σύγκριση με τις τιμές παιδιών των οποίων οι πατέρες δεν έχουν πάει σχολείο, στους παράγοντες «Διανοητική ανάπτυξη» ($M.O._{\text{Δεν πήγε σχολείο}}=2,72$ vs $M.O._{\text{Δημοτικό έως Πανεπιστήμιο}}=3,14$, $p=0,025$), «Αυτοπεποίθηση» ($M.O._{\text{Δεν πήγε σχολείο}}=2,57$ vs $M.O._{\text{Δημοτικό έως Πανεπιστήμιο}}=3,20$, $p=0,013$) και «Δεκτικότητα σε εμπειρίες» ($M.O._{\text{Δεν πήγε σχολείο}}=2,41$ vs $M.O._{\text{Δημοτικό έως Πανεπιστήμιο}}=3,16$, $p=0,015$).

Πίνακας 224: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Δεν πήγε σχολείο	12	2,72	0,64	Z=2,244	0,025
	Δημοτικό έως Πανεπιστήμιο	165	3,14	0,68		
Νόηση	Δεν πήγε σχολείο	12	2,87	0,71	Z=1,675	0,094
	Δημοτικό έως Πανεπιστήμιο	165	3,23	0,73		
Αυτοπεποίθηση	Δεν πήγε σχολείο	12	2,57	0,93	t (175) = 2,496	0,013
	Δημοτικό έως Πανεπιστήμιο	165	3,20	0,84		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Δεν πήγε σχολείο	7	2,41	0,73	t (93) = 2,483	0,015
	Δημοτικό έως Πανεπιστήμιο	88	3,16	0,77		



Γράφημα 119: Στατιστικά σημαντικές διαφορές διανοητικής ανάπτυξης ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Επάγγελμα μητέρας

Από τον Πίνακα 225, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το επάγγελμα μητέρας στους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης ($p \geq 0,252$).

Πίνακας 225: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το επάγγελμα μητέρας

Παράγοντες	Επάγγελμα μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,05	0,64	H (3, 175) =2,508	0,474
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,08	0,78		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,24	0,68		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,13	0,63		
Νόση	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,16	0,69	H (3, 175) =0,496	0,920
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,18	0,76		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,26	0,75		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,22	0,77		
Αυτοπεποίθηση	Δημόσιος υπάλληλος	50	3,13	0,81	F (3, 171) =1,375	0,252
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	3,02	1,00		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	3,41	0,81		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	42	3,16	0,72		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Δημόσιος υπάλληλος	29	3,03	0,80	F (3, 89) =0,118	0,949
	Ιδιωτικός υπάλληλος	21	3,12	0,86		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	19	3,14	0,80		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	24	3,15	0,71		

Επάγγελμα πατέρα

Από τον Πίνακα 226, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το επάγγελμα πατέρα στην «Δεκτικότητα σε εμπειρίες» με υψηλότερες τιμές να παρουσιάζονται στα παιδιά των οποίων οι πατέρες εργάζονται ($M.O.=3,15$) σε σύγκριση με τις αντίστοιχες των παιδιών των οποίων οι πατέρες ασχολούνται με τα οικιακά, είναι άνεργοι ή έχουν άλλη επαγγελματική κατάσταση ($M.O.=2,36, p=0,049$).

Πίνακας 226: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το επάγγελμα πατέρα

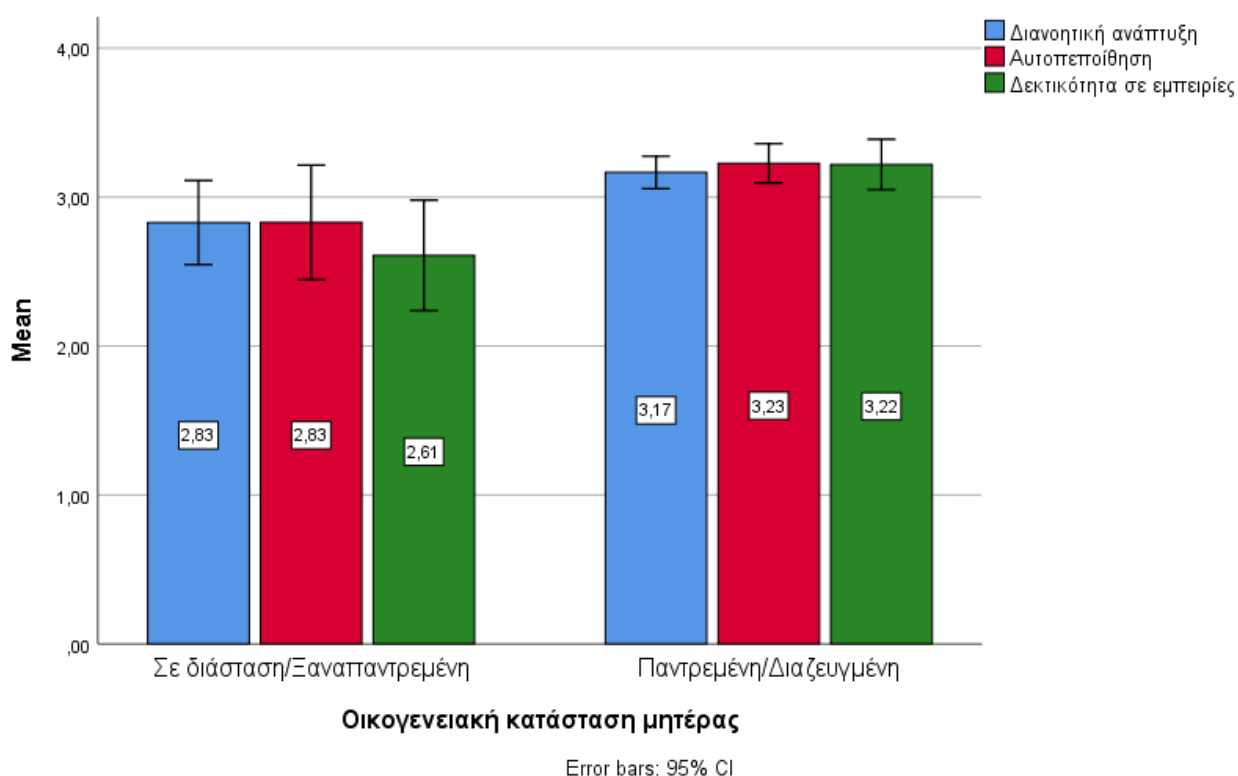
Παράγοντες	Επάγγελμα πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Εργαζόμενος	165	3,13	0,70	$Z=1,276$	0,202
	Οικιακά/Άνεργος/Άλλο	10	2,85	0,52		
Νόηση	Εργαζόμενος	165	3,20	0,74	$Z=0,535$	0,593
	Οικιακά/Άνεργος/Άλλο	10	3,04	0,58		
Αυτοπεποίθηση	Εργαζόμενος	165	3,17	0,86	$t(173) = 0,804$	0,422
	Οικιακά/Άνεργος/Άλλο	10	2,95	0,71		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Εργαζόμενος	89	3,15	0,78	$t(91) = 1,997$	0,049
	Οικιακά/Άνεργος/Άλλο	4	2,36	0,47		

Οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Από τον Πίνακα 227 και Γράφημα 125, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν υψηλότερες τιμές για τα παιδιά που έχουν παντρεμένη ή διαζευγμένη μητέρα σε σύγκριση με τις αντίστοιχες των παιδιών που έχουν μητέρα σε διάσταση ή ξαναπαντρεμένη στους παράγοντες «Διανοητική ανάπτυξη» ($M.O.Παντρεμένη/Διαζευγμένη=3,17$ vs $M.O.Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένη=2,83$, $Z=2,826$, $p=0,005$), «Αυτοπεποίθηση» ($M.O.Παντρεμένη/Διαζευγμένη=3,23$ vs $M.O.Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένη=2,83$, $t(174)=2,314$, $p=0,022$) και «Δεκτικότητα σε εμπειρίες» ($M.O.Παντρεμένη/Διαζευγμένη=3,22$ vs $M.O.Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένη=2,61$, $t(93)=3,156$, $p=0,002$).

Πίνακας 227: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. μητέρας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Παντρεμένη/Διαζευγμένη	147	3,17	0,67	Z=2,826	0,005
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένη	29	2,83	0,74		
Νόηση	Παντρεμένη/Διαζευγμένη	147	3,24	0,72	Z=1,634	0,102
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένη	29	3,03	0,79		
Αυτοπεποίθηση	Παντρεμένη/Διαζευγμένη	147	3,23	0,81	t (174) =2,314	0,022
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένη	29	2,83	1,01		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Παντρεμένη/Διαζευγμένη	76	3,22	0,75	t (93) =3,156	0,002
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένη	19	2,61	0,79		

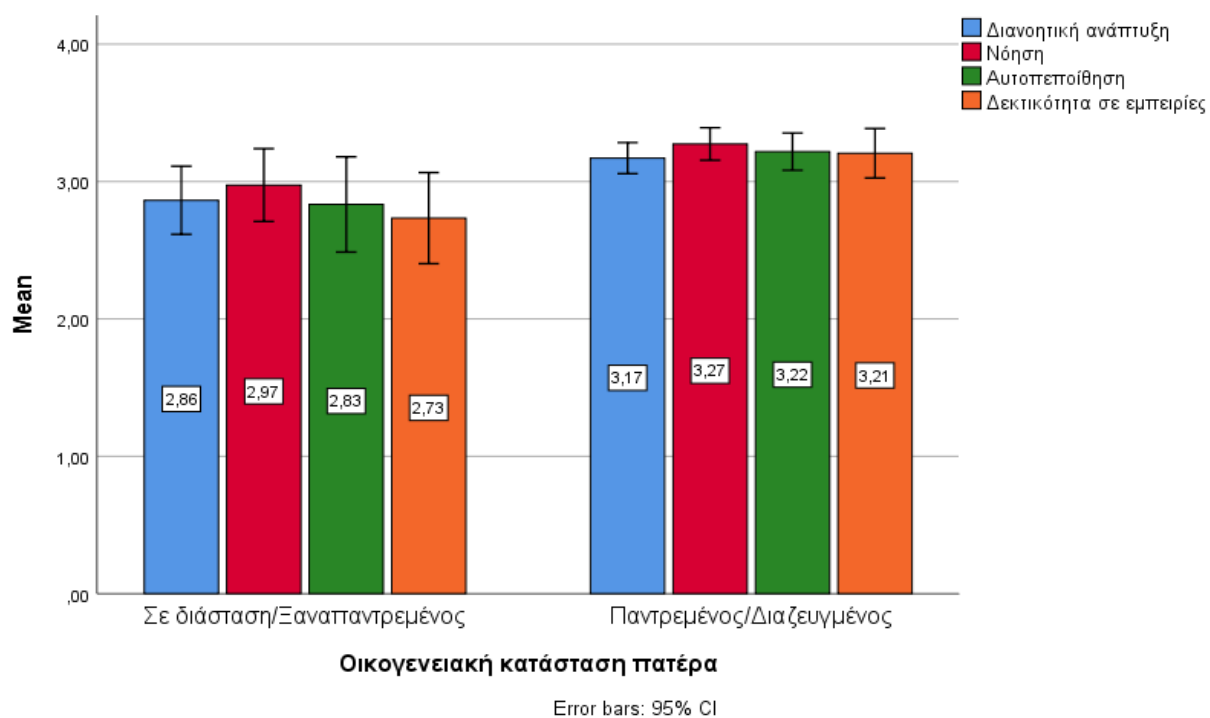
**Γράφημα 120:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές διανοητικής ανάπτυξης ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέραςΟικογενειακή κατάσταση πατέρα

Από τον Πίνακα 228 (Γράφημα 126), προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν υψηλότερες τιμές για τα παιδιά που έχουν παντρεμένο ή διαζευγμένο πατέρα σε σύγκριση με τις αντίστοιχες των παιδιών που έχουν πατέρα σε διάσταση ή ξαναπαντρεμένο στους παράγοντες «Διανοητική ανάπτυξη» ($M.O. \text{Παντρεμένος/Διαζευγμένος}=3,17$ vs $M.O. \text{Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος}=2,86$, $Z=2,626$, $p=0,009$), «Νόηση» ($M.O. \text{Παντρεμένος/Διαζευγμένος}=3,27$ vs $M.O. \text{Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος}=2,97$, $Z=2,337$, $p=0,019$), «Αυτοπεποίθηση» ($M.O. \text{Παντρεμένος/Διαζευγμένος}=3,22$ vs $M.O. \text{Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος}=2,83$, $t(171)=2,348$,

$p=0,020$) και «Δεκτικότητα σε εμπειρίες» ($M.O. \text{Παντρεμένος/Διαζευγμένος}=3,21$ vs $M.O. \text{Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος}=2,73$, $t(92)=2,512$, $p=0,014$).

Πίνακας 228: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. πατέρα	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	3,17	0,68	Z=2,626	0,009
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	33	2,86	0,70		
Νόηση	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	3,27	0,71	Z=2,337	0,019
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	33	2,97	0,75		
Αυτοπεποίθηση	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	3,22	0,81	$t(171)=2,348$	0,020
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	33	2,83	0,98		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	72	3,21	0,77	$t(92)=2,512$	0,014
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	22	2,73	0,76		



Γράφημα 121: Στατιστικά σημαντικές διαφορές διανοητικής ανάπτυξης ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

9.2.7.3. Επίδραση αναπηρίας παιδιών

Είδος αναπηρίας

Από τον Πίνακα 229 και Γράφημα 127, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το είδος αναπηρίας στους παράγοντες «Διανοητική ανάπτυξη» ($H(2, 179)=7,582$, $p=0,023$) και «Αυτοπεποίθηση» ($F(2, 176)=3,645$, $p=0,028$).

Πίνακας 229: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς το είδος αναπηρίας

Παράγοντες	Είδος αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Οπτική αναπηρία	54	3,27	0,71	H (2, 179) =7,582	0,023
	Ακουστική αναπηρία	63	3,11	0,63		
	Κινητική αναπηρία	62	2,96	0,69		
Νόηση	Οπτική αναπηρία	54	3,36	0,70	H (2, 179) =5,630	0,060
	Ακουστική αναπηρία	63	3,21	0,68		
	Κινητική αναπηρία	62	3,05	0,78		
Αυτοπεποίθηση	Οπτική αναπηρία	54	3,32	0,90	F (2, 176) =3,645	0,028
	Ακουστική αναπηρία	63	3,24	0,61		
	Κινητική αναπηρία	62	2,93	0,97		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Οπτική αναπηρία	30	3,25	0,68	F (2, 93) =0,809	0,449
	Ακουστική αναπηρία	35	3,00	0,87		
	Κινητική αναπηρία	31	3,08	0,79		

Στη «Διανοητική ανάπτυξη» ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν οπτική αναπηρία είναι στατιστικά μεγαλύτερος από το μέσο όρο όσων έχουν κινητική αναπηρία ($M.O.$ Οπτική αναπηρία=3,27 vs $M.O.$ Κινητική αναπηρία=2,96, $p=0,007$).

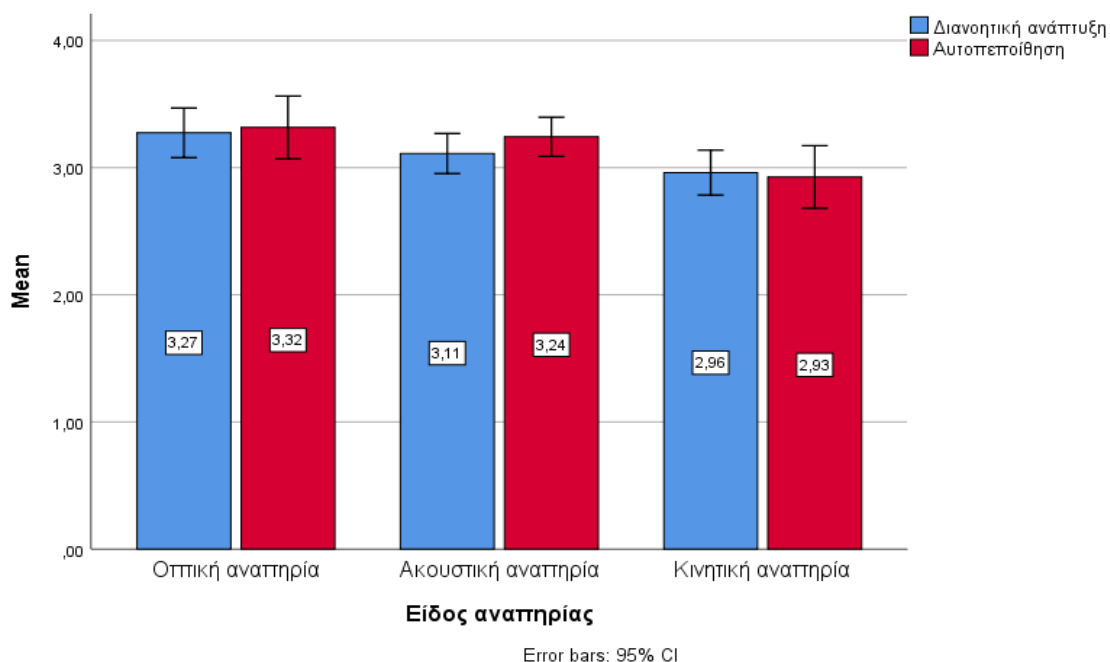
Πίνακας 230: «Διανοητική ανάπτυξη» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni

Είδος αναπηρίας 1-Είδος αναπηρίας 2	Στατιστικό	p-value
Κινητική αναπηρία-Ακουστική αναπηρία	16,495	0,075
Κινητική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	26,041	0,007
Ακουστική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	9,546	0,320

Στην «Αυτοπεποίθηση» ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν κινητική αναπηρία ($M.O.=2,93$) είναι στατιστικά μικρότερος ($\alpha=10\%$) από το μέσο όρο όσων έχουν οπτική ($M.O.=3,32$, $p=0,069$) και από ακουστική αναπηρία ($M.O.=3,24$, $p=0,080$).

Πίνακας 231: «Αυτοπεποίθηση» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Games Howell

Είδος αναπηρίας (I)	Είδος αναπηρίας (J)	M(I-J)	p-value
Οπτική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	0,07377	0,868
	Κινητική αναπηρία	,39001*	0,069
Ακουστική αναπηρία	Οπτική αναπηρία	-0,07377	0,868
	Κινητική αναπηρία	,31625*	0,080
Κινητική αναπηρία	Οπτική αναπηρία	-,39001*	0,069
	Ακουστική αναπηρία	-,31625*	0,080



Γράφημα 122: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το είδος αναπηρίας, στους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης

Κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 232, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας στους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης ($p \geq 0,522$).

Πίνακας 232: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Μερικώς βλέποντας	26	3,31	0,61	Z=-0,459	0,646
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,24	0,81		
Νόηση	Μερικώς βλέποντας	26	3,33	0,65	Z=-0,044	0,965
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,38	0,76		
Αυτοπεποίθηση	Μερικώς βλέποντας	26	3,40	0,73	t (48,427) =0,645	0,522
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,24	1,05		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Μερικώς βλέποντας	17	3,24	0,63	t (28) =-0,047	0,963
	Άτομο με ολική τύφλωση	13	3,25	0,76		

Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 233, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας στους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης ($p \geq 0,365$).

Πίνακας 233: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Αγωγής	20	2,99	0,53	H (2, 63) =1,019	0,601
	Νευροαισθητήρια	22	3,15	0,52		
	Μεικτή	21	3,18	0,80		
Νόηση	Αγωγής	20	3,05	0,58	H (2, 63) =2,016	0,365
	Νευροαισθητήρια	22	3,19	0,62		
	Μεικτή	21	3,39	0,81		
Αυτοπεποίθηση	Αγωγής	20	3,27	0,59	F (2, 60) =0,349	0,707
	Νευροαισθητήρια	22	3,30	0,52		
	Μεικτή	21	3,15	0,73		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Αγωγής	9	2,67	0,74	F (2, 60) =0,887	0,422
	Νευροαισθητήρια	12	3,10	0,63		
	Μεικτή	14	3,13	1,10		

Βαθμός ακουστικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 234, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας ($p \geq 0,114$).

Πίνακας 234: Συσχέτιση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Βαθμός ακουστικής αναπηρίας
Διανοητική ανάπτυξη	rho (63) = 0,140, p=0,276
Νόηση	rho (63) = 0,184, p=0,148
Αυτοπεποίθηση	rho (63) =0,097, p=0,449
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	rho (35) = 0,272, p=0,114

Κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 235, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας στους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης ($p \geq 0,265$).

Πίνακας 235: Σύγκριση των παραγόντων της διανοητικής ανάπτυξης ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
Διανοητική ανάπτυξη	Επικτήτη κινητική αναπηρία	31	3,03	0,65	Z=-0,859	0,390
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,90	0,75		
Νόηση	Επικτήτη κινητική αναπηρία	31	3,05	0,77	Z =-0,275	0,783
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	3,06	0,81		
Αυτοπεποίθηση	Επικτήτη κινητική αναπηρία	31	3,06	0,95	t (60) =1,125	0,265
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,79	0,98		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Επικτήτη κινητική αναπηρία	16	3,13	0,80	t (29) =0,335	0,740
	Συγγενής κινητική αναπηρία	15	3,03	0,80		

9.2.7.4. Επίδραση PBI

Διανοητική ανάπτυξη

Από τον Πίνακα 236, προκύπτει ότι:

- ❖ Η «Φροντίδα μητέρας» και η «Φροντίδα πατέρα» συσχετίστηκαν θετικά με όλους τους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης.
- ❖ Η «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» και η «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» συσχετίστηκε αρνητικά με όλους τους παράγοντες της διανοητικής ανάπτυξης.

Πίνακας 236: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και της Διανοητικής ανάπτυξης

Παράγοντες	Φροντίδα μητέρας	Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Υπερπροστατευτικότητα πατέρα
Διανοητική ανάπτυξη	,340**	-,276**	,369**	-,306**
Νόηση	,403**	-,312**	,366**	-,333**
Αυτοπεποίθηση	,250**	-,263**	,317**	-,278**
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	,390**	-,325**	,421**	-,323**

**p<0,01

9.2.7.5. Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων

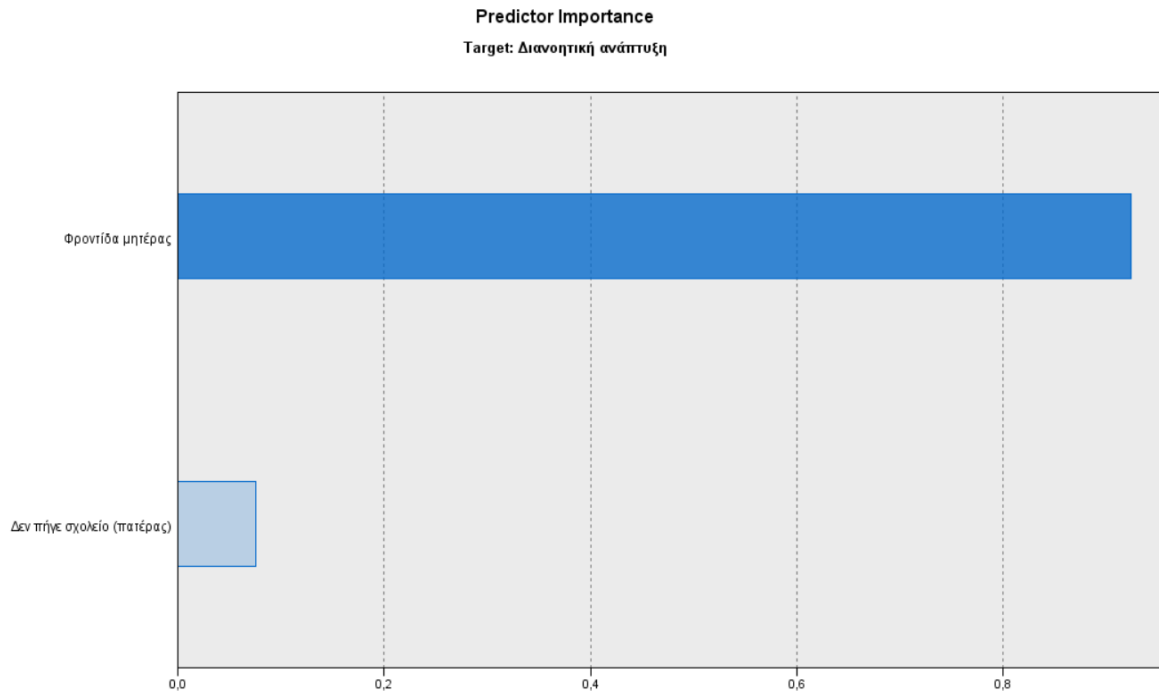
Διανοητική ανάπτυξη

Στον Πίνακα 237, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Διανοητική ανάπτυξη» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικός παράγοντας αναδείχθηκε το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα, και συγκεκριμένα η μεταβλητή «Δεν πήγε σχολείο» ($\beta = -0,181$, $t = -2,475$, $p = 0,014$, 8% επίδραση) και η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta = 0,206$, $t = 2,516$, $p = 0,013$, 92% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,268 < 3$).

Πίνακας 237: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Διανοητική ανάπτυξη»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,579	-	5,548	<0,001	-
Αγροτική	0,110	0,077	1,061	0,290	1,092
Δεν πήγε σχολείο (πατέρας)	-0,559	-0,181	-2,475	0,014	1,100
Παντρεμένη-Διαζευγμένη μητέρα	0,037	0,020	0,189	0,851	2,240
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,042	0,023	0,215	0,830	2,268
Κινητική αναπηρία	-0,128	-0,085	-1,170	0,244	1,086
Φροντίδα μητέρας	0,255	0,206	2,516	0,013	1,368
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,094	-0,076	-0,767	0,444	2,000
Φροντίδα πατέρα	0,123	0,126	1,501	0,136	1,438
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,170	-0,150	-1,510	0,133	2,018

F (9, 151) = 5,963, $p < 0,001$, $R^2 = 26,2\%$



Γράφημα 123: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Διανοητική ανάπτυξη»

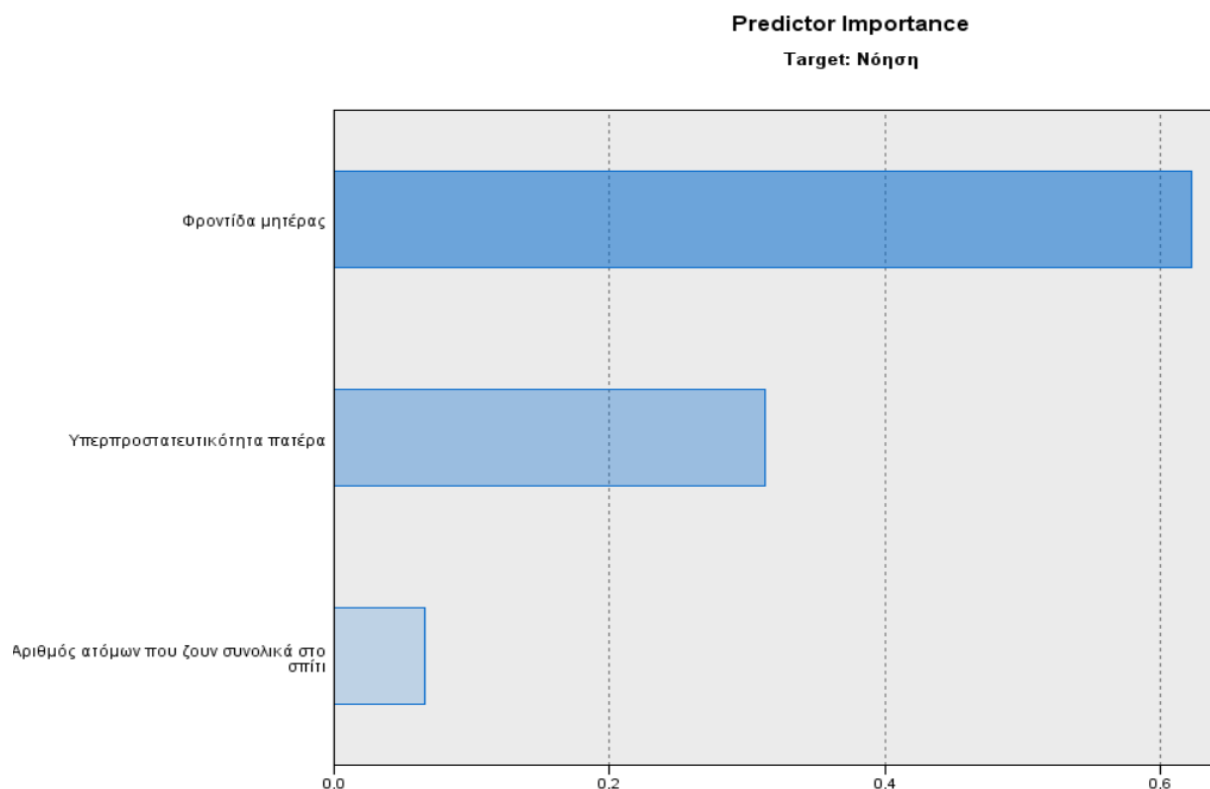
Νόηση

Στον Πίνακα 238 και Γράφημα 129, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Νόηση» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν ο αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι ($\beta = -0,144$, $t = -2,091$, $p = 0,038$, 7% επίδραση), η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta = 0,247$, $t = 3,160$, $p = 0,002$, 62% επίδραση) και η «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» ($\beta = -0,190$, $t = -2,053$, $p = 0,042$, 31% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,865 < 3$).

Πίνακας 238: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Νόηση»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,747	-	5,833	<0,001	-
Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι	-0,089	-0,144	-2,091	0,038	1,024
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,145	0,079	1,064	0,289	1,192
Φροντίδα μητέρας	0,317	0,247	3,160	0,002	1,328
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,056	-0,043	-0,466	0,642	1,865
Φροντίδα πατέρα	0,107	0,104	1,318	0,189	1,360
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,224	-0,190	-2,053	0,042	1,858

($F(6, 164) = 8,832$, $p < 0,001$, $R^2 = 24,4\%$)



Γράφημα 124: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στη «Νόηση»

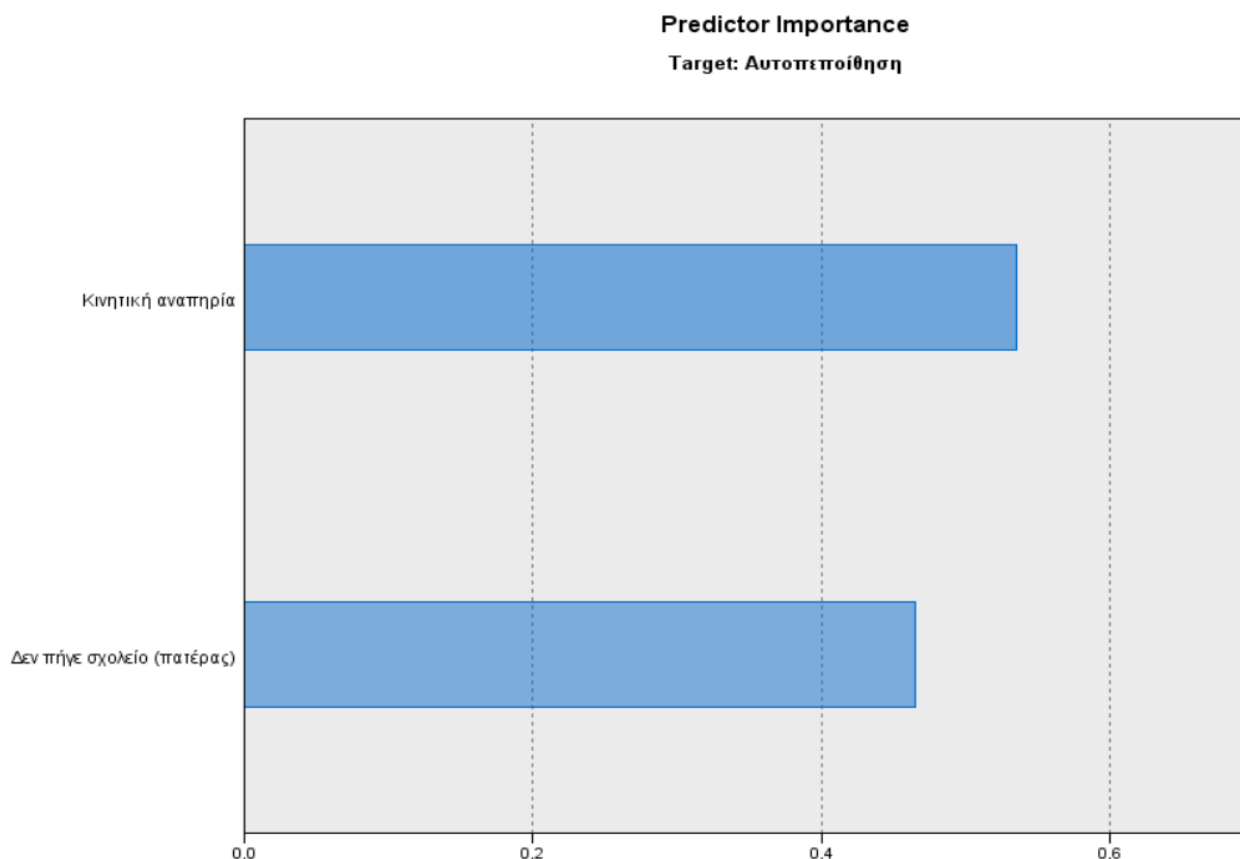
Αυτοπεποίθηση

Στον Πίνακα 239 και Γράφημα 130, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Αυτοπεποίθηση» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα και συγκεκριμένα το αν δεν έχει πάει σχολείο ($\beta = -0,200$, $t = -2,798$, $p = 0,006$, 46% επίδραση) και η κινητική αναπηρία ($\beta = -0,148$, $t = -2,098$, $p = 0,038$, 54% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,202 < 3$).

Πίνακας 239: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Αυτοπεποίθηση»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,949	-	5,264	<0,001	-
Δεν πήγε σχολείο (πατέρας)	-0,727	-0,200	-2,798	0,006	1,070
Παντρεμένη-Διαζευγμένη μητέρα	0,080	0,035	0,347	0,729	2,154
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,067	0,030	0,297	0,767	2,202
Κινητική αναπηρία	-0,269	-0,148	-2,098	0,038	1,054
Φροντίδα μητέρας	0,206	0,136	1,685	0,094	1,370
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,135	-0,089	-0,932	0,353	1,916
Φροντίδα πατέρα	0,142	0,117	1,432	0,154	1,400
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,203	-0,145	-1,528	0,128	1,905

($F(8, 161) = 6,162$, $p < 0,001$, $R^2 = 23,4\%$)



Γράφημα 125: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Αυτοπεποίθηση»

Δεκτικότητα σε εμπειρίες

Στον Πίνακα 240, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Δεκτικότητα σε εμπειρίες» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Δεν αναδείχθηκαν προβλεπτικοί παράγοντες ($p \geq 0,056$) και δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,459 < 3$).

Πίνακας 240: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Δεκτικότητα σε εμπειρίες»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,570	-	3,546	0,001	-
Δεν πήγε σχολείο (πατέρας)	-0,641	-0,185	-1,938	0,056	1,072
Οικιακά/Ανεργος/Άλλο (πατέρας)	-0,442	-0,115	-1,155	0,252	1,166
Παντρεμένη-Διαζευγμένη μητέρα	0,089	0,045	0,310	0,757	2,459
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,200	0,105	0,736	0,464	2,393
Φροντίδα μητέρας	0,246	0,186	1,554	0,124	1,683
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,068	-0,055	-0,408	0,685	2,179
Φροντίδα πατέρα	0,120	0,110	0,988	0,326	1,462
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,236	-0,193	-1,378	0,172	2,313

($F(8, 80)=4,723$, $p<0,001$, $R^2=32,1\%$)

9.2.8. Επίδραση στην Αντιμετώπιση προβλημάτων (ΣΑΚΑ)

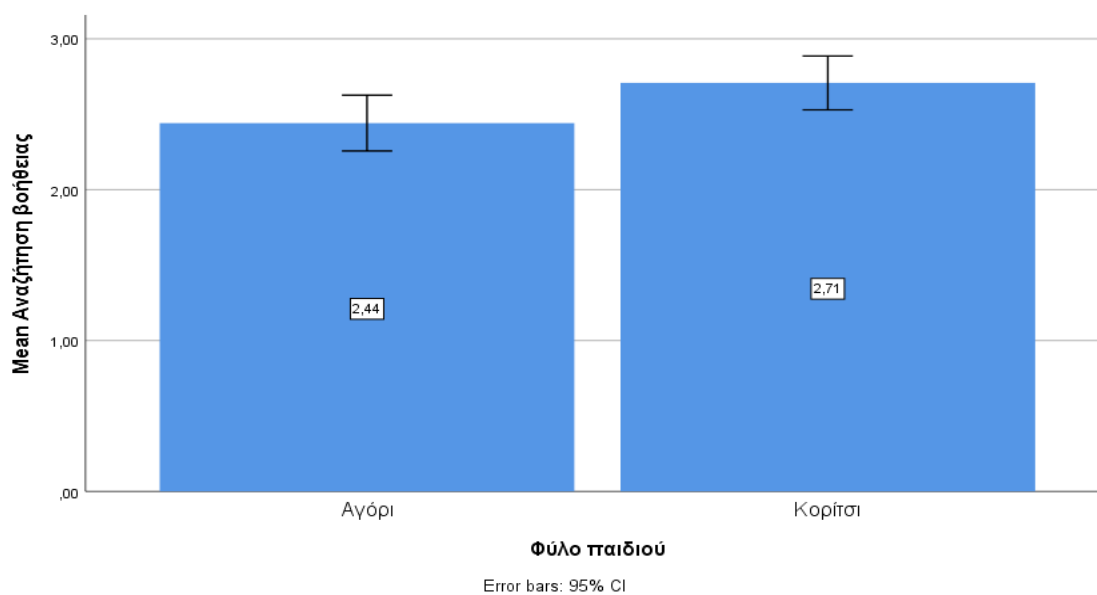
9.2.8.1. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων παιδιών

Φύλο παιδιού

Από τον Πίνακα 241 (Γράφημα 131), προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων στις κατηγορίες του φύλου παιδιού, στον παράγοντα «Αναζήτηση βοήθειας» ($Z=-1,991$, $p=0,047$). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των κοριτσιών είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των αγοριών ($M.O. Κορίτσι=2,71$ vs $M.O. Αγόρι=2,44$, $p=0,047$).

Πίνακας 241: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το φύλο παιδιού

Παράγοντες	Φύλο παιδιού	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Αγόρι	85	2,65	0,84	-0,723	0,470
	Κορίτσι	94	2,75	0,80		
Αποφυγή-Λήθη	Αγόρι	85	2,77	0,68	-0,167	0,867
	Κορίτσι	94	2,73	0,63		
Αδυναμία-Παραίτηση	Αγόρι	85	2,30	0,67	-0,200	0,841
	Κορίτσι	94	2,28	0,70		
Λύση προβλήματος	Αγόρι	85	2,55	0,72	-1,276	0,202
	Κορίτσι	94	2,67	0,61		
Απομόνωση	Αγόρι	85	2,28	0,94	-0,338	0,736
	Κορίτσι	92	2,23	0,96		
Αναζήτηση βοήθειας	Αγόρι	85	2,44	0,86	-1,991	0,047
	Κορίτσι	94	2,71	0,87		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Αγόρι	85	2,83	0,75	-0,407	0,684
	Κορίτσι	94	2,81	0,64		



Γράφημα 126: «Αναζήτηση βοήθειας» ως προς το φύλο παιδιού

Ηλικία παιδιού

Από τον Πίνακα 242, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία παιδιού στους παράγοντες της αντιμετώπισης προβλημάτων ($p \geq 0,282$).

Πίνακας 242: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την ηλικία παιδιού

Παράγοντες	Ηλικία παιδιού	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Οικογενειακή στήριξη	8-10 ετών	83	2,70	0,84	-0,192	0,848
	11-18 ετών	96	2,70	0,80		
Αποφυγή-Λήθη	8-10 ετών	83	2,74	0,70	-0,368	0,713
	11-18 ετών	96	2,77	0,61		
Αδυναμία-Παραίτηση	8-10 ετών	83	2,34	0,61	-0,884	0,377
	11-18 ετών	96	2,25	0,75		
Λύση προβλήματος	8-10 ετών	83	2,65	0,66	-0,734	0,463
	11-18 ετών	96	2,58	0,68		
Απομόνωση	8-10 ετών	82	2,32	0,88	-1,076	0,282
	11-18 ετών	95	2,19	1,00		
Αναζήτηση βοήθειας	8-10 ετών	83	2,51	0,88	-1,030	0,303
	11-18 ετών	96	2,65	0,86		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	8-10 ετών	83	2,80	0,71	-0,411	0,681
	11-18 ετών	96	2,84	0,68		

Τόπος κατοικίας

Από τον Πίνακα 243, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον τόπο κατοικίας στους παράγοντες της αντιμετώπισης προβλημάτων ($p \geq 0,180$).

Πίνακας 243: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς τον τόπο κατοικίας

Παράγοντες	Τόπος κατοικίας	N	M.O.	T.A.	H (2, 170)	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Αστική περιοχή	48	2,54	0,85	2,480	0,289
	Ημιαστική περιοχή	40	2,73	0,92		
	Αγροτική περιοχή	82	2,80	0,77		
Αποφυγή-Λήθη	Αστική περιοχή	48	2,89	0,68	2,313	0,315
	Ημιαστική περιοχή	40	2,62	0,59		
	Αγροτική περιοχή	82	2,77	0,66		
Αδυναμία-Παραίτηση	Αστική περιοχή	48	2,19	0,73	1,806	0,405
	Ημιαστική περιοχή	40	2,18	0,74		
	Αγροτική περιοχή	82	2,36	0,64		
Λύση προβλήματος	Αστική περιοχή	48	2,70	0,68	0,793	0,673
	Ημιαστική περιοχή	40	2,54	0,76		
	Αγροτική περιοχή	82	2,62	0,63		
Απομόνωση	Αστική περιοχή	48	2,04	0,97	3,427	0,180
	Ημιαστική περιοχή	39	2,31	0,94		
	Αγροτική περιοχή	82	2,34	0,95		
Αναζήτηση βοήθειας	Αστική περιοχή	48	2,51	0,85	3,339	0,188
	Ημιαστική περιοχή	40	2,46	0,85		
	Αγροτική περιοχή	82	2,72	0,89		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Αστική περιοχή	48	2,92	0,67	1,774	0,412
	Ημιαστική περιοχή	40	2,70	0,71		
	Αγροτική περιοχή	82	2,86	0,71		

Ύπαρξη αδελφών

Από τον Πίνακα 244, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την ύπαρξη αδελφών στους παράγοντες της αντιμετώπισης προβλημάτων ($p \geq 0,215$).

Πίνακας 244: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την ύπαρξη αδελφών

Παράγοντες	Ύπαρξη αδελφών	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Όχι	30	2,59	0,98	-0,513	0,608
	Ναι	146	2,74	0,77		
Αποφυγή-Λήθη	Όχι	30	2,77	0,85	-0,257	0,797
	Ναι	146	2,75	0,61		
Αδυναμία-Παραίτηση	Όχι	30	2,16	0,78	-1,175	0,240
	Ναι	146	2,31	0,67		
Λύση προβλήματος	Όχι	30	2,74	0,79	-1,145	0,252
	Ναι	146	2,59	0,64		
Απομόνωση	Όχι	30	2,22	1,10	-0,442	0,658
	Ναι	144	2,24	0,92		
Αναζήτηση βοήθειας	Όχι	30	2,42	0,92	-1,240	0,215
	Ναι	146	2,64	0,85		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Όχι	30	2,93	0,76	-0,886	0,376
	Ναι	146	2,81	0,68		

Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Από τον Πίνακα 245, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων και της ηλικίας των γονιών ($p \geq 0,082$).

Πίνακας 245: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων και του αριθμού ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι

Παράγοντες	Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι
Οικογενειακή στήριξη	rho (177) = 0,069, p=0,360
Αποφυγή-Λήθη	rho (177) = -0,081, p=0,282
Αδυναμία-Παραίτηση	rho (177) = -0,012, p=0,869
Λύση προβλήματος	rho (177) = -0,131, p=0,082
Απομόνωση	rho (175) = 0,022, p=0,774
Αναζήτηση βοήθειας	rho (177) = 0,007, p=0,930
Αναθεώρηση – Ανασύνταξη	rho (177) = -0,111, p=0,140

9.2.8.2. Επίδραση δημογραφικών στοιχείων γονιών

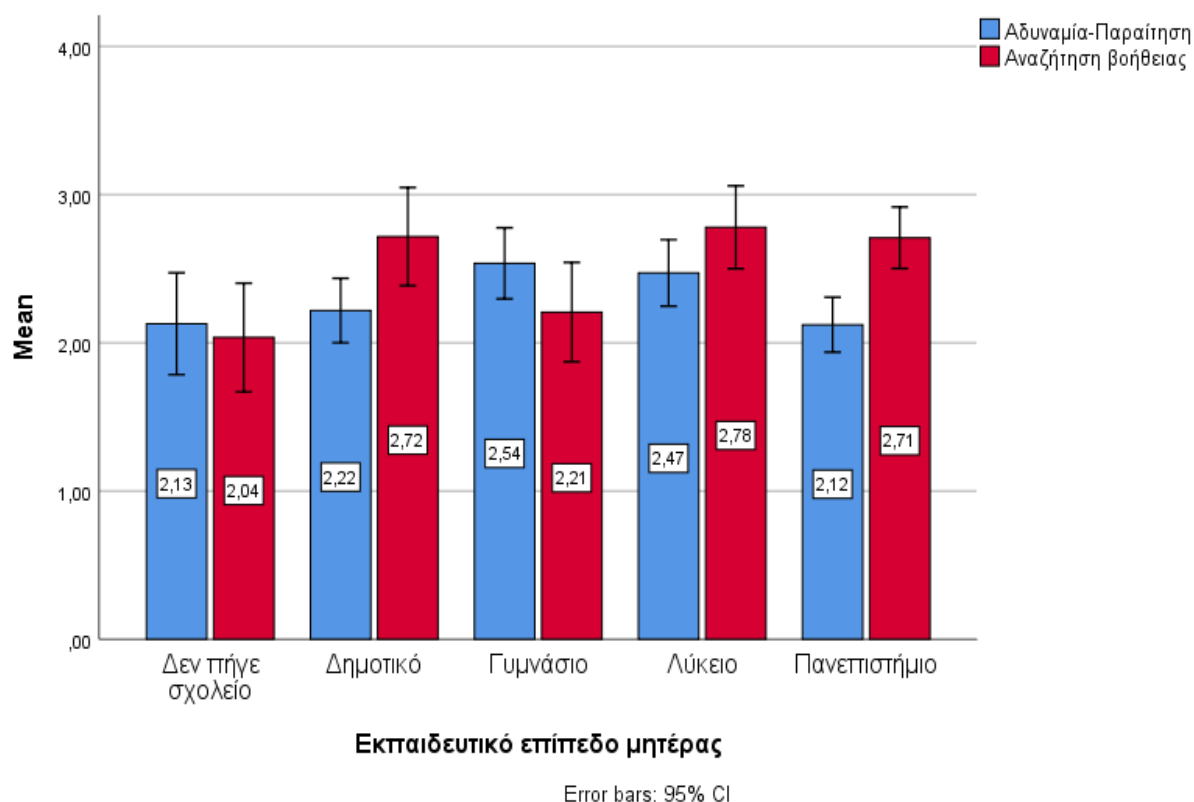
Από τον Πίνακα 246, προκύπτει ότι οι παράγοντες αντιμετώπισης προβλημάτων δεν σχετίστηκαν με την ηλικία γονιών ($p \geq 0,145$).

Πίνακας 246: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων με την ηλικία γονιών

Παράγοντες	Ηλικία μητέρας	Ηλικία πατέρα
Οικογενειακή στήριξη	rho (173) = 0,025, p=0,741	rho (170) = 0,112, p=0,145
Αποφυγή-Λήθη	rho (173) = -0,023, p=0,768	rho (170) = 0,066, p=0,395
Αδυναμία-Παραίτηση	rho (173) = -0,071, p=0,353	rho (170) = -0,067, p=0,386
Λύση προβλήματος	rho (173) = 0,012, p=0,879	rho (170) = 0,063, p=0,417
Απομόνωση	rho (171) = -0,005, p=0,947	rho (168) = -0,089, p=0,250
Αναζήτηση βοήθειας	rho (173) = 0,039, p=0,608	rho (170) = 0,087, p=0,257
Αναθεώρηση-Ανασύνταξη	rho (173) = -0,033, p=0,663	rho (170) = 0,062, p=0,424

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Από τον Πίνακα 247 (Γράφημα 132), προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας στους παράγοντες «Αδυναμία-Παραίτηση» ($H(4, 176)=12,065, p=0,017$) και «Αναζήτηση βοήθειας» ($H(4, 176)=15,171, p=0,004$).



Γράφημα 127: Στατιστικά σημαντικές διαφορές αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Πίνακας 247: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	N	M.O.	T.A.	H (4, 176)	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Δεν πήγε σχολείο	14	2,41	0,67	5,589	0,232
	Δημοτικό	30	2,74	0,85		
	Γυμνάσιο	29	2,59	0,81		
	Λύκειο	43	2,62	0,90		
	Πανεπιστήμιο	60	2,86	0,78		
Αποφυγή-Λήθη	Δεν πήγε σχολείο	14	2,50	0,58	5,226	0,265
	Δημοτικό	30	2,58	0,72		
	Γυμνάσιο	29	2,73	0,69		
	Λύκειο	43	2,82	0,64		
	Πανεπιστήμιο	60	2,86	0,63		
Αδυναμία-Παραίτηση	Δεν πήγε σχολείο	14	2,13	0,60	12,065	0,017
	Δημοτικό	30	2,22	0,58		
	Γυμνάσιο	29	2,54	0,63		
	Λύκειο	43	2,47	0,73		
	Πανεπιστήμιο	60	2,12	0,72		
Λύση προβλήματος	Δεν πήγε σχολείο	14	2,37	0,75	6,408	0,171
	Δημοτικό	30	2,55	0,56		
	Γυμνάσιο	29	2,56	0,60		
	Λύκειο	43	2,55	0,68		
	Πανεπιστήμιο	60	2,78	0,71		
Απομόνωση	Δεν πήγε σχολείο	14	2,32	0,67	2,041	0,728
	Δημοτικό	29	2,22	0,86		
	Γυμνάσιο	29	2,43	1,04		
	Λύκειο	42	2,26	1,03		
	Πανεπιστήμιο	60	2,15	0,95		
Αναζήτηση βοήθειας	Δεν πήγε σχολείο	14	2,04	0,63	15,171	0,004
	Δημοτικό	30	2,72	0,89		
	Γυμνάσιο	29	2,21	0,88		
	Λύκειο	43	2,78	0,91		
	Πανεπιστήμιο	60	2,71	0,80		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Δεν πήγε σχολείο	14	2,55	0,63	5,433	0,246
	Δημοτικό	30	2,83	0,55		
	Γυμνάσιο	29	2,65	0,62		
	Λύκειο	43	2,88	0,80		
	Πανεπιστήμιο	60	2,93	0,72		

Στον παράγοντα «Αδυναμία-Παραίτηση» ο μέσος όρος των μητέρων που δεν πήγαν σχολείο ($M.O.=2,13$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο των απόφοιτων γυμνασίου ($M.O.=2,54$, $p=0,044$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των απόφοιτων πανεπιστημίου ($M.O.=2,12$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο των απόφοιτων λυκείου ($M.O.=2,47$, $p=0,011$) και γυμνασίου ($M.O.=2,54$, $p=0,006$).

Πίνακας 248: «Αδυναμία-Παραίτηση» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Δεν πήγε σχολείο-Πανεπιστήμιο	-1,661	0,912
Δεν πήγε σχολείο-Δημοτικό	-9,069	0,581
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο	-27,379	0,080
Δεν πήγε σχολείο-Γυμνάσιο	-33,286	0,044
Πανεπιστήμιο-Δημοτικό	7,408	0,514
Πανεπιστήμιο-Λύκειο	25,718	0,011
Πανεπιστήμιο-Γυμνάσιο	31,625	0,006
Δημοτικό-Λύκειο	-18,310	0,129
Δημοτικό-Γυμνάσιο	-24,217	0,067
Λύκειο-Γυμνάσιο	5,907	0,628

Στον παράγοντα «Αναζήτηση βοήθειας» ο μέσος όρος των μητέρων που δεν πήγαν σχολείο ($M.O.=2,04$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο των απόφοιτων πανεπιστημίου ($M.O.=2,71$, $p=0,009$), των απόφοιτων δημοτικού ($M.O.=2,72$, $p=0,015$) και των απόφοιτων λυκείου ($M.O.=2,78$, $p=0,005$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των απόφοιτων γυμνασίου ($M.O.=2,21$) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο των απόφοιτων πανεπιστημίου ($M.O.=2,71$, $p=0,011$), δημοτικού ($M.O.=2,72$, $p=0,025$) και λυκείου ($M.O.=2,78$, $p=0,006$).

Πίνακας 249: «Αναζήτηση βοήθειας» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Pot Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Δεν πήγε σχολείο-Γυμνάσιο	-10,307	0,529
Δεν πήγε σχολείο-Πανεπιστήμιο	-39,085	0,009
Δεν πήγε σχολείο-Δημοτικό	-39,693	0,015
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο	-43,404	0,005
Γυμνάσιο-Πανεπιστήμιο	-28,778	0,011
Γυμνάσιο-Δημοτικό	29,386	0,025
Γυμνάσιο-Λύκειο	-33,098	0,006
Πανεπιστήμιο-Δημοτικό	0,608	0,957
Πανεπιστήμιο-Λύκειο	4,320	0,667
Δημοτικό-Λύκειο	-3,712	0,756

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Από τον Πίνακα 250, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα, στον παράγοντα «Αδυναμία-Παραίτηση» ($H(4, 177)=13,553$, $p=0,009$).

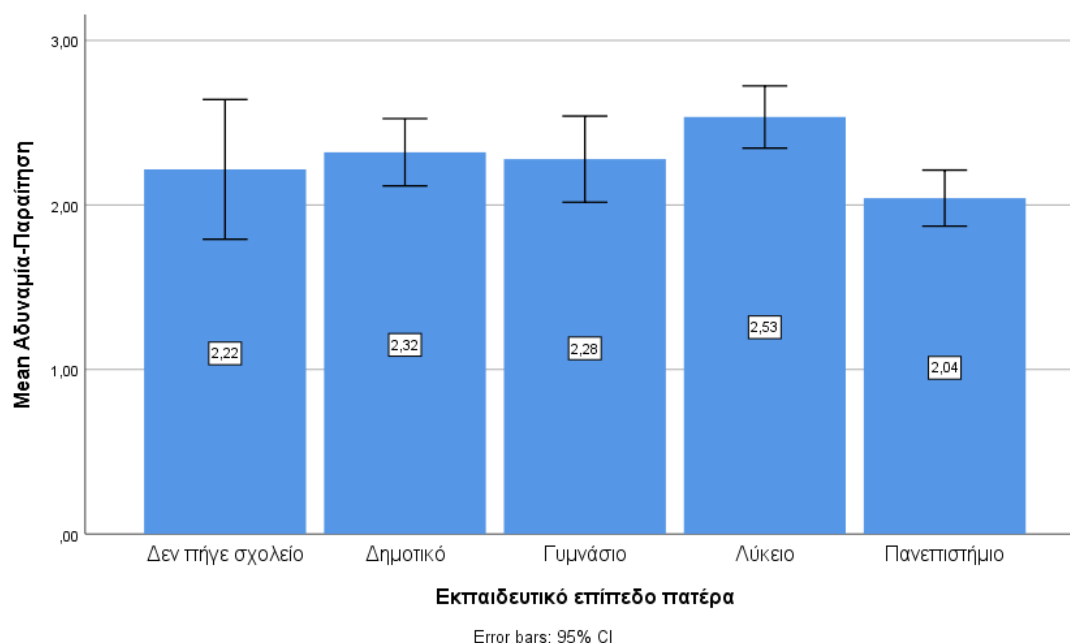
Πίνακας 250: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	N	M.O.	T.A.	H (4, 177)	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Δεν πήγε σχολείο	12	2,62	0,68	2,014	0,733
	Δημοτικό	21	2,86	0,82		
	Γυμνάσιο	23	2,55	0,72		
	Λύκειο	61	2,65	0,93		
	Πανεπιστήμιο	60	2,76	0,77		
Αποφυγή-Λήθη	Δεν πήγε σχολείο	12	2,45	0,79	3,423	0,490
	Δημοτικό	21	2,68	0,55		
	Γυμνάσιο	23	2,70	0,67		
	Λύκειο	61	2,80	0,61		
	Πανεπιστήμιο	60	2,81	0,70		
Αδυναμία-Παραίτηση	Δεν πήγε σχολείο	12	2,22	0,67	13,553	0,009
	Δημοτικό	21	2,32	0,45		
	Γυμνάσιο	23	2,28	0,61		
	Λύκειο	61	2,53	0,74		
	Πανεπιστήμιο	60	2,04	0,66		
Λύση προβλήματος	Δεν πήγε σχολείο	12	2,47	0,72	3,467	0,483
	Δημοτικό	21	2,59	0,55		
	Γυμνάσιο	23	2,67	0,58		
	Λύκειο	61	2,49	0,69		
	Πανεπιστήμιο	60	2,74	0,70		
Απομόνωση	Δεν πήγε σχολείο	12	1,96	0,92	7,827	0,098
	Δημοτικό	20	2,30	0,73		
	Γυμνάσιο	23	2,20	0,96		
	Λύκειο	60	2,50	0,99		
	Πανεπιστήμιο	60	2,07	0,94		
Αναζήτηση βοήθειας	Δεν πήγε σχολείο	12	2,33	0,78	7,136	0,129
	Δημοτικό	21	2,88	0,76		
	Γυμνάσιο	23	2,24	0,81		
	Λύκειο	61	2,62	0,98		
	Πανεπιστήμιο	60	2,63	0,82		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Δεν πήγε σχολείο	12	2,50	0,75	3,989	0,407
	Δημοτικό	21	2,90	0,44		
	Γυμνάσιο	23	2,83	0,52		
	Λύκειο	61	2,77	0,75		
	Πανεπιστήμιο	60	2,92	0,75		

Στον παράγοντα «Αδυναμία-Παραίτηση» ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι πατέρες είναι απόφοιτοι λυκείου είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι πατέρες είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου ($M.O. \text{ Λύκειο} = 2,53$ vs $M.O. \text{ Πανεπιστήμιο} = 2,04$, $p < 0,001$).

Πίνακας 251: «Αδυναμία-Παραίτηση» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα, Post Hoc Bonferroni

Εκπ. επίπεδο μητέρας 1- Εκπ. επίπεδο μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Πανεπιστήμιο-Δεν πήγε σχολείο	8,867	0,583
Πανεπιστήμιο-Γυμνάσιο	16,334	0,192
Πανεπιστήμιο-Δημοτικό	19,093	0,140
Πανεπιστήμιο-Λύκειο	33,740	<0,001
Δεν πήγε σχολείο-Γυμνάσιο	-7,467	0,681
Δεν πήγε σχολείο-Δημοτικό	-10,226	0,580
Δεν πήγε σχολείο-Λύκειο	-24,873	0,123
Γυμνάσιο-Δημοτικό	2,759	0,858
Γυμνάσιο-Λύκειο	-17,406	0,163
Δημοτικό-Λύκειο	-14,647	0,257

**Γράφημα 128:** «Αδυναμία-Παραίτηση» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέραΕπάγγελμα μητέρας

Από τον Πίνακα 252, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το επάγγελμα μητέρας στους παράγοντες της αντιμετώπισης προβλημάτων ($p \geq 0,088$).

Πίνακας 252: Σύγκριση παραγόντων αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το επάγγελμα μητέρας

Παράγοντες	Επάγγελμα μητέρας	N	M.O.	T.A.	H (3, 175)	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,78	0,82	3,079	0,380
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,53	0,87		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,77	0,69		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	42	2,80	0,82		
Αποφυγή-Λήθη	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,84	0,68	2,419	0,490
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,67	0,69		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,70	0,58		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	42	2,80	0,63		
Αδυναμία-Παραίτηση	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,11	0,68	4,615	0,202
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,29	0,71		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,37	0,73		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	42	2,41	0,61		
Λύση προβλήματος	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,79	0,59	4,962	0,175
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,52	0,70		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,56	0,78		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	42	2,58	0,60		
Απομόνωση	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,08	0,94	5,129	0,163
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,45	1,04		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	30	2,33	0,82		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	41	2,09	0,91		
Αναζήτηση βοήθειας	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,67	0,84	6,540	0,088
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,36	0,90		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,60	0,84		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	42	2,80	0,86		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Δημόσιος υπάλληλος	50	2,91	0,67	3,477	0,324
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	2,71	0,76		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	31	2,84	0,70		
	Οικιακά/Άνεργη/Άλλο	42	2,91	0,60		

Επάγγελμα πατέρα

Από τον Πίνακα 253, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το επάγγελμα μητέρας στους παράγοντες της αντιμετώπισης προβλημάτων ($p \geq 0,086$).

Πίνακας 253: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το επάγγελμα πατέρα

Παράγοντες	Επάγγελμα πατέρα	N	M.O.	T.A.	H (3, 175)	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,92	0,70	5,657	0,130
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,52	0,82		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,74	0,85		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,54	0,75		
Αποφυγή-Λήθη	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,80	0,71	1,342	0,719
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,68	0,57		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,79	0,69		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,70	0,56		
Αδυναμία-Παραίτηση	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,08	0,68	6,588	0,086
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,18	0,61		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,40	0,72		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,56	0,63		
Λύση προβλήματος	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,78	0,63	4,151	0,246
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,70	0,72		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,54	0,66		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,45	0,41		
Απομόνωση	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,00	0,83	2,671	0,445
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,21	0,90		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	83	2,33	1,00		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,35	1,11		
Αναζήτηση βοήθειας	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,71	0,93	1,480	0,687
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,65	0,91		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,52	0,83		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,55	0,93		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Δημόσιος υπάλληλος	34	2,93	0,71	1,435	0,697
	Ιδιωτικός υπάλληλος	46	2,88	0,73		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	85	2,77	0,69		
	Οικιακά/Ανεργος/Άλλο	10	2,83	0,43		

Οικογενειακή κατάσταση μητέρας

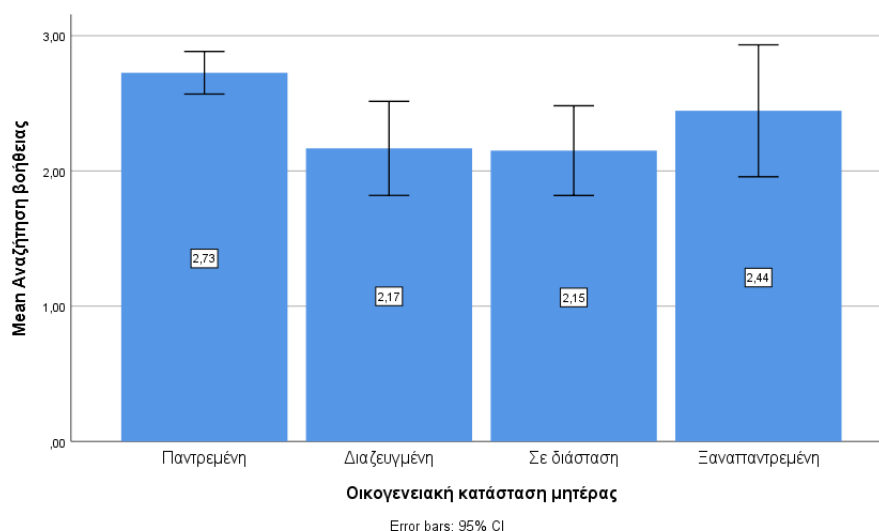
Από τον Πίνακα 254, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, στον παράγοντα «Αναζήτηση βοήθειας» ($H(4, 177)=13,670, p=0,003$). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των παιδιών των οποίων οι μητέρες είναι παντρεμένες ($M.O.=2,73$) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο όσων οι μητέρες είναι σε διάσταση ($M.O.=2,15, p=0,006$) και διαζευγμένες ($M.O.=2,17, p=0,006$).

Πίνακας 254: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. μητέρας	N	M.O.	T.A.	H (3, 176)	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Παντρεμένη	126	2,77	0,78	3,640	0,303
	Διαζευγμένη	21	2,68	0,85		
	Σε διάσταση	20	2,34	0,86		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,47	1,06		
Αποφυγή-Λήθη	Παντρεμένη	126	2,79	0,63	3,804	0,283
	Διαζευγμένη	21	2,63	0,68		
	Σε διάσταση	20	2,58	0,73		
	Ξαναπαντρεμένη	9	3,07	0,57		
Αδυναμία-Παραίτηση	Παντρεμένη	126	2,27	0,70	2,154	0,541
	Διαζευγμένη	21	2,35	0,60		
	Σε διάσταση	20	2,19	0,66		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,60	0,77		
Λύση προβλήματος	Παντρεμένη	126	2,67	0,69	4,164	0,244
	Διαζευγμένη	21	2,56	0,49		
	Σε διάσταση	20	2,51	0,71		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,20	0,59		
Απομόνωση	Παντρεμένη	124	2,24	0,92	1,593	0,661
	Διαζευγμένη	21	2,10	0,89		
	Σε διάσταση	20	2,35	1,13		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,61	1,19		
Αναζήτηση βοήθειας	Παντρεμένη	126	2,73	0,89	13,670	0,003
	Διαζευγμένη	21	2,17	0,76		
	Σε διάσταση	20	2,15	0,71		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,44	0,63		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Παντρεμένη	126	2,87	0,70	2,687	0,442
	Διαζευγμένη	21	2,81	0,59		
	Σε διάσταση	20	2,59	0,82		
	Ξαναπαντρεμένη	9	2,72	0,59		

Πίνακας 255: «Αναζήτηση βοήθειας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας, Post Hoc Bonferroni

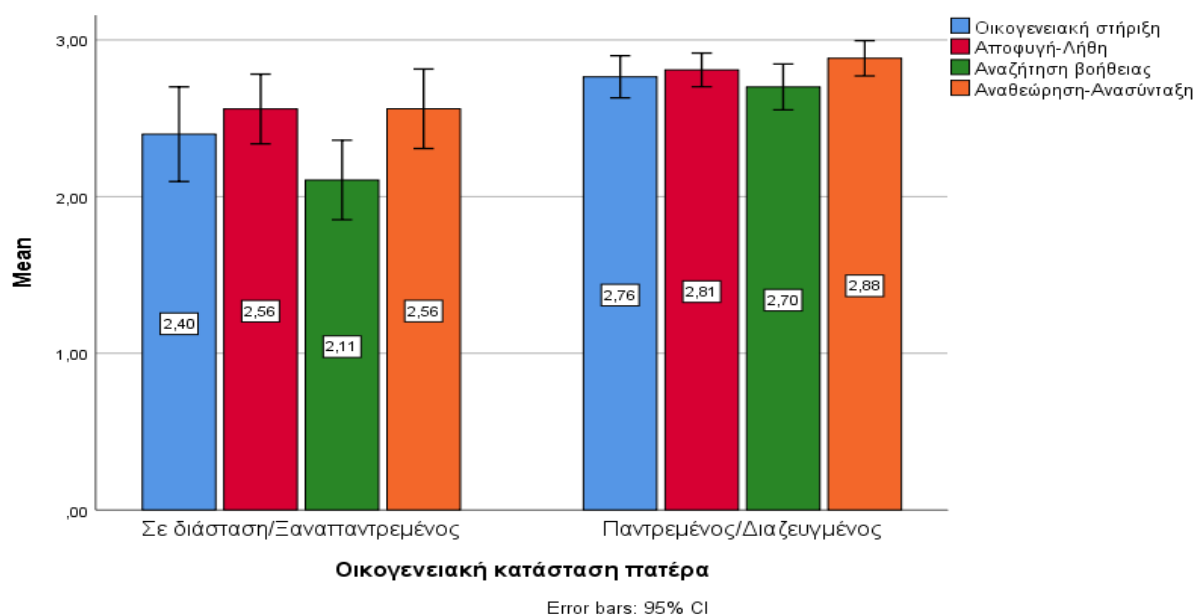
Οικογ. Κατ. μητέρας 1- Οικογ. Κατ. μητέρας 2	Στατιστικό	p-value
Σε διάσταση-Διαζευγμένη	0,999	0,949
Σε διάσταση-Ξαναπαντρεμένη	-16,142	0,424
Σε διάσταση-Παντρεμένη	33,566	0,006
Διαζευγμένη-Ξαναπαντρεμένη	-15,143	0,450
Διαζευγμένη-Παντρεμένη	32,567	0,006
Ξαναπαντρεμένη-Παντρεμένη	17,425	0,315



Γράφημα 129: «Αναζήτηση βοήθειας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Από τον Πίνακα 256 και Γράφημα 135, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν υψηλότερες τιμές στα παιδιά που έχουν πατέρα παντρεμένο ή διαζευγμένο στους παράγοντες «Οικογενειακή στήριξη» ($M.O. \text{Παντρεμένος}/\text{Διαζευγμένος}=2,76$ vs $M.O. \text{Σε διάσταση}/\text{Ξαναπαντρεμένος}=2,40$, $Z=1,964$, $p=0,049$), «Αποφυγή-Λήθη» ($M.O. \text{Παντρεμένος}/\text{Διαζευγμένος}=2,81$ vs $M.O. \text{Σε διάσταση}/\text{Ξαναπαντρεμένος}=2,56$, $Z=1,962$, $p=0,049$), «Αναζήτηση βοήθειας» ($M.O. \text{Παντρεμένος}/\text{Διαζευγμένος}=2,70$ vs $M.O. \text{Σε διάσταση}/\text{Ξαναπαντρεμένος}=2,11$, $Z=3,502$, $p<0,001$) και «Αναθεώρηση-Ανασύνταξη» ($M.O. \text{Παντρεμένος}/\text{Διαζευγμένος}=2,88$ vs $M.O. \text{Σε διάσταση}/\text{Ξαναπαντρεμένος}=2,56$, $Z=2,343$, $p=0,019$).



Γράφημα 130: Στατιστικά σημαντικές διαφορές αντιμετώπισης συγκρούσεων ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Πίνακας 256: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την οικογενειακή κατάσταση πατέρα

Παράγοντες	Οικογ. Κατ. πατέρα	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	2,76	0,80	1,964	0,049
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	33	2,40	0,85		
Αποφυγή-Λήθη	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	2,81	0,64	1,962	0,049
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	33	2,56	0,63		
Αδυναμία-Παραίτηση	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	2,29	0,69	0,450	0,653
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	33	2,26	0,69		
Λύση προβλήματος	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	2,65	0,67	1,312	0,190
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	33	2,44	0,66		
Απομόνωση	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	138	2,24	0,94	0,105	0,916
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	33	2,29	1,06		
Αναζήτηση βοήθειας	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	2,70	0,87	3,502	<0,001
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	33	2,11	0,72		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Παντρεμένος/Διαζευγμένος	140	2,88	0,67	2,343	0,019
	Σε διάσταση/Ξαναπαντρεμένος	33	2,56	0,72		

9.2.8.3. Επίδραση αναπηρίας παιδιώνΕίδος αναπηρίας

Από τον Πίνακα 257, προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το είδος αναπηρίας στους παράγοντες «Λύση Προβλήματος» ($H(2, 117)=9,324, p=0,009$), «Αναζήτηση βοήθειας» ($H(2, 117)=8,275, p=0,016$) και «Αναθεώρηση – Ανασύνταξη» ($H(2, 117)=7,850, p=0,020$).

Πίνακας 257: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το είδος αναπηρίας

Παράγοντες	Είδος αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	H (2, 117)	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Οπτική αναπηρία	54	2,61	0,95	3,051	0,217
	Ακουστική αναπηρία	63	2,83	0,71		
	Κινητική αναπηρία	62	2,64	0,79		
Αποφυγή-Λήθη	Οπτική αναπηρία	54	2,92	0,64	5,641	0,060
	Ακουστική αναπηρία	63	2,75	0,50		
	Κινητική αναπηρία	62	2,62	0,77		
Αδυναμία-Παραίτηση	Οπτική αναπηρία	54	2,30	0,78	1,857	0,395
	Ακουστική αναπηρία	63	2,21	0,45		
	Κινητική αναπηρία	62	2,37	0,79		
Λύση προβλήματος	Οπτική αναπηρία	54	2,81	0,71	9,324	0,009
	Ακουστική αναπηρία	63	2,44	0,54		
	Κινητική αναπηρία	62	2,62	0,71		
Απομόνωση	Οπτική αναπηρία	53	2,31	1,11	1,118	0,572
	Ακουστική αναπηρία	62	2,14	0,84		
	Κινητική αναπηρία	62	2,31	0,90		
Αναζήτηση βοήθειας	Οπτική αναπηρία	54	2,84	0,86	8,275	0,016
	Ακουστική αναπηρία	63	2,56	0,84		
	Κινητική αναπηρία	62	2,37	0,87		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Οπτική αναπηρία	54	3,01	0,72	7,850	0,020
	Ακουστική αναπηρία	63	2,84	0,63		
	Κινητική αναπηρία	62	2,65	0,70		

Στον παράγοντα «Λύση προβλήματος» ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν ακουστική αναπηρία είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων έχουν οπτική αναπηρία ($M.O. \text{ Ακουστική αναπηρία}=2,44$ vs $M.O. \text{ Οπτική αναπηρία}=2,81$, $p=0,002$).

Πίνακας 258: «Λύση προβλήματος» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni

Είδος αναπηρίας 1- Είδος αναπηρίας 2	Στατιστικό	p-value
Ακουστική αναπηρία-Κινητική αναπηρία	-13,316	0,150
Ακουστική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	29,251	0,002
Κινητική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	15,936	0,097

Στον παράγοντα «Αναζήτηση βοήθειας» ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν κινητική αναπηρία είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων έχουν οπτική αναπηρία ($M.O. \text{ Κινητική αναπηρία}=2,37$ vs $M.O. \text{ Οπτική αναπηρία}=2,84$, $p=0,004$).

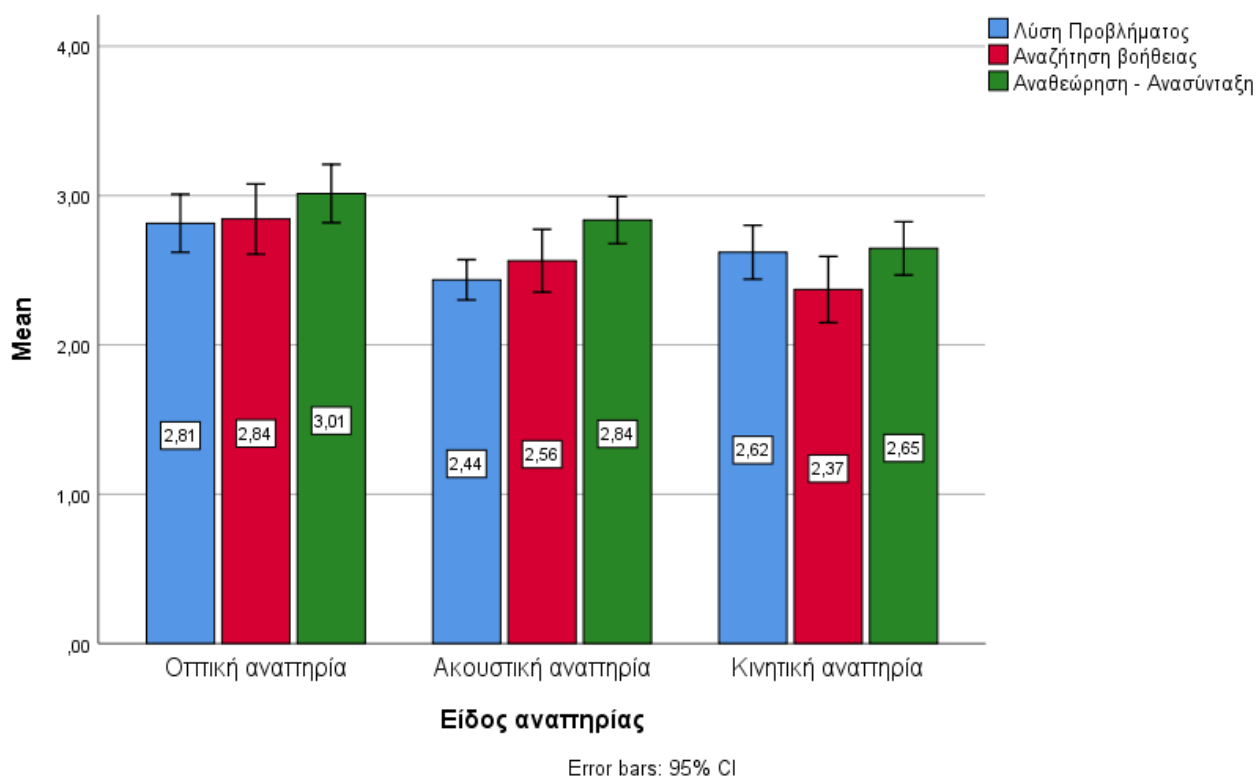
Πίνακας 259: «Αναζήτηση βοήθειας» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni

Είδος αναπηρίας 1- Είδος αναπηρίας 2	Στατιστικό	p-value
Κινητική αναπηρία-Ακουστική αναπηρία	10,571	0,248
Κινητική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	27,258	0,004
Ακουστική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	16,688	0,078

Στον παράγοντα «Αναθεώρηση – Ανασύνταξη» ο μέσος όρος των παιδιών που έχουν κινητική αναπηρία είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο όσων έχουν οπτική αναπηρία ($M.O. \text{ Κινητική αναπηρία}=2,65$ vs $M.O. \text{ Οπτική αναπηρία}=3,01$, $p=0,006$).

Πίνακας 260: «Αναθεώρηση – Ανασύνταξη» ως προς το είδος αναπηρίας, Post Hoc Bonferroni

Είδος αναπηρίας 1- Είδος αναπηρίας 2	Στατιστικό	p-value
Κινητική αναπηρία-Ακουστική αναπηρία	16,640	0,071
Κινητική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	26,326	0,006
Ακουστική αναπηρία-Οπτική αναπηρία	9,687	0,310



Γράφημα 131: Στατιστικά σημαντικές διαφορές αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς το είδος αναπηρίας

Κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 261, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας στους παράγοντες αντιμετώπισης προβλημάτων ($p \geq 0,107$).

Πίνακας 261: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την κατηγορία οπτικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία οπτικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Μερικώς βλέποντας	26	2,85	0,63	-1,324	0,186
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,39	1,14		
Αποφυγή-Λήθη	Μερικώς βλέποντας	26	2,77	0,56	-1,611	0,107
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,06	0,69		
Αδυναμία-Παραίτηση	Μερικώς βλέποντας	26	2,46	0,60	-1,563	0,118
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,14	0,91		
Λύση προβλήματος	Μερικώς βλέποντας	26	2,72	0,62	-1,051	0,293
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,90	0,79		
Απομόνωση	Μερικώς βλέποντας	25	2,32	0,97	-0,309	0,757
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,30	1,24		
Αναζήτηση βοήθειας	Μερικώς βλέποντας	26	2,98	0,87	-1,162	0,245
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	2,71	0,85		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Μερικώς βλέποντας	26	2,95	0,62	-0,810	0,418
	Άτομο με ολική τύφλωση	28	3,08	0,80		

Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 262, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας στους παράγοντες της αντιμετώπισης προβλημάτων ($p \geq 0,110$).

Πίνακας 262: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την κατηγορία ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία ακουστικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	H (2, 63)	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Αγωγής	20	2,89	0,61	0,009	0,996
	Νευροαισθητήρια	22	2,84	0,66		
	Μεικτή	21	2,77	0,86		
Αποφυγή-Λήθη	Αγωγής	20	2,72	0,52	4,410	0,110
	Νευροαισθητήρια	22	2,91	0,46		
	Μεικτή	21	2,60	0,49		
Αδυναμία-Παραίτηση	Αγωγής	20	2,18	0,41	0,132	0,936
	Νευροαισθητήρια	22	2,23	0,51		
	Μεικτή	21	2,23	0,44		
Λύση προβλήματος	Αγωγής	20	2,48	0,44	0,093	0,954
	Νευροαισθητήρια	22	2,43	0,56		
	Μεικτή	21	2,40	0,61		
Απομόνωση	Αγωγής	20	2,05	0,76	0,183	0,913
	Νευροαισθητήρια	22	2,16	0,75		
	Μεικτή	20	2,20	1,03		
Αναζήτηση βοήθειας	Αγωγής	20	2,58	0,94	0,399	0,819
	Νευροαισθητήρια	22	2,48	0,75		
	Μεικτή	21	2,64	0,85		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Αγωγής	20	2,87	0,45	0,268	0,875
	Νευροαισθητήρια	22	2,85	0,74		
	Μεικτή	21	2,79	0,66		

Βαθμός ακουστικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 263, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας ($p \geq 0,051$).

Πίνακας 263: Συσχέτιση των παραγόντων της αντιμετώπισης με τον βαθμό ακουστικής αναπηρίας

Παράγοντες	Βαθμός ακουστικής αναπηρίας
Οικογενειακή στήριξη	$\rho(63) = -0,109, p=0,395$
Αποφυγή-Λήθη	$\rho(63) = -0,247, p=0,051$
Αδυναμία-Παραίτηση	$\rho(63) = 0,033, p=0,796$
Λύση προβλήματος	$\rho(63) = 0,096, p=0,453$
Απομόνωση	$\rho(62) = -0,007, p=0,957$
Αναζήτηση βοήθειας	$\rho(63) = 0,116, p=0,367$
Αναθεώρηση-Ανασύνταξη	$\rho(63) = 0,079, p=0,540$

Κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Από τον Πίνακα 264, προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας στους παράγοντες της αντιμετώπισης προβλημάτων ($p \geq 0,188$).

Πίνακας 264: Σύγκριση παραγόντων της αντιμετώπισης προβλημάτων ως προς την κατηγορία κινητικής αναπηρίας

Παράγοντες	Κατηγορία κινητικής αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,51	0,68	-1,316	0,188
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,77	0,87		
Αποφυγή-Λήθη	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,52	0,75	-1,180	0,238
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,72	0,79		
Αδυναμία-Παραίτηση	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,27	0,74	-0,784	0,433
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,46	0,84		
Λύση προβλήματος	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,68	0,71	-0,403	0,687
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,56	0,72		
Απομόνωση	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,23	0,83	-0,700	0,484
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,40	0,98		
Αναζήτηση βοήθειας	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,31	0,91	-0,592	0,554
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,44	0,84		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Επίκτητη κινητική αναπηρία	31	2,60	0,72	-1,065	0,287
	Συγγενής κινητική αναπηρία	31	2,70	0,69		

9.2.8.4. Επίδραση PBI

Από τον Πίνακα 265, προκύπτει ότι:

- ❖ Η «Φροντίδα μητέρας» και η «Φροντίδα πατέρα» συσχετίστηκαν θετικά με την «Οικογενειακή στήριξη», την «Αποφυγή-Λήθη», τη «Λύση προβλήματος», την «Αναζήτηση βοήθειας» και την «Αναθεώρηση – Ανασύνταξη» ενώ αρνητικά με την «Αδυναμία-Παραίτηση» και «Απομόνωση».
- ❖ Η «Υπερπροστατευτικότητα μητέρας» συσχετίστηκε αρνητικά με την «Οικογενειακή στήριξη», «Αποφυγή-Λήθη», «Λύση προβλήματος», «Αναζήτηση βοήθειας» και «Αναθεώρηση – Ανασύνταξη» ενώ θετικά με την «Αδυναμία-Παραίτηση» και «Απομόνωση».
- ❖ Η «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» συσχετίστηκε αρνητικά με την «Οικογενειακή στήριξη», την «Αποφυγή-Λήθη», τη «Λύση προβλήματος» και την «Αναθεώρηση – Ανασύνταξη» ενώ θετικά την «Αδυναμία-Παραίτηση» και «Απομόνωση».

Πίνακας 265: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων PBI και ΣΑΚΑ

Παράγοντες	Φροντίδα μητέρας	Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Φροντίδα πατέρα	Υπερπροστατευτικότητα πατέρα
Οικογενειακή στήριξη	,463**	-,300**	,465**	-,277**
Αποφυγή-Λήθη	,378**	-,169*	,335**	-,177*
Αδυναμία-Παραίτηση	-,282**	,240**	-,203**	,270**
Λύση προβλήματος	,365**	-,342**	,338**	-,316**
Απομόνωση	-,277**	,366**	-,350**	,354**
Αναζήτηση βοήθειας	,434**	-,246**	,349**	-0,136
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	,547**	-,242**	,461**	-,293**

**p<0,01, *p<0,05

9.2.8.5. Επίδραση των παραγόντων της προσωπικότητας

Από τον Πίνακα 266, προκύπτει ότι:

- ❖ Η «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» σχετίστηκε αρνητικά με την «Οικογενειακή στήριξη», την «Αποφυγή-Λήθη» και την «Αναθεώρηση-Ανασύνταξη».
- ❖ Η «Ευσυνειδησία», η «Εξωστρέφεια» και η «Διανοητική ανάπτυξη» συσχετίστηκαν θετικά με την «Οικογενειακή στήριξη», την «Αποφυγή-Λήθη», τη «Λύση προβλήματος», την «Αναζήτηση βοήθειας» και την «Αναθεώρηση – Ανασύνταξη» ενώ αρνητικά με την «Αδυναμία-Παραίτηση» και «Απομόνωση».
- ❖ Η «Προσήνεια» συσχετίστηκε θετικά με την «Οικογενειακή στήριξη», την «Αποφυγή-Λήθη», την «Λύση προβλήματος» την «Αναζήτηση βοήθειας» και την «Αναθεώρηση – Ανασύνταξη».

Πίνακας 266: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της προσωπικότητας και αντιμετώπισης προβλημάτων

Παράγοντες	Οικογενειακή στήριξη	Αποφυγή- Λήθη	Αδυναμία- Παραίτηση	Λύση προβλήματος	Απομόνωση	Αναζήτηση βοήθειας	Αναθεώρηση Ανασύνταξη
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	-,268**	-,215**	0,111	-0,091	0,082	-0,132	-,170*
Διαγωγή	,294**	,248**	-,197**	0,144	-0,056	,158*	,236**
Ατομισμός/Εγωισμός	-,180*	-0,145	-0,007	0,011	0,027	-0,086	-0,057
Συναισθηματική Αστάθεια	-,270**	-,210**	0,115	-0,129	0,141	-,188*	-,182*
Ευσυνειδησία	,325**	,239**	-,212**	,411**	-,204**	,297**	,349**
Επιμέλεια	,237**	,225**	-,192**	,398**	-,184*	,254**	,323**
Κίνητρα απόδοσης	,220**	,170*	-,151*	,366**	-,174*	,266**	,258**
Σχολική επάρκεια	,350**	,307**	-,239**	,294**	-,186*	,262**	,381**
Προσήνεια	,240**	,411**	0,018	,285**	-0,035	,396**	,359**
Συμμόρφωση	,232**	,359**	0,011	,285**	-0,072	,364**	,347**
Εγκαρδιότητα	,310**	,341**	-,160*	,441**	-,314**	,389**	,411**
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	0,143	,301**	0,080	,161*	0,065	,288**	,223**
Εξωστρέφεια	,320**	,309**	-,385**	,498**	-,505**	,371**	,463**
Απόσυρση	-,317**	-,180*	,411**	-,466**	,551**	-,340**	-,343**
Δραστηριότητα	0,135	0,211	-0,141	,459**	-0,195	,350**	,371**
Κοινωνικότητα	,253**	,361**	-,297**	,349**	-,352**	,301**	,432**
Διανοητική ανάπτυξη	,177*	,228**	-,212**	,448**	-,251**	,358**	,404**
Νόηση	,169*	,306**	-,157*	,412**	-,198**	,306**	,398**
Αυτοπεποίθηση	,174*	,240**	-,252**	,447**	-,240**	,305**	,424**
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	0,195	0,188	-,204*	,404**	-,270**	,490**	,268**

**p<0,01, *p<0,05

9.2.8.6. Εύρεση προβλεπτικών παραγόντων

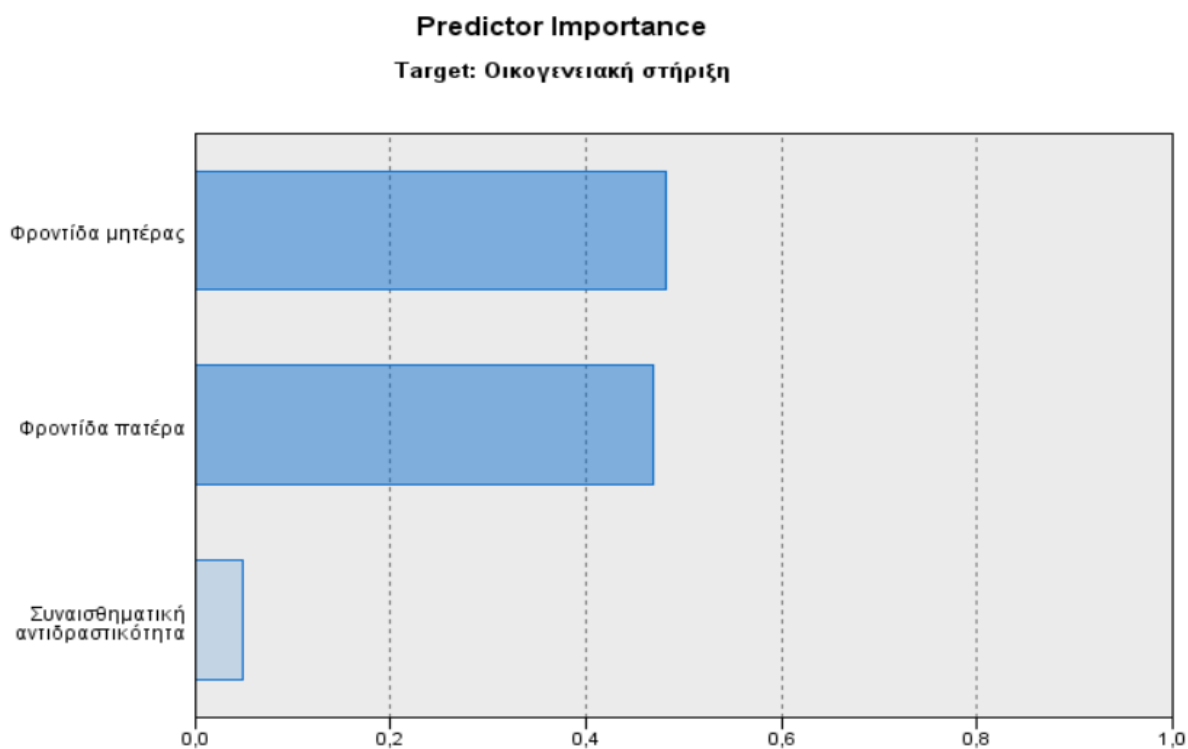
Οικογενειακή στήριξη

Στον Πίνακα 267 και Γράφημα 137, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Οικογενειακή στήριξη» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, τους παράγοντες PBI και της προσωπικότητας που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,261$, $t=3,475$, $p=0,001$, 48% επίδραση), η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,251$, $t=3,323$, $p=0,001$, 47% επίδραση) και η «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» ($\beta=-0,148$, $t=-2,010$, $p=0,046$, 5% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,926 < 3$).

Πίνακας 267: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Οικογενειακή στήριξη»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	1,476	-	2,306	0,022	-
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	-0,014	-0,007	-0,100	0,920	1,205
Φροντίδα μητέρας	0,380	0,261	3,475	0,001	1,477
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,163	-0,111	-1,293	0,198	1,926
Φροντίδα πατέρα	0,294	0,251	3,323	0,001	1,494
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,069	-0,051	-0,603	0,547	1,894
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	-0,178	-0,148	-2,010	0,046	1,424
Ευσυνειδησία	-0,073	-0,059	-0,704	0,483	1,816
Εξωστρέφεια	0,164	0,140	1,802	0,073	1,590

(F (8,164) = 12,244, $p < 0,001$, $R^2=37,4\%$)



Γράφημα 132: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Οικογενειακή στήριξη»Αποφυγή-Λήθη

Στον Πίνακα 268, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Αποφυγή-λήθη» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, τους παράγοντες PBI και προσωπικότητας που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικός παράγοντας για αναδείχθηκε η «Προσήνεια» ($\beta=0,333$, $t=3,441$, $p=0,001$). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,181 < 3$).

Πίνακας 268: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Αποφυγή-Λήθη» (μοντέλο 1)

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	1,018	-	1,776	0,078	-
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,019	0,012	0,152	0,880	1,210
Φροντίδα μητέρας	0,147	0,129	1,525	0,129	1,501
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,006	-0,005	-0,052	0,959	1,942
Φροντίδα πατέρα	0,050	0,055	0,641	0,523	1,520
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,040	-0,038	-0,401	0,689	1,895
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	-0,003	-0,003	-0,037	0,970	1,525
Ευσυνειδησία	-0,042	-0,043	-0,426	0,671	2,181
Προσήνεια	0,342	0,333	3,441	0,001	1,967
Εξωστρέφεια	0,088	0,097	1,106	0,271	1,607

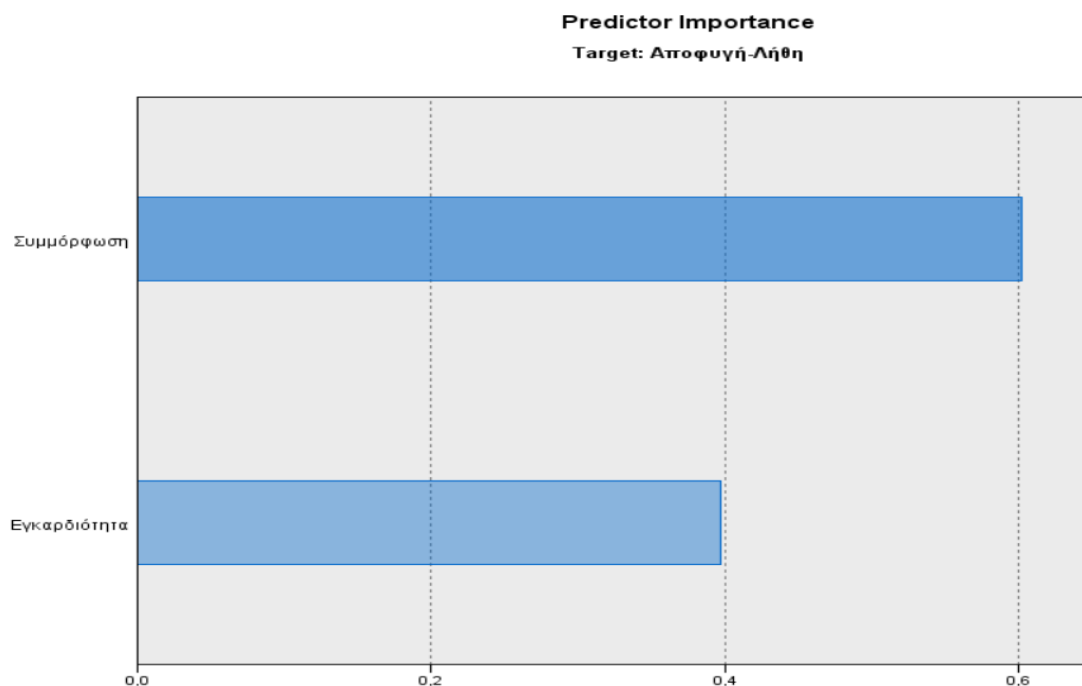
($F(9, 163)=5,160$, $p<0,001$, $R^2=22,2\%$)

Στον Πίνακα 269 (Γράφημα 138) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Αποφυγή-λήθη» και ανεξάρτητες τους παράγοντες της προσήνειας. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η «Συμμόρφωση» ($\beta=0,220$, $t=2,333$, $p=0,021$, 60% επίδραση) και η «Εγκαρδιότητα» ($\beta=0,205$, $t=2,555$, $p=0,011$, 40% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,985 < 3$).

Πίνακας 269: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Αποφυγή-Λήθη» (μοντέλο 2)

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	1,335		5,548	<0,001	
Συμμόρφωση	0,180	0,220	2,333	0,021	1,915
Εγκαρδιότητα	0,167	0,205	2,555	0,011	1,387
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	0,091	0,090	0,983	0,327	1,801

$F(3,175)=13,360$, $p<0,001$, $R^2=18,6\%$



Γράφημα 133: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Αποφυγή-Λήθη»

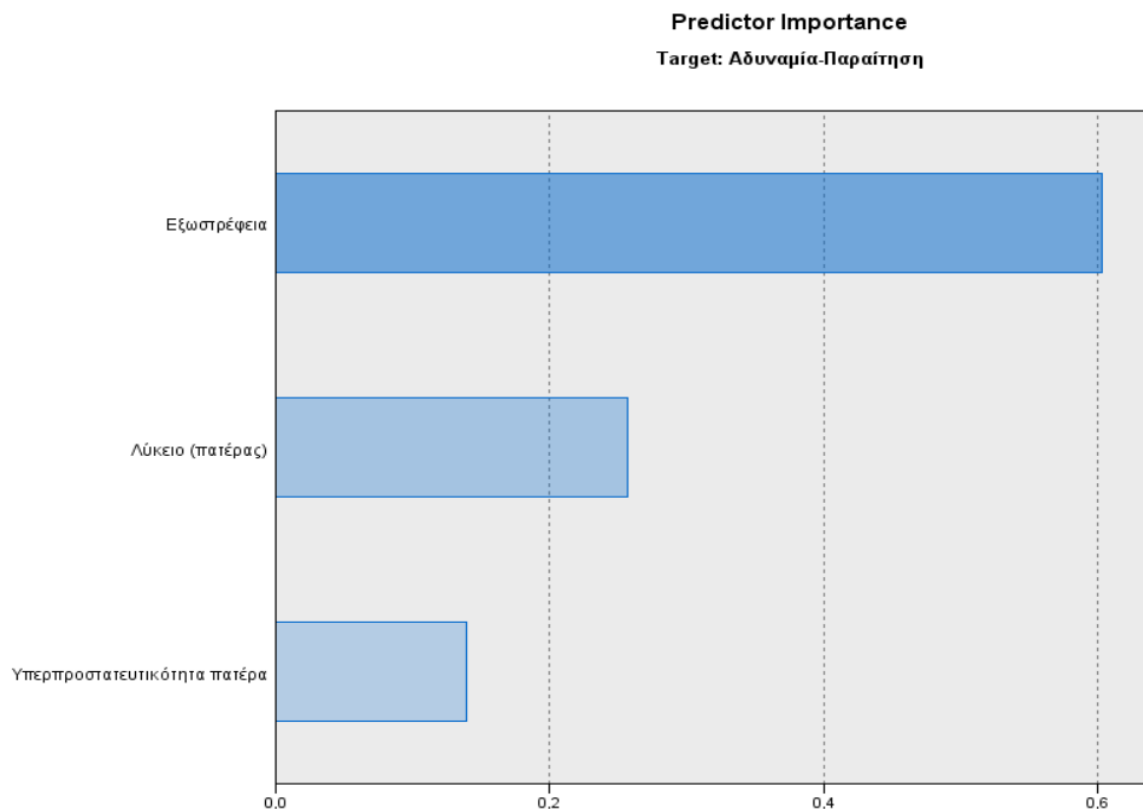
Αδυναμία-Παραίτηση

Στον Πίνακα 270 και Γράφημα 139, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Αδυναμία-Παραίτηση» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, τους παράγοντες PBI και προσωπικότητας που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα και συγκεκριμένα αν είναι απόφοιτοι Λυκείου ($\beta=0,177$, $t=2,420$, $p=0,017$, 26% επίδραση), η «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» ($\beta=0,174$, $t=2,013$, $p=0,046$, 14% επίδραση) και η «Εξωστρέφεια» ($\beta=-0,366$, $t=-3,799$, $p<0,001$, 60% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,575 < 3$).

Πίνακας 270: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Αδυναμία-Παραίτηση» (μοντέλο 1)

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	3,126	-	6,568	<0,001	-
Γυμνάσιο/Λύκειο (μητέρα)	0,150	0,107	1,442	0,151	1,352
Λύκειο (πατέρας)	0,256	0,177	2,420	0,017	1,300
Φροντίδα μητέρας	-0,177	-0,145	-1,881	0,062	1,457
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,011	-0,009	-0,104	0,917	1,880
Φροντίδα πατέρα	-0,001	-0,001	-0,009	0,992	1,446
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	0,196	0,174	2,013	0,046	1,830
Ευσυνειδησία	0,043	0,041	0,472	0,638	1,882
Εξωστρέφεια	-0,353	-0,366	-3,799	<0,001	2,270
Διανοητική ανάπτυξη	0,044	0,044	0,430	0,668	2,575

F (9,165) =8,809, $p<0,001$, $R^2=32,5\%$



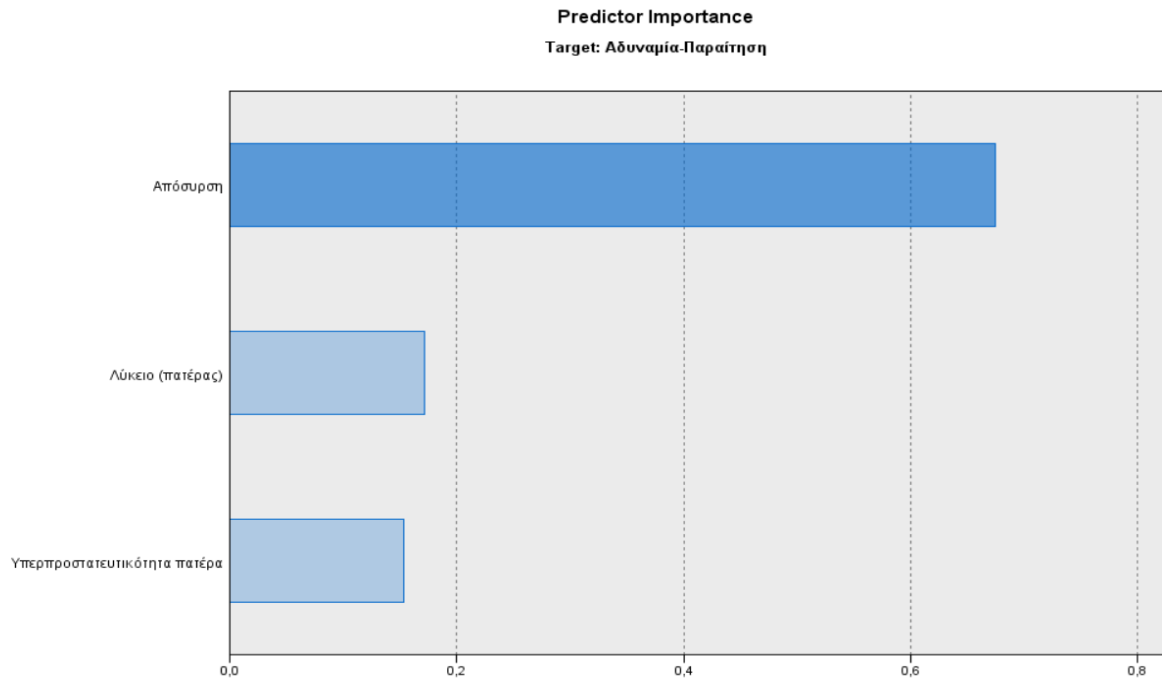
Γράφημα 134: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Αδυναμία-Παραίτηση» (μοντέλο 1)

Στον Πίνακα 271 και Γράφημα 140, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Αδυναμία-Παραίτηση» και ανεξάρτητες τους προβλεπτικούς παράγοντες με επιπλέον συμμετοχή των επιμέρους παραγόντων της εξωστρέφειας που σχετίστηκαν με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν το εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα και συγκεκριμένα αν είναι απόφοιτοι Λυκείου ($\beta=0,200$, $t=3,157$, $p=0,002$, 17% επίδραση), η «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» ($\beta=0,180$, $t=2,690$, $p=0,008$, 15% επίδραση) και η «Απόσυρση» ($\beta=0,351$, $t=4,506$, $p<0,001$, 67% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,549 < 3$).

Πίνακας 271: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την «Αδυναμία-Παραίτηση» (μοντέλο 2)

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	1,405	-	3,873	<0,001	-
Λύκειο (πατέρας)	0,288	0,200	3,157	0,002	1,029
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	0,202	0,180	2,690	0,008	1,142
Απόσυρση	0,256	0,351	4,506	<0,001	1,549
Κοινωνικότητα	-0,099	-0,110	-1,458	0,147	1,462

$F(4,172) = 20,955$, $p < 0,001$, $R^2 = 32,8\%$



Γράφημα 135: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Αδυναμία-Παραίτηση» (μοντέλο 2)

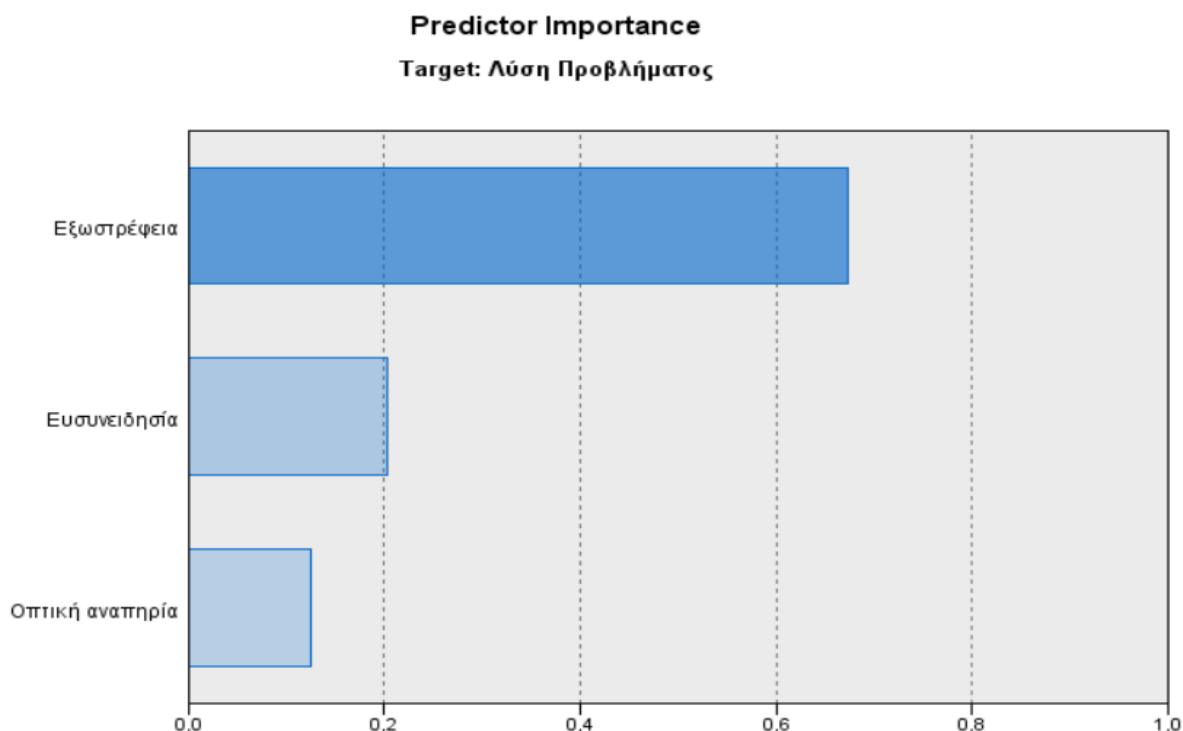
Λύση προβλήματος

Στον Πίνακα 272 και Γράφημα 141, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Λύση προβλήματος» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τους παράγοντες PBI και προσωπικότητας που έχουν συσχετιστεί με την εξαρτημένη. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η Οπτική αναπηρία ($\beta=0,164$, $t=2,755$, $p=0,007$, 12% επίδραση), η «Ευσυνειδησία» ($\beta=0,182$, $t=2,078$, $p=0,039$, 20% επίδραση) και η «Εξωστρέφεια» ($\beta=0,359$, $t=4,187$, $p<0,001$, 67% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,586 < 3$).

Πίνακας 272: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Λύση προβλήματος» (μοντέλο 1)

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	0,437	-	1,065	0,289	-
Οπτική αναπηρία	0,238	0,164	2,755	0,007	1,098
Φροντίδα μητέρας	0,140	0,118	1,700	0,091	1,489
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,013	-0,011	-0,137	0,891	1,881
Φροντίδα πατέρα	0,073	0,076	1,102	0,272	1,478
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,099	-0,090	-1,173	0,242	1,827
Ευσυνειδησία	0,184	0,182	2,078	0,039	2,368
Προσήνεια	-0,043	-0,040	-0,521	0,603	1,852
Εξωστρέφεια	0,339	0,359	4,187	<0,001	2,275
Διανοητική ανάπτυξη	0,057	0,058	0,636	0,526	2,586

($F(9, 169)=15,682$, $p<0,001$, $R^2=45,5\%$)



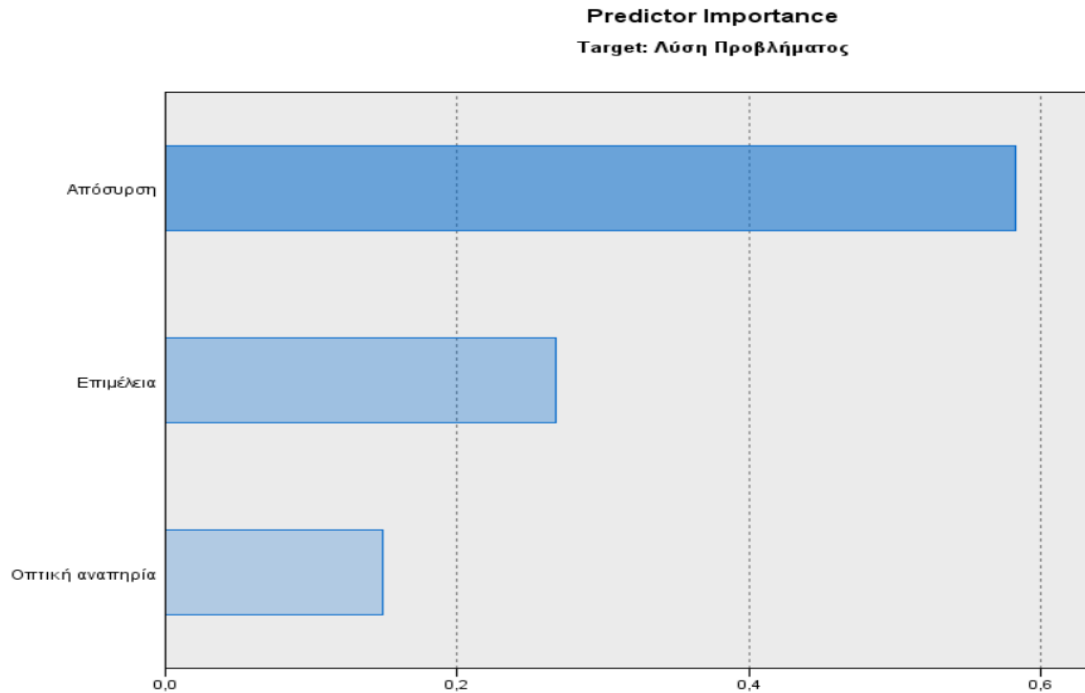
Γράφημα 136: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Λύση προβλήματος» (μοντέλο 1)

Στον Πίνακα 273 και Γράφημα 142, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη «Λύση προβλήματος» και ανεξάρτητες την οπτική αναπηρία και τους παράγοντες που συνθέτουν την ευσυνειδησία και την εξωστρέφεια. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η Οπτική αναπηρία ($\beta=0,247$, $t=2,769$, $p=0,007$, 15% επίδραση), η «Επιμέλεια» ($\beta=0,286$, $t=2,680$, $p=0,009$, 27% επίδραση) και η «Απόσυρση» ($\beta=-0,338$, $t=-3,256$, $p=0,002$, 58% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,771 < 3$).

Πίνακας 273: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Λύση προβλήματος» (μοντέλο 2)

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,127	-	3,841	<0,001	-
Οπτική αναπηρία	0,354	0,247	2,769	0,007	1,134
Επιμέλεια	0,239	0,286	2,680	0,009	1,628
Κίνητρα απόδοσης	-0,013	-0,014	-0,138	0,891	1,487
Απόσυρση	-0,284	-0,338	-3,256	0,002	1,540
Δραστηριότητα	0,110	0,135	1,213	0,229	1,771
Κοινωνικότητα	0,032	0,038	0,369	0,713	1,516

$F(6,76) = 11,174$, $p < 0,001$, $R^2 = 46,9\%$



Γράφημα 137: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Λύση προβλήματος» (μοντέλο 2)

Απομόνωση

Στον Πίνακα 274 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Απομόνωση» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία, τους παράγοντες ΡΒΙ και προσωπικότητας που σχετίστηκαν με την εξαρτημένη. Μοναδικός προβλεπτικός παράγοντας αναδείχθηκε η «Εξωστρέφεια» ($\beta = -0,421$, $t = -5,861$, $p < 0,001$). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 1,829 < 3$).

Πίνακας 274: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Απομόνωση» (μοντέλο 1)

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	3,671		6,165	<0,001	
Φροντίδα μητέρας	-0,005	-0,003	-0,038	0,970	1,359
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	0,195	0,114	1,372	0,172	1,825
Φροντίδα πατέρα	-0,152	-0,112	-1,577	0,117	1,350
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	0,178	0,115	1,382	0,169	1,829
Εξωστρέφεια	-0,562	-0,421	-5,861	<0,001	1,371

$F(5,171) = 18,961$, $p < 0,001$, $R^2 = 35,7\%$

Στον Πίνακα 275 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Απομόνωση» και ανεξάρτητες τους παράγοντες της εξωστρέφειας που σχετίστηκαν με την εξαρτημένη. Μοναδικός

προβλεπτικός παράγοντας αναδείχθηκε η «Απόσυρση» ($\beta=0,563$, $t=7,815$, $p<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF=1,429<3$).

Πίνακας 275: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Απομόνωση» (μοντέλο 1)

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	1,124	-	2,636	0,009	-
Απόσυρση	0,568	0,563	7,815	0,000	1,429
Κοινωνικότητα	-0,091	-0,073	-1,018	0,310	1,429

$F(2,174)=50,609$, $p<0,001$, $R^2=36,8\%$

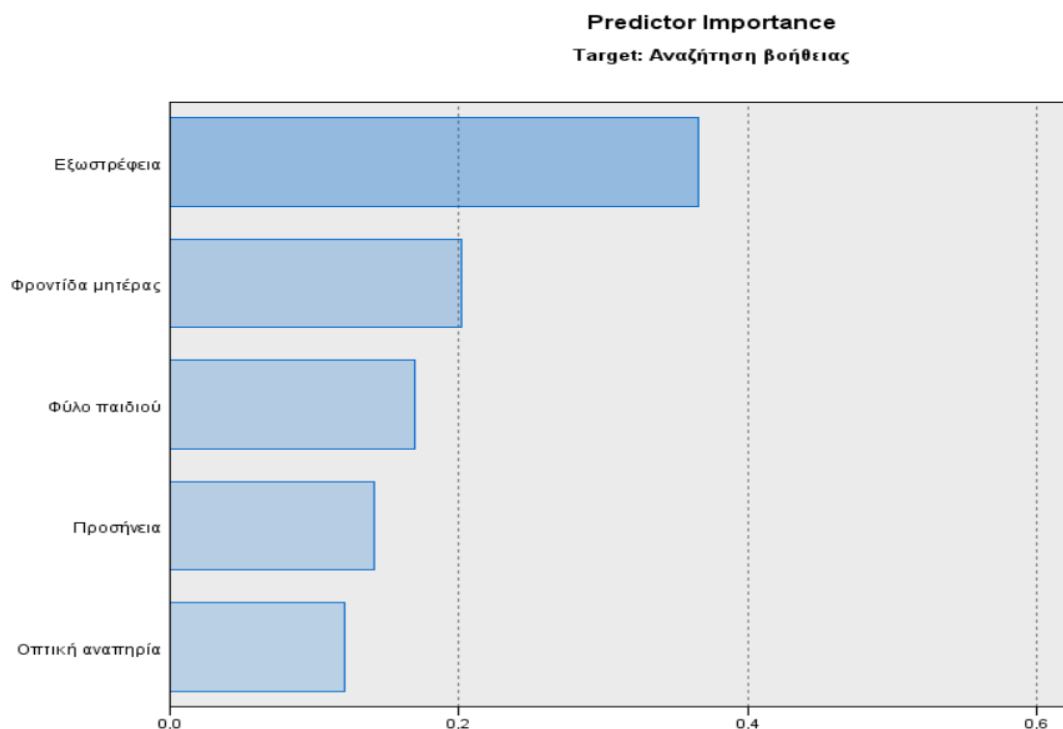
Αναζήτηση βοήθειας

Στον Πίνακα 276 και Γράφημα 143, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Αναζήτηση βοήθειας» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία, τους παράγοντες PBI και προσωπικότητας. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν το φύλο παιδιού ($\beta=0,210$, $t=3,270$, $p=0,001$, 17% επίδραση) η οπτική αναπηρία ($\beta=0,133$, $t=2,017$, $p=0,045$, 12% επίδραση), η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,203$, $t=2,628$, $p=0,009$, 20% επίδραση), η «Προσήνεια» ($\beta=0,209$, $t=2,474$, $p=0,014$, 14% επίδραση) και η «Εξωστρέφεια» ($\beta=0,352$, $t=3,756$, $p<0,001$, 37% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF\leq 2,618<3$).

Πίνακας 276: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Αναζήτηση βοήθειας»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	-1,056	-	-1,795	0,075	-
Φύλο παιδιού	0,369	0,210	3,270	0,001	1,091
Λύκειο-Πανεπιστήμιο (μητέρα)	0,102	0,057	0,860	0,391	1,183
Παντρεμένη μητέρα	0,232	0,119	1,274	0,205	2,316
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	0,164	0,071	0,751	0,454	2,384
Οπτική αναπηρία	0,251	0,133	2,017	0,045	1,155
Φροντίδα μητέρας	0,315	0,203	2,628	0,009	1,585
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	-0,024	-0,016	-0,223	0,824	1,313
Φροντίδα πατέρα	0,033	0,027	0,347	0,729	1,556
Ευσυνειδησία	-0,164	-0,123	-1,270	0,206	2,489
Προσήνεια	0,289	0,209	2,474	0,014	1,893
Εξωστρέφεια	0,435	0,352	3,756	<0,001	2,323
Διανοητική ανάπτυξη	-0,058	-0,046	-0,459	0,647	2,618

$F(12,156)=9,067$, $p<0,001$, $R^2=41,1\%$



Γράφημα 138: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Αναζήτηση βοήθειας»

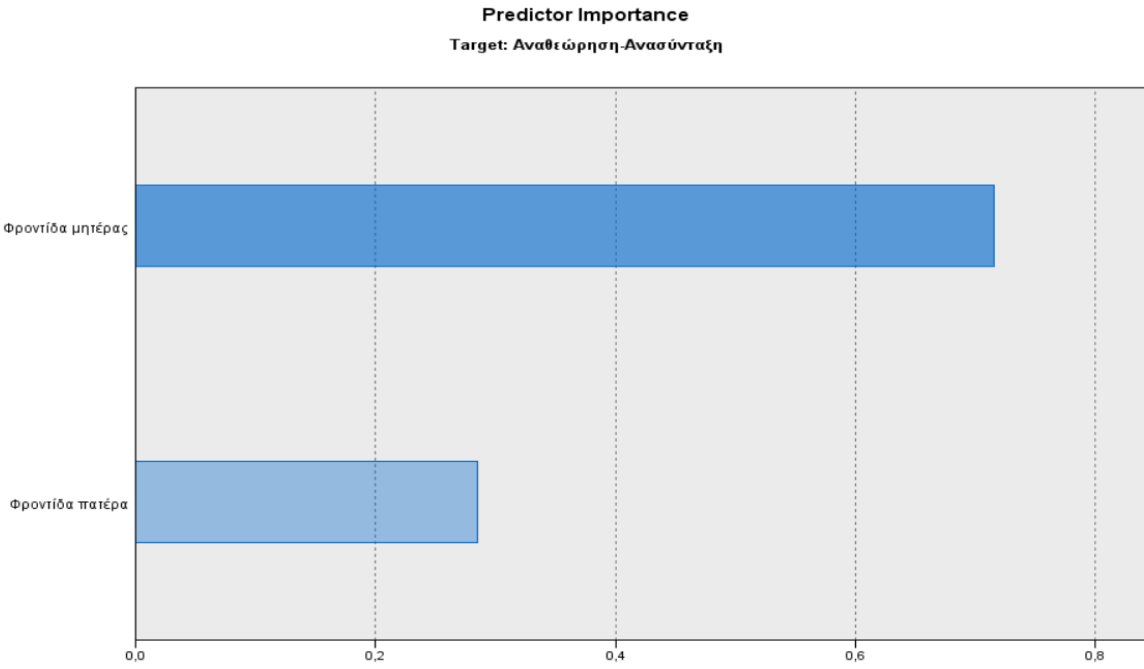
Αναθεώρηση-Ανασύνταξη

Στον Πίνακα 277 και Γράφημα 144, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Αναθεώρηση-Ανασύνταξη» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία, τους παράγοντες PBI και προσωπικότητας. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η «Φροντίδα μητέρας» ($\beta=0,375$, $t=5,218$, $p<0,001$, 72% επίδραση) και η «Φροντίδα πατέρα» ($\beta=0,170$, $t=2,343$, $p=0,020$, 28% επίδραση). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,579 < 3$).

Πίνακας 277: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη «Αναθεώρηση-Ανασύνταξη»

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	-0,027	-	-0,054	0,957	-
Παντρεμένος-Διαζευγμένος πατέρας	-0,004	-0,002	-0,033	0,974	1,207
Κινητική αναπηρία	-0,162	-0,111	-1,846	0,067	1,062
Φροντίδα μητέρας	0,460	0,375	5,218	<0,001	1,519
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	0,124	0,100	1,241	0,217	1,903
Φροντίδα πατέρα	0,167	0,170	2,343	0,020	1,539
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	-0,112	-0,099	-1,232	0,220	1,909
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	0,021	0,021	0,267	0,790	1,738
Προσήνεια	0,048	0,043	0,535	0,594	1,940
Εξωστρέφεια	0,160	0,164	1,916	0,057	2,144
Διανοητική ανάπτυξη	0,101	0,101	1,078	0,283	2,579

$F(10,162) = 13,142$, $p < 0,001$, $R^2 = 44,8\%$



Γράφημα 139: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων για «Αναθεώρηση-Ανασύνταξη»

9.3. Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες

9.3.1. Δημογραφικά στοιχεία παιδιών

Σύμφωνα με τον Πίνακα 278, τα δείγματα των παιδιών με και χωρίς αναπηρίες ήταν εξομοιωμένα ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία ($p \geq 0,117$).

Πίνακας 278: Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες στα δημογραφικά τους στοιχεία

Δημογραφικό	Κατηγορίες	Κατηγορία		Στατιστικό	p-value
		Χωρίς αναπηρία (N=99)	Με αναπηρία (N=179)		
Φύλο παιδιού	Αγόρι	53,1% (51)	47,5% (85)	$X^2 (1) = 0,795$	0,373
	Κορίτσι	46,9% (45)	52,5% (94)		
Ηλικία παιδιού	8-10 ετών	51,5% (51)	46,4% (83)	$X^2 (1) = 0,676$	0,411
	11-18 ετών	48,5% (48)	53,6% (96)		
Τόπος κατοικίας	Αστική	32,7% (32)	28,2% (48)	$X^2 (2) = 1,385$	0,500
	Ημιαστική	26,5% (26)	23,5% (40)		
	Αγροτική	40,8% (40)	48,2% (82)		
Αδέρφια	Όχι	10,1% (10)	17,0% (30)	$X^2 (1) = 2,458$	0,117
	Ναι	89,9% (89)	83,0% (146)		
Αριθμός ατόμων που ζουν συνολικά στο σπίτι	3	10,1% (10)	18,6% (33)	$X^2 (4) = 5,013$	0,286
	4	38,4% (38)	32,8% (58)		
	5	33,3% (33)	26,6% (47)		
	6	12,1% (12)	14,7% (26)		
	7+	6,1% (6)	7,3% (13)		

9.3.2. Δημογραφικά στοιχεία γονιών

Σύμφωνα με τον Πίνακα 279, τα δείγματα των παιδιών με και χωρίς αναπηρίες ήταν εξομοιωμένα ως προς τα δημογραφικά στοιχεία γονέων ($p \geq 0,111$).

Πίνακας 279: Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες στα δημογραφικά στοιχεία γονέων

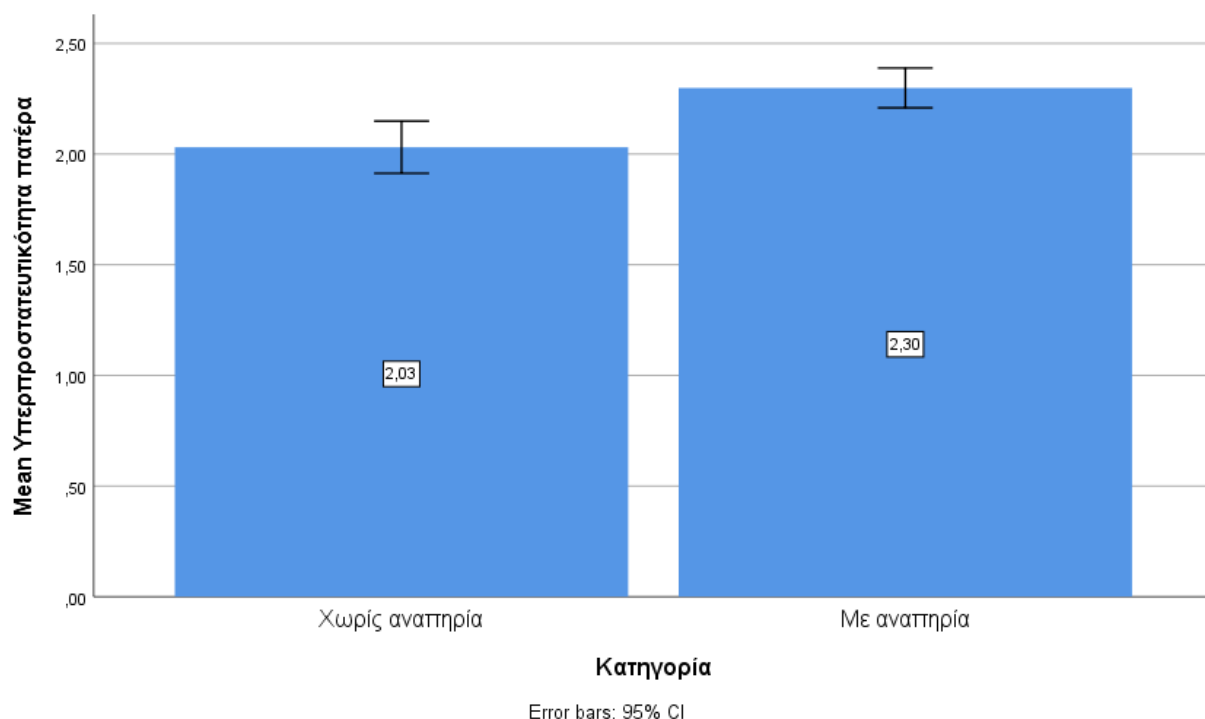
Δημογραφικό	Κατηγορίες	Κατηγορία		Στατιστικό	p-value
		Χωρίς αναπηρία (N=99)	Με αναπηρία (N=179)		
Ηλικία μητέρας	-	39,84 (5,28)	38,89 (6,75)	Z= -1,346	0,178
Ηλικία πατέρα	-	43,96 (5,87)	42,59 (7,64)	t (224,886) = 1,600	0,111
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Δεν πήγε σχολείο	2,0% (2)	8,0% (14)	X ² (4) =6,588	0,159
	Δημοτικό	22,2% (22)	17,0% (30)		
	Γυμνάσιο	11,1% (11)	16,5% (29)		
	Λύκειο	29,3% (29)	24,4% (43)		
	Πανεπιστήμιο	35,4% (35)	34,1% (60)		
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Δεν πήγε σχολείο	1,0% (1)	6,8% (12)	X ² (4) =5,531	0,237
	Δημοτικό	13,1% (13)	11,9% (21)		
	Γυμνάσιο	17,2% (17)	13,0% (23)		
	Λύκειο	32,3% (32)	34,5% (61)		
	Πανεπιστήμιο	36,4% (36)	33,9% (60)		
Επάγγελμα μητέρας	Δημόσιος υπ.	35,7% (35)	28,6% (50)	X ² (3) =5,451	0,142
	Ιδιωτικός υπ.	36,7% (36)	29,7% (52)		
	Ελεύθερος επαγγ.	11,2% (11)	17,7% (31)		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	16,3% (16)	24,0% (42)		
Επάγγελμα πατέρα	Δημόσιος υπ.	22,2% (22)	19,4% (34)	X ² (3) =1,869	0,600
	Ιδιωτικός υπ.	20,2% (20)	26,3% (46)		
	Ελεύθερος επαγγ.	53,5% (53)	48,6% (85)		
	Οικιακά/Ανεργη/Άλλο	4,0% (4)	5,7% (10)		
Οικογενειακή κατάσταση μητέρας	Παντρεμένη	75,8% (75)	70,8% (126)	X ² (4) =6,562	0,161
	Διαζευγμένη	4,0% (4)	11,8% (21)		
	Σε διάσταση	12,1% (12)	11,2% (20)		
	Ξαναπαντρεμένη	8,1% (8)	5,1% (9)		
	Δεν ζει/απεβίωσε	0,0% (0)	1,1% (2)		
Οικογενειακή κατάσταση πατέρα	Παντρεμένη	76,5% (75)	69,7% (124)	X ² (4) =3,954	0,412
	Διαζευγμένη	3,1% (3)	9,0% (16)		
	Σε διάσταση	13,3% (13)	12,4% (22)		
	Ξαναπαντρεμένη	5,1% (5)	6,2% (11)		
	Δεν ζει/απεβίωσε	2,0% (2)	2,8% (5)		

9.3.3. PBI

Σύμφωνα με τον Πίνακα 280 (Γράφημα 145) στον παράγοντα «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» χαμηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στα παιδιά χωρίς αναπηρία ($M.O.=2,03$) σε σύγκριση με τα παιδιά με αναπηρία ($M.O.=2,30$, $Z=-3,814$, $p<0,001$).

Πίνακας 280: Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες στους παράγοντες PBI

Παράγοντες	Κατηγορία	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Φροντίδα μητέρας	Χωρίς αναπηρία	99	3,02	0,61	-0,953	0,341
	Με αναπηρία	179	2,95	0,56		
Υπερπροστατευτικότητα μητέρας	Χωρίς αναπηρία	99	2,24	0,58	-1,529	0,126
	Με αναπηρία	179	2,35	0,55		
Φροντίδα πατέρα	Χωρίς αναπηρία	99	2,86	0,63	-1,076	0,282
	Με αναπηρία	179	2,76	0,70		
Υπερπροστατευτικότητα πατέρα	Χωρίς αναπηρία	99	2,03	0,59	-3,814	<0,001
	Με αναπηρία	179	2,30	0,61		

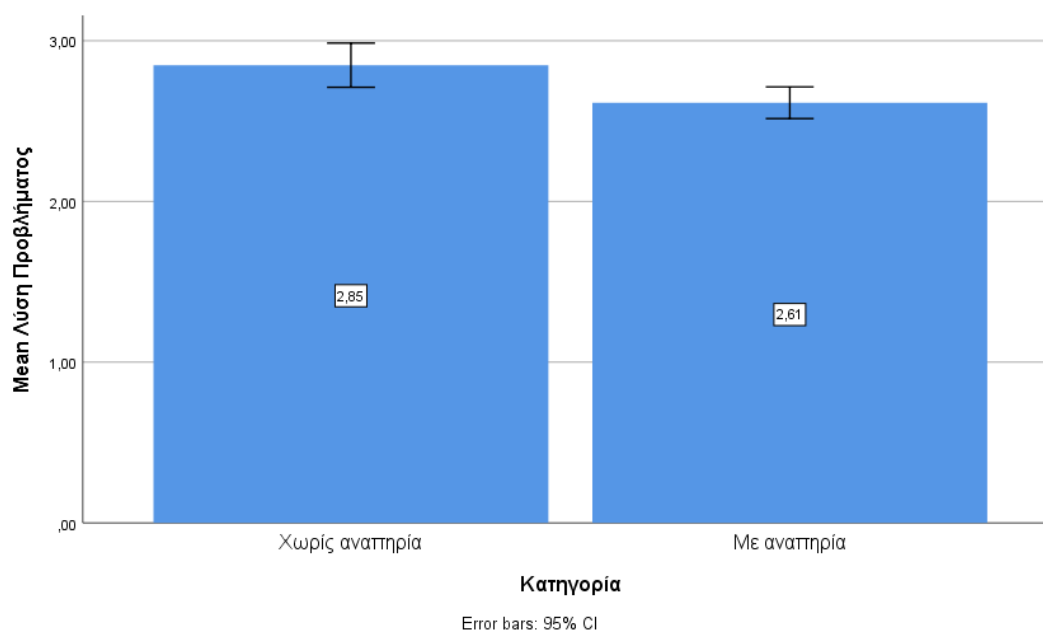
**Γράφημα 140:** «Υπερπροστατευτικότητα πατέρα» ως προς την κατηγορία παιδιού

9.3.4. Αντιμετώπιση προβλημάτων (ΣΑΚΑ)

Σύμφωνα με τον Πίνακα 281 (Γράφημα 146) στον παράγοντα «Λύση προβλήματος» υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στα παιδιά χωρίς αναπηρία ($M.O.=2,85$) σε σύγκριση με τα παιδιά με αναπηρία ($M.O.=2,61$, $Z=2,682$, $p=0,007$).

Πίνακας 281: Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες στους παράγοντες αντιμετώπισης συγκρούσεων

Παράγοντες	Κατηγορία	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Οικογενειακή στήριξη	Χωρίς αναπηρία	99	2,89	0,73	1,433	0,152
	Με αναπηρία	179	2,70	0,82		
Αποφυγή-Λήθη	Χωρίς αναπηρία	99	2,78	0,60	0,520	0,603
	Με αναπηρία	179	2,75	0,65		
Αδυναμία-Παραίτηση	Χωρίς αναπηρία	99	2,15	0,66	1,743	0,081
	Με αναπηρία	179	2,29	0,69		
Λύση προβλήματος	Χωρίς αναπηρία	99	2,85	0,69	2,682	0,007
	Με αναπηρία	179	2,61	0,67		
Απομόνωση	Χωρίς αναπηρία	99	2,14	0,87	0,935	0,350
	Με αναπηρία	177	2,25	0,95		
Αναζήτηση βοήθειας	Χωρίς αναπηρία	99	2,69	0,84	0,990	0,322
	Με αναπηρία	179	2,58	0,87		
Αναθεώρηση - Ανασύνταξη	Χωρίς αναπηρία	99	2,90	0,73	0,535	0,592
	Με αναπηρία	179	2,82	0,69		

**Γράφημα 141:** «Λύση προβλήματος» ως προς την κατηγορία παιδιού

9.3.5. Στοιχεία Προσωπικότητας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 282, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους παράγοντες της προσωπικότητας μεταξύ παιδιών με και χωρίς αναπηρίες ($p \geq 0,062$).

Πίνακας 282: Σύγκριση παιδιών με και χωρίς αναπηρίες στους παράγοντες προσωπικότητας

Παράγοντες	Κατηγορία	N	M.O.	T.A.	Στατιστικό	p-value
<i>Συναισθηματική αντιδραστικότητα</i>	Χωρίς αναπηρία	99	2,62	0,76	Z= -0,100	0,920
	Με αναπηρία	179	2,63	0,68		
Διαγωγή	Χωρίς αναπηρία	99	3,26	0,80	Z= -1,065	0,287
	Με αναπηρία	179	3,36	0,76		
Ατομισμός/Εγωισμός	Χωρίς αναπηρία	99	2,51	0,79	Z= -1,350	0,177
	Με αναπηρία	179	2,65	0,85		
Συναισθηματική αστάθεια	Χωρίς αναπηρία	99	2,61	0,84	Z= -0,099	0,921
	Με αναπηρία	179	2,59	0,69		
<i>Ευσυνειδησία</i>	Χωρίς αναπηρία	99	3,25	0,75	Z= -0,400	0,689
	Με αναπηρία	179	3,23	0,66		
Επιμέλεια	Χωρίς αναπηρία	99	3,12	0,86	Z= -0,580	0,562
	Με αναπηρία	179	3,21	0,76		
Κίνητρα απόδοσης	Χωρίς αναπηρία	99	3,31	0,78	Z= -0,685	0,493
	Με αναπηρία	179	3,24	0,75		
Σχολική επάρκεια	Χωρίς αναπηρία	99	3,45	0,98	Z= -0,749	0,454
	Με αναπηρία	179	3,39	0,87		
<i>Προσήνεια</i>	Χωρίς αναπηρία	99	3,23	0,60	Z= -0,126	0,900
	Με αναπηρία	179	3,25	0,63		
Συμμόρφωση	Χωρίς αναπηρία	99	3,21	0,76	Z= -0,458	0,647
	Με αναπηρία	179	3,26	0,80		
Εγκαρδιότητα	Χωρίς αναπηρία	99	3,46	0,77	Z= -1,654	0,098
	Με αναπηρία	179	3,28	0,80		
Ευσυγκινησία/Αλτρουισμός	Χωρίς αναπηρία	99	3,14	0,63	Z= -0,380	0,704
	Με αναπηρία	179	3,12	0,65		
<i>Εξωστρέφεια</i>	Χωρίς αναπηρία	99	3,44	0,63	Z= -1,865	0,062
	Με αναπηρία	179	3,30	0,71		
Απόσυρση	Χωρίς αναπηρία	99	2,40	0,94	Z= -0,748	0,454
	Με αναπηρία	179	2,51	0,94		
Δραστηριότητα	Χωρίς αναπηρία	51	3,08	0,77	t (132) = -0,436	0,663
	Με αναπηρία	83	3,15	0,80		
Κοινωνικότητα	Χωρίς αναπηρία	99	3,41	0,67	t (276) = 1,640	0,102
	Με αναπηρία	179	3,26	0,76		
<i>Διανοητική ανάπτυξη</i>	Χωρίς αναπηρία	99	3,09	0,70	Z= -0,017	0,986
	Με αναπηρία	179	3,11	0,69		
Νόηση	Χωρίς αναπηρία	99	3,21	0,84	Z= -0,082	0,935
	Με αναπηρία	179	3,20	0,73		
Αυτοπεποίθηση	Χωρίς αναπηρία	99	3,15	0,73	Z= -0,018	0,986
	Με αναπηρία	179	3,16	0,85		
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	Χωρίς αναπηρία	48	3,23	0,82	t (142) = 0,919	0,360
	Με αναπηρία	96	3,10	0,79		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

10.1. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξεταστεί η επίδραση της γονεϊκής προσκόλλησης στη διαμόρφωση της προσωπικότητας παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία και η συμβολή της γονεϊκής προσκόλλησης και της της προσωπικότητας των παιδιών στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων και προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψιν τόσο τα χαρακτηριστικά των παιδιών όσο και τα χαρακτηριστικά των γονέων.

Στο 1^ο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε ο τύπος της γονεϊκής προσκόλλησης των παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία και οι διαφορές με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν πως οι γονείς των παιδιών με αναπηρία χρησιμοποιούν περισσότερο την φροντίδα και λιγότερο την υπερπροστατευτικότητα. Σύμφωνα με τον Howe (2006), η αναπηρία του παιδιού δεν συνδέεται απαραίτητα με ανασφαλείς προσκολλήσεις, αλλά η σχέση επηρεάζεται από την ευαλωτότητα τόσο του παιδιού όσο και του γονέα, καθώς και από την ικανότητα του τελευταίου να παρέχει συναισθηματική ασφάλεια (Howe, 2006). Επιπλέον, οι γονείς παιδιών με αναπηρίες αναπτύσσουν ισχυρούς δεσμούς φροντίδας, αλλά μπορεί να αντιμετωπίσουν προκλήσεις στην προσαρμογή της σχέσης τους, ιδιαίτερα στην πρώιμη παιδική ηλικία (Velemínský et al., 2019). Ωστόσο, οι υψηλές απαιτήσεις της φροντίδας μπορεί να προκαλέσουν άγχος στους γονείς, κάτι που μπορεί να επηρεάσει έμμεσα την ποιότητα της γονεϊκής προσκόλλησης (Nedelisky, 2004). Στην πράξη, η υπερβολική φροντίδα μπορεί να γίνει περιοριστική και να οδηγήσει σε εξαρτησιακές σχέσεις, όπου το παιδί δυσκολεύεται να αναπτύξει δεξιότητες αυτορρύθμισης. Αντίθετα, όταν οι γονείς παρέχουν σταθερότητα, υποστήριξη και ενίσχυση της πρωτοβουλίας, συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας ασφαλούς προσκόλλησης, η οποία ενισχύει την αυτονομία και την ανθεκτικότητα του παιδιού. Η γονεϊκή προσκόλληση στα παιδιά με αναπηρία είναι μια πολυδιάστατη διεργασία, η οποία εξαρτάται από μια σειρά ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Αν και οι γονείς επιδεικνύουν αυξημένη φροντίδα, οι ψυχολογικές και κοινωνικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με το παιδί. Ως εκ τούτου, η υποστήριξη των οικογενειών μέσω συμβουλευτικών και κοινωνικών παρεμβάσεων

μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη υγιών και ασφαλών δεσμών προσκόλλησης, που θα ενισχύσουν τη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.

Επιπλέον τα επίπεδα της φροντίδας βαθμολογήθηκαν υψηλότερα για τις μητέρες σε σύγκριση με την φροντίδα του πατέρα. Σύμφωνα με τους Heller et al. (1997), οι μητέρες αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη φροντίδα των παιδιών τους, παρέχουν περισσότερους τύπους υποστήριξης και βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση φροντίδας σε σύγκριση με τους πατέρες. Επιπλέον, οι μητέρες βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και ψυχολογικής καταπόνησης λόγω της αυξημένης εμπλοκής τους στη φροντίδα των παιδιών με αναπηρίες (Hunt, 2012). Η διαφοροποίηση της γονεϊκής φροντίδας σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Παραδοσιακά, οι μητέρες θεωρούνται οι κύριες φροντίστριες των παιδιών, γεγονός που οδηγεί στην ανάληψη περισσότερων ευθυνών, ιδιαίτερα όταν το παιδί έχει αυξημένες ανάγκες λόγω κάποιας αναπηρίας. Αντίθετα, οι πατέρες ενδέχεται να διαδραματίζουν δευτερεύοντα ρόλο, επικεντρώνοντας τη συμβολή τους σε πρακτική ή οικονομική υποστήριξη αντί για άμεση εμπλοκή στην καθημερινή φροντίδα. Παρόλο που οι πατέρες συχνά δεν αναλαμβάνουν τον ίδιο βαθμό φροντίδας, η ενεργός συμμετοχή τους έχει θετική επίδραση στην ψυχοκοινωνική ισορροπία της οικογένειας. Η ισότιμη κατανομή των ευθυνών μειώνει την ψυχολογική επιβάρυνση της μητέρας, ενισχύει τη συνεκτικότητα της οικογένειας και συμβάλλει στη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής τόσο των γονέων όσο και του παιδιού. Επιπλέον, η πατρική εμπλοκή μπορεί να έχει σημαντικά αναπτυξιακά οφέλη για το παιδί, καθώς ενισχύει την αυτονομία, την κοινωνική προσαρμοστικότητα και την αυτοεκτίμησή του. Η απουσία ενεργού συμμετοχής του πατέρα μπορεί να οδηγήσει σε ενδοοικογενειακές εντάσεις, καθώς η μητέρα επωμίζεται το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες σύγκρουσης και αποστασιοποίησης. Η άνιση κατανομή της φροντίδας ανάμεσα στους γονείς έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στη λειτουργία της οικογένειας και στην ψυχική υγεία των μελών της. Οι πολιτικές υποστήριξης θα πρέπει να ενθαρρύνουν:

- ❖ Ισότιμη εμπλοκή των πατέρων στη φροντίδα των παιδιών με αναπηρίες.
- ❖ Δομές ψυχολογικής στήριξης για τους γονείς, με στόχο τη μείωση του άγχους και της εξουθένωσης.
- ❖ Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση σχετικά με τις επιπτώσεις της ανισότητας στη γονεϊκή φροντίδα.

Η ενίσχυση της πατρικής παρουσίας και η παροχή κοινωνικής υποστήριξης μπορούν να δημιουργήσουν πιο ισορροπημένες και ανθεκτικές οικογένειες, διασφαλίζοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά με αναπηρίες.

Ακόμη, η υπερπροστατευτικότητα του πατέρα, αν και ήταν χαμηλή, ωστόσο βαθμολογήθηκε υψηλότερα σε παιδιά με αναπηρίες σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Σύμφωνα με τους Holmbeck et al. (2002), οι πατέρες των παιδιών με σωματικές αναπηρίες, ήταν σημαντικά πιο υπερπροστατευτικοί από τους πατέρες παιδιών χωρίς αναπηρίες, με τη διαφορά αυτή να σχετίζεται εν μέρει με το γνωστικό επίπεδο των παιδιών. Παρομοίως, έρευνα των Toscano et al. (2022) έδειξε ότι τόσο οι μητέρες όσο και οι πατέρες παιδιών με προγεννητικές επιπλοκές εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα υπερπροστατευτικότητας, ειδικά όταν το παιδί είχε χαμηλότερο αναπτυξιακό επίπεδο. Η τάση των πατέρων να υιοθετούν έναν πιο προστατευτικό ρόλο στα παιδιά με αναπηρίες μπορεί να εξηγηθεί μέσω βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων:

- ❖ Αίσθημα αυξημένης ευθύνης: Οι πατέρες μπορεί να αισθάνονται ότι πρέπει να προστατεύσουν το παιδί από κινδύνους λόγω των λειτουργικών περιορισμών του.
- ❖ Φόβος για την ανεξαρτησία του παιδιού: Όταν ένα παιδί έχει περιορισμένη ικανότητα αυτονομίας, οι γονείς τείνουν να αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες, συχνά εις βάρος της ανεξαρτητοποίησής του.
- ❖ Κοινωνικά στερεότυπα: Οι άνδρες παραδοσιακά θεωρούνται οι "προστάτες" της οικογένειας, κάτι που μπορεί να ενισχύσει την υπερπροστατευτική στάση, ιδιαίτερα όταν το παιδί θεωρείται πιο ευάλωτο.
- ❖ Επιρροή του γνωστικού επιπέδου του παιδιού: Όπως αναφέρουν οι Holmbeck et al. (2002), οι πατέρες είναι πιο υπερπροστατευτικοί όταν το παιδί έχει χαμηλότερο γνωστικό δυναμικό, καθώς θεωρούν ότι δεν μπορεί να διαχειριστεί καταστάσεις μόνο του.

Αν και η υπερπροστατευτικότητα μπορεί να πηγάζει από θετικές προθέσεις, έχει ενίοτε αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού:

- ❖ Περιορισμένη αυτονομία: Τα παιδιά που μεγαλώνουν με έντονα προστατευτικούς γονείς μπορεί να παρουσιάσουν δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας.

- ❖ Αυξημένο άγχος και συμπεριφορές εξάρτησης: Η υπερβολική προστασία μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή ανθεκτικότητα, καθώς το παιδί δεν μαθαίνει να διαχειρίζεται προκλήσεις.
- ❖ Κοινωνική απομόνωση: Οι υπερπροστατευτικοί γονείς συχνά περιορίζουν τις κοινωνικές επαφές του παιδιού, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις διαπροσωπικές του δεξιότητες.

Η πατρική φροντίδα και προστασία είναι αναγκαία, αλλά θα πρέπει να ισορροπείται με την ενίσχυση της ανεξαρτησίας του παιδιού. Η υποστήριξη μέσω ενεργητικής ενθάρρυνσης και εποικοδομητικής καθοδήγησης, αντί της υπερβολικής παρέμβασης, μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη ενός αυτοδύναμου και ψυχικά ανθεκτικού ατόμου. Συνεπώς, είναι σημαντικό να προωθούνται γονεϊκές παρεμβάσεις που βοηθούν τους πατέρες να αναγνωρίσουν τις επιπτώσεις της υπερπροστατευτικότητας και να υιοθετήσουν ένα υποστηρικτικό, αλλά όχι περιοριστικό, στυλ ανατροφής.

Στο 2^ο **ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκε η προσωπικότητα των παιδιών με οπτική, κινητική και ακουστική αναπηρία και οι πιθανές διαφορές με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι τα παιδιά με αναπηρίες χαρακτηρίζονται από α)Καλή διαγωγή, συναισθηματική σταθερότητα και ηρεμία, χαμηλή συναισθηματική αντιδραστικότητα και απουσία ατομισμού και εγωισμού, β)Ευσυνειδησία, επαρκή επιμέλεια και οργάνωση των υποχρεώσεων, σχολική επάρκεια και ύπαρξη κινήτρων απόδοσης και αυτοβελτίωσης, γ)Προσήνεια, εγκαρδιότητα, συμμόρφωση στην εφαρμογή καλών τρόπων συμπεριφοράς, ευ-συγκινησία και αλτρουισμό, δ)Εξωστρέφεια, συμμετοχή σε εξωσχολικές δραστηριότητες, επαρκή κοινωνικότητα με χαμηλή διάθεση για απόσυρση και απομόνωση και ε)Διανοητική ανάπτυξη, επαρκή νόηση (ευστροφία, αντίληψη, μνήμη, κριτική σκέψη), αυτοπεποίθηση και δεκτικότητα σε εμπειρίες (συμμετοχή σε συζητήσεις, ύπαρξη ενδιαφερόντων). Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα στοιχεία προσωπικότητας σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Τα αποτελέσματα συνολικά αναδεικνύουν ότι τα παιδιά με αναπηρίες έχουν σε παραπλήσιο βαθμό τα θετικά στοιχεία προσωπικότητας (συναισθηματική σταθερότητα, ευσυνειδησία, προσήνεια, εξωστρέφεια, διανοητική ανάπτυξη) σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Η έρευνα των Oladimejio & Ogunwale (2024) έδειξε ότι τα παιδιά με αναπηρίες παρουσιάζουν εξωστρέφεια και κοινωνικές

δεξιότητες, χωρίς σημαντικές αποκλίσεις από τους συνομηλίκους τους. Μια μελέτη που σύγκρινε την προσωπικότητα παιδιών με φυσικές αναπηρίες (άνω και κάτω άκρων) με τυπικά παιδιά έδειξε ότι τα παιδιά με αναπηρίες είχαν ελαφρώς χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις διαστάσεις της προσωπικότητας, αλλά η διαφορά δεν ήταν σημαντική (Jabeen et al., 2016). Μελέτη που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ κινητικής ανάπτυξης και προσωπικότητας διαπίστωσε ότι η καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη σχετίζεται με αυξημένο νευρωτισμό (Flensburg-Madsen et al., 2023). Ωστόσο, οι διαφορές αυτές ήταν μικρές και δεν ήταν αρκετές για να διαφοροποιήσουν σημαντικά το συνολικό προφίλ προσωπικότητας των ατόμων με κινητικές αναπηρίες.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι τα παιδιά με οπτική, κινητική και ακουστική αναπηρία δεν παρουσιάζουν ουσιαστικές διαφοροποιήσεις στην προσωπικότητά τους σε σχέση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Αντίθετα, τα στοιχεία δείχνουν ότι η αναπηρία δεν αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που περιορίζει την ανάπτυξη θετικών προσωπικών χαρακτηριστικών, όπως η ευσυνειδησία, η κοινωνικότητα, η συναισθηματική σταθερότητα και η αυτοπεποίθηση. Ωστόσο, αξίζει να αναλυθούν σε μεγαλύτερο βάθος οι δυναμικές που διαμορφώνουν το προσωπικό προφίλ αυτών των παιδιών. Αν και τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ παιδιών με και χωρίς αναπηρία, η εμπειρία ζωής των πρώτων εμπεριέχει ιδιαίτερες προκλήσεις, όπως η αυξημένη ανάγκη για προσαρμογή σε ένα περιβάλλον που δεν είναι πάντα πλήρως προσβάσιμο ή συμπεριληπτικό. Αυτή η συνθήκη ενδέχεται να λειτουργεί ως καταλυτικός παράγοντας για την ανάπτυξη προσαρμοστικότητας, επιμονής και στρατηγικών αντιμετώπισης δυσκολιών. Επιπλέον, το κοινωνικό περιβάλλον διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες. Η αποδοχή από συνομηλίκους και εκπαιδευτικούς, η ύπαρξη υποστηρικτικών μηχανισμών στο σχολείο και την οικογένεια, καθώς και η προώθηση ίσων ευκαιριών συμμετοχής σε κοινωνικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες αποτελούν βασικούς παράγοντες που ενισχύουν την ανάπτυξη θετικών προσωπικών χαρακτηριστικών. Σε αυτό το πλαίσιο, η συμπεριληπτική εκπαίδευση και οι πολιτικές ένταξης μπορούν να λειτουργήσουν ενισχυτικά, επιτρέποντας στα παιδιά με αναπηρίες να αναπτύξουν το πλήρες δυναμικό τους, τόσο σε γνωστικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η διαφοροποίηση της εμπειρίας των παιδιών με αναπηρίες ανάλογα με το είδος και τη σοβαρότητα της αναπηρίας τους. Αν και η

έρευνα δείχνει ότι συνολικά δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην προσωπικότητα, ενδέχεται επιμέρους παράγοντες –όπως η ανάγκη για μεγαλύτερη εξάρτηση από τους γονείς ή η μειωμένη φυσική αυτονομία– να επηρεάζουν την αυτοεικόνα και την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των παιδιών. Τέλος, η κατανόηση της προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες δεν θα πρέπει να περιορίζεται στη σύγκρισή τους με παιδιά τυπικής ανάπτυξης, αλλά να εστιάζει στη μοναδικότητα κάθε παιδιού και στις διαφορετικές πορείες ανάπτυξής τους. Η κοινωνία και το εκπαιδευτικό σύστημα οφείλουν να μην προσεγγίζουν τα παιδιά με αναπηρίες ως μια ομοιογενή ομάδα, αλλά να λαμβάνουν υπόψη τις ατομικές ανάγκες, τα ιδιαίτερα ταλέντα και τις προσωπικές τους δυνατότητες. Συνοψίζοντας, τα δεδομένα της έρευνας καταδεικνύουν ότι η προσωπικότητα των παιδιών με αναπηρίες δεν διαφοροποιείται ουσιαστικά από εκείνη των παιδιών τυπικής ανάπτυξης, γεγονός που καταρρίπτει στερεότυπα περί μειωμένης κοινωνικότητας ή χαμηλότερης συναισθηματικής ανθεκτικότητας. Αντίθετα, φαίνεται πως τα παιδιά με αναπηρίες αναπτύσσουν εξίσου ή και περισσότερο ανθεκτικότητα, προσαρμοστικότητα και κοινωνικές δεξιότητες, λόγω των αυξημένων προκλήσεων που αντιμετωπίζουν. Το ζητούμενο, επομένως, δεν είναι η απλή αναγνώριση αυτής της πραγματικότητας, αλλά η ενίσχυση δομών και πρακτικών που επιτρέπουν σε όλα τα παιδιά, ανεξαρτήτως ικανοτήτων ή περιορισμών, να αναπτύξουν πλήρως την προσωπικότητά τους σε ένα περιβάλλον που προάγει τη συμπερίληψη, την ισότητα και τον σεβασμό στη διαφορετικότητα.

Στο 3^ο **ερευνητικό** μελετήθηκε ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουν τα παιδιά με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία τα προβλήματα τους και οι πιθανές διαφορές με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν πως η συνηθέστερη στρατηγική είναι η αναθεώρηση-ανασύνταξη, δηλαδή η προσπάθεια αυτοβελτίωσης, η αλλαγή τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς προκειμένου να επιτευχθεί η λύση του προβλήματος. Σύμφωνα με τους Boo & Wicherts (2009), η θετική γνωστική αναδόμηση αποτελεί ξεχωριστή στρατηγική αντιμετώπισης και σχετίζεται θετικά με την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων στα παιδιά. Επιπλέον, η έρευνα των Arif et al. (2021) έδειξε ότι η γνωστική αναδιάρθρωση και η επίλυση προβλημάτων είναι οι πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από παιδιά με αναπηρίες και τους γονείς τους.

Ωστόσο, σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, τα παιδιά με αναπηρίες προσπάθησαν λιγότερο αποφασιστικά να λύσουν το πρόβλημα μόνα τους. Σύμφωνα

με τη μελέτη των Passolunghi & Mammarella (2012), τα παιδιά με αναπηρίες εμφάνισαν σημαντικές δυσκολίες στην εκτέλεση εργασιών που απαιτούν υψηλή προσοχή και χωρική μνήμη εργασίας, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ικανότητά τους να επεξεργάζονται και να διατηρούν σχετικές πληροφορίες κατά την επίλυση προβλημάτων (Passolunghi & Mammarella, 2012). Επιπλέον, η έρευνα του Smiley (2002) ανέδειξε ότι τα παιδιά με ακουστικές αναπηρίες αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην κατανόηση και επίλυση προβλημάτων που απαιτούν γλωσσικές δεξιότητες, παρά το γεγονός ότι η αριθμητική τους ικανότητα μπορεί να είναι συγκρίσιμη με αυτή των συνομηλίκων τους χωρίς αναπηρίες. Η Laurent (2014) βρήκε ότι τα παιδιά με ακουστικές αναπηρίες έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες στη Δοκιμασία Επίλυσης Προβλημάτων – Στοιχειώδη Εκπαίδευση, γεγονός που δείχνει ότι οι ικανότητές τους στην επίλυση προβλημάτων βρίσκονται στο χαμηλότερο άκρο του μέσου όρου, σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν τη σημασία της στρατηγικής αναθεώρησης-ανασύνταξης ως κυρίαρχης προσέγγισης των παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Η τάση τους να επικεντρώνονται στην αυτοβελτίωση και την προσαρμογή της σκέψης και συμπεριφοράς τους υποδηλώνει μια ιδιαίτερη ψυχολογική ανθεκτικότητα, η οποία τους επιτρέπει να ξεπερνούν δυσκολίες παρά τους περιορισμούς που μπορεί να αντιμετωπίζουν.

Ωστόσο, η μικρότερη αυτονομία που καταγράφηκε στην επίλυση προβλημάτων σε σχέση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης αποτελεί ένα κρίσιμο στοιχείο προς διερεύνηση. Οι δυσκολίες αυτές δεν πηγάζουν απαραίτητα από έλλειψη ικανοτήτων, αλλά συχνά από εξωτερικούς παράγοντες, όπως η διαθεσιμότητα υποστηρικτικών μηχανισμών, η πρόσβαση σε κατάλληλες εκπαιδευτικές πρακτικές και η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος απέναντί τους. Επιπλέον, παράγοντες όπως η μειωμένη προσοχή, η χωρική μνήμη και η γλωσσική επάρκεια μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά με αναπηρίες προσεγγίζουν τα προβλήματα, καθιστώντας τις στρατηγικές τους λιγότερο αποτελεσματικές σε συγκεκριμένα γνωστικά πλαίσια.

Η έρευνα δείχνει ότι η επίλυση προβλημάτων είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία που εξαρτάται όχι μόνο από τις εγγενείς ικανότητες του παιδιού, αλλά και

από το περιβάλλον μέσα στο οποίο καλείται να εφαρμόσει αυτές τις δεξιότητες. Για παράδειγμα, τα παιδιά με ακουστικές αναπηρίες μπορεί να έχουν δυσκολίες στην επεξεργασία λεκτικών πληροφοριών, γεγονός που τα καθιστά λιγότερο αποδοτικά σε καθήκοντα που απαιτούν λεκτική συλλογιστική. Παρόμοια, παιδιά με κινητικές αναπηρίες μπορεί να χρειάζονται περισσότερο χρόνο ή εναλλακτικές μεθόδους για να εκτελέσουν εργασίες που απαιτούν λεπτές κινητικές δεξιότητες ή προσαρμοσμένες τεχνικές μάθησης.

Ένα σημαντικό ερώτημα που προκύπτει είναι το πώς μπορούμε να ενισχύσουμε την αυτονομία αυτών των παιδιών στην επίλυση προβλημάτων. Η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων που στοχεύουν στη βελτίωση της γνωστικής ευελιξίας, της μνήμης εργασίας και της προσαρμογής στρατηγικών μάθησης μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της ικανότητάς τους να αντιμετωπίζουν προκλήσεις με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Παράλληλα, η προώθηση ενός συμπεριληπτικού σχολικού περιβάλλοντος, όπου τα παιδιά με αναπηρίες ενθαρρύνονται να λαμβάνουν ενεργό ρόλο στην επίλυση προβλημάτων αντί να βασίζονται υπερβολικά στη βοήθεια τρίτων, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την αυτονομία τους.

Τέλος, είναι απαραίτητο να αναγνωριστεί ότι η επίλυση προβλημάτων δεν είναι απλώς μια γνωστική διαδικασία, αλλά μια εμπειρία που διαμορφώνεται από κοινωνικούς, συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τα παιδιά με αναπηρίες ενδέχεται να αντιμετωπίζουν διαφορετικούς βαθμούς ενθάρρυνσης και στήριξης από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τους συνομηλίκους τους, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την αυτοεικόνα και την αυτοπεποίθησή τους. Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που ενισχύει την ενεργή συμμετοχή και την ανεξαρτησία τους μπορεί να τους επιτρέψει να αναπτύξουν πιο ισχυρές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, που θα τα ωφελήσουν τόσο στην εκπαιδευτική τους πορεία όσο και στη μελλοντική ενήλικη ζωή τους.

Συμπερασματικά, τα παιδιά με αναπηρίες διαθέτουν τις ίδιες βασικές δυνατότητες επίλυσης προβλημάτων με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, αλλά επηρεάζονται από συγκεκριμένους περιορισμούς που σχετίζονται με τις γνωστικές και αισθητηριακές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Η πρόκληση, επομένως, δεν είναι να «διορθώσουμε» αυτές τις δυσκολίες, αλλά να προσαρμόσουμε τα εκπαιδευτικά και

κοινωνικά συστήματα ώστε να τους παρέχουν τα κατάλληλα εργαλεία και την υποστήριξη που χρειάζονται για να αναπτύξουν πλήρως τις δυνατότητές τους.

Στο **4^ο ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκαν οι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην γονεϊκή προσκόλληση των παιδιών με οπτική, ακουστική και κινητική αναπηρία. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν την σημασία του εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας, της οικογενειακής κατάστασης των γονέων, της περιοχής κατοικίας και της ηλικίας του πατέρα.

Συγκεκριμένα, σε οικογένειες στις οποίες η μητέρα έχει εκπαιδευτικό επίπεδο Λυκείου ή Πανεπιστημίου, η φροντίδα των γονέων προς το παιδί με αναπηρίες ήταν μεγαλύτερη. Σύμφωνα με τους Feniger-Schaal & Joels (2018), η μητρική ευαισθησία και η δομή που παρέχει η μητέρα επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της γονεϊκής προσκόλλησης στα παιδιά με διανοητική αναπηρία, ανεξάρτητα από τη φύση της αναπηρίας. Επιπλέον, η έρευνα των Matoso et al. (2022) ανέδειξε ότι οι πεποιθήσεις των μητέρων για τη σημασία της ευαίσθητης γονεϊκότητας σχετίζονται με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, υποδηλώνοντας ότι οι πιο μορφωμένες μητέρες έχουν περισσότερη επίγνωση των αναγκών των παιδιών τους με αναπηρίες και παρέχουν υψηλότερα επίπεδα φροντίδας.

Η σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας και της ποιότητας της φροντίδας που παρέχει στο παιδί με αναπηρία είναι ιδιαίτερα σύνθετη και πολυδιάστατη. Οι πιο μορφωμένες μητέρες φαίνεται να έχουν βαθύτερη κατανόηση των αναγκών του παιδιού τους, γεγονός που τις καθιστά πιο ευέλικτες και αποτελεσματικές στην παροχή συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης. Η εκπαίδευση διευρύνει τους γνωστικούς και κοινωνικούς ορίζοντες, επιτρέποντας στις μητέρες να αναγνωρίζουν και να αξιοποιούν στρατηγικές που ενισχύουν την ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού, να προωθούν την αυτονομία του και να δημιουργούν ένα περιβάλλον σταθερότητας και ενθάρρυνσης.

Πέρα από την απόκτηση γνώσεων, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνδέεται συχνά με αυξημένη αυτοπεποίθηση στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα του παιδιού, καθώς και με μεγαλύτερη ικανότητα αναζήτησης και αξιοποίησης υποστηρικτικών πόρων. Οι μορφωμένες μητέρες είναι πιθανότερο να υιοθετήσουν θετικές γονεϊκές πρακτικές, αποφεύγοντας υπερπροστατευτικές ή αυταρχικές συμπεριφορές που μπορεί να περιορίσουν την εξέλιξη του παιδιού. Παράλληλα, η

επαφή με σύγχρονες αναπτυξιακές θεωρίες και πρακτικές ενισχύει τη συναισθηματική τους διαθεσιμότητα, βοηθώντας τες να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του παιδιού με μεγαλύτερη ευαισθησία και προσαρμοστικότητα.

Ωστόσο, η εκπαίδευση από μόνη της δεν αποτελεί πανάκεια στη γονεϊκή φροντίδα. Παράγοντες όπως η προσωπικότητα, οι αξίες, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η συναισθηματική ανθεκτικότητα της μητέρας παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο. Μια μητέρα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, αλλά με έντονη συναισθηματική νοημοσύνη και ένα ισχυρό δίκτυο υποστήριξης, μπορεί να προσφέρει εξίσου υψηλής ποιότητας φροντίδα στο παιδί της.

Επομένως, αν και η μόρφωση ενισχύει την ποιότητα της γονεϊκής φροντίδας, το πιο καθοριστικό στοιχείο παραμένει η ικανότητα του γονέα να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης, ασφάλειας και αποδοχής με το παιδί. Η πραγματική ποιότητα της γονεϊκής προσφοράς δεν κρίνεται μόνο από τη γνώση, αλλά από τη βαθιά συναισθηματική σύνδεση, τη διαθεσιμότητα και την αγάπη που μεταδίδει ο γονέας στο παιδί του, ανεξάρτητα από τις εκπαιδευτικές ή κοινωνικές του καταβολές.

Επιπλέον, στις οικογένειες που οι γονείς είναι παντρεμένοι, τα επίπεδα φροντίδας προς τα παιδιά με αναπηρίες ήταν υψηλότερα. Σύμφωνα με τους Hartley et al. (2011), η ποιότητα του γάμου σε οικογένειες παιδιών με αναπτυξιακές αναπηρίες παίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στην ψυχική υγεία των γονέων όσο και στην αποτελεσματικότητα της φροντίδας τους προς το παιδί. Επίσης, η έρευνα των Kersh et al. (2006) έδειξε ότι η καλή ποιότητα του γάμου σχετίζεται με μειωμένο γονεϊκό στρες και υψηλότερη αυτοπεποίθηση των γονέων στη φροντίδα του παιδιού με αναπηρία.

Η ύπαρξη ενός σταθερού γάμου στις οικογένειες παιδιών με αναπηρίες φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στην ποιότητα της φροντίδας όσο και στη συναισθηματική ισορροπία των γονέων. Ένας λειτουργικός και υγιής γάμος προσφέρει ένα πλαίσιο υποστήριξης, όπου οι γονείς μπορούν να μοιραστούν τις ευθύνες της ανατροφής, να ανταλλάξουν απόψεις και να λειτουργήσουν ως ομάδα απέναντι στις προκλήσεις που συνοδεύουν τη φροντίδα ενός παιδιού με αναπηρία. Αυτή η συντροφικότητα ενισχύει τη συναισθηματική ανθεκτικότητα των γονέων, μειώνει τα επίπεδα άγχους και συμβάλλει στη διατήρηση μιας θετικής ψυχολογικής κατάστασης, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τη σχέση τους με το παιδί.

Σε οικογένειες όπου υπάρχει ισχυρός δεσμός μεταξύ των γονέων, η φροντίδα δεν αποτελεί ατομική ευθύνη αλλά μια συλλογική προσπάθεια. Ο καταμερισμός των καθηκόντων, η συναισθηματική υποστήριξη μεταξύ των συντρόφων και η κοινή λήψη αποφάσεων για το παιδί ενισχύουν τη συνοχή της οικογένειας και προάγουν ένα σταθερό και ασφαλές περιβάλλον για το παιδί. Αντίθετα, οι συγκρούσεις και οι εντάσεις στη σχέση των γονέων μπορούν να επιβαρύνουν τη γονεϊκή λειτουργία, αυξάνοντας τα επίπεδα στρες και μειώνοντας τη διαθεσιμότητά τους προς το παιδί.

Παράλληλα, η ποιότητα της συζυγικής σχέσης επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους. Οι γονείς που αισθάνονται υποστηριζόμενοι από τον/τη σύντροφό τους έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στις γονεϊκές τους δεξιότητες, δείχνουν περισσότερη ευαισθησία στις ανάγκες του παιδιού και είναι πιο αποτελεσματικοί στη διαχείριση των προκλήσεων. Αντίθετα, σε περιπτώσεις διαζυγίου ή συγκρουσιακών σχέσεων, το συναισθηματικό βάρος που βιώνουν οι γονείς μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά τους να ανταποκριθούν με ηρεμία και σταθερότητα στις απαιτήσεις της φροντίδας.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η ύπαρξη ενός γάμου από μόνη της δεν εγγυάται την ποιότητα της φροντίδας. Αυτό που έχει μεγαλύτερη σημασία είναι η ποιότητα της σχέσης μεταξύ των γονέων, η ικανότητά τους να συνεργάζονται και να προσφέρουν ο ένας στον άλλον υποστήριξη και κατανόηση. Επομένως, η γονεϊκή φροντίδα δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη νομική ή κοινωνική μορφή της οικογένειας, αλλά από τη δυναμική που αναπτύσσεται μέσα σε αυτήν και την αλληλοϋποστήριξη που διαμορφώνει ένα περιβάλλον σταθερότητας και αγάπης για το παιδί.

Ωστόσο, υψηλά επίπεδα φροντίδας πατέρα, προς τα παιδιά με αναπηρίες παρατηρήθηκαν και στις περιπτώσεις όπου ο πατέρας είναι διαζευγμένος. Σύμφωνα με τον Finzi-Dottan (2019), οι διαζευγμένοι πατέρες που έχουν την επιμέλεια των παιδιών τείνουν να είναι περισσότερο αφοσιωμένοι στη φροντίδα τους σε σύγκριση με έγγαμους πατέρες, καθώς αισθάνονται αυξημένη ευθύνη απέναντι στο παιδί. Επιπλέον, έρευνα των Heller et al. (1997) ανέδειξε ότι, αν και οι μητέρες συνήθως αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας, οι πατέρες - ιδιαίτερα εκείνοι που ζουν χωριστά από τη μητέρα του παιδιού - παρέχουν σημαντική υποστήριξη, ειδικά όταν υπάρχει ισχυρός συναισθηματικός δεσμός.

Η παρατήρηση ότι οι διαζευγμένοι πατέρες παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα φροντίδας προς τα παιδιά με αναπηρίες είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρονσα και αναδεικνύει τη σύνθετη φύση της γονεϊκής δέσμευσης σε διαφορετικές οικογενειακές δομές. Σε πολλές περιπτώσεις, οι διαζευγμένοι πατέρες, έχοντας λιγότερο χρόνο με το παιδί τους, επιδιώκουν να αξιοποιήσουν στο έπακρο τις στιγμές που περνούν μαζί του. Αυτό συχνά οδηγεί σε πιο ποιοτική αλληλεπίδραση, μεγαλύτερη προσοχή στις ανάγκες του παιδιού και πιο συνειδητή συμμετοχή στη φροντίδα του.

Επιπλέον, το αίσθημα ευθύνης που ενδεχομένως εντείνεται μετά το διαζύγιο μπορεί να λειτουργήσει ως κινητήριος δύναμη για την ενίσχυση της πατρικής φροντίδας. Οι πατέρες αυτοί μπορεί να προσπαθούν να αντισταθμίσουν την απουσία συνεχούς παρουσίας μέσω μεγαλύτερης εμπλοκής και συναισθηματικής διαθεσιμότητας. Ειδικά στην περίπτωση παιδιών με αναπηρίες, οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν απαιτούν μια περισσότερο υποστηρικτική και ευαισθητοποιημένη προσέγγιση από τους γονείς.

Ακόμα, η δυναμική της σχέσης μεταξύ πατέρα και παιδιού μπορεί να διαμορφωθεί από τον τρόπο με τον οποίο ο ίδιος ο πατέρας αντιλαμβάνεται τον ρόλο του μετά το διαζύγιο. Εάν αισθάνεται ότι είναι απαραίτητος για τη σταθερότητα και την ευημερία του παιδιού του, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε πιο ενεργή συμμετοχή, ανεξαρτήτως αν διαμένει μαζί του ή όχι. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι πατέρες μπορεί να αναπτύξουν βαθύτερη συναισθηματική σύνδεση, προσφέροντας ουσιαστική φροντίδα και υποστήριξη, αντί να περιορίζονται απλώς στον ρόλο του παρόχου υλικών αγαθών.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η υποστήριξη που προσφέρει ένας πατέρας μετά από ένα διαζύγιο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ποιότητα της προηγούμενης συζυγικής σχέσης, η συνεργασία με τη μητέρα του παιδιού και το κοινωνικό και οικονομικό του υπόβαθρο. Πατέρες που διατηρούν θετική σχέση με τη μητέρα του παιδιού και έχουν δομημένες, υγιείς συνθήκες επικοινωνίας, είναι συχνά πιο ικανοί να παρέχουν σταθερή και ενσυναισθητική φροντίδα.

Συνολικά, η διαζευγμένη πατρότητα δεν συνεπάγεται απαραίτητα μείωση της φροντίδας προς το παιδί με αναπηρία. Αντιθέτως, μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης για μια πιο ουσιαστική και εστιασμένη εμπλοκή, προσφέροντας στο παιδί την απαραίτητη συναισθηματική και πρακτική στήριξη που χρειάζεται για την ομαλή ανάπτυξή του.

Ακόμη, τα επίπεδα φροντίδας πατέρα προς τα παιδιά με αναπηρίες ήταν υψηλότερα για παιδιά που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές. Σύμφωνα με την έρευνα των Cantero-Garlito et al. (2020), οι γονείς παιδιών με αναπηρίες που ζουν σε αγροτικές περιοχές αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη φροντίδα λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε υποστηρικτικές υπηρεσίες, γεγονός που ενισχύει τον ρόλο του πατέρα στη φροντίδα του παιδιού. Επιπλέον, η έρευνα των Darling & Gallagher (2004) υπογραμμίζει ότι οι οικογένειες σε αγροτικές περιοχές στηρίζονται περισσότερο σε εσωτερικά οικογενειακά δίκτυα για την ανατροφή και φροντίδα των παιδιών με αναπηρίες, γεγονός που αυξάνει τη συμμετοχή των πατέρων στην καθημερινή φροντίδα.

Σε οικογένειες που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές, η εμπλοκή του πατέρα στη φροντίδα των παιδιών με αναπηρίες εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένη. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να εξηγηθεί από πολλούς παράγοντες που συνδέονται με τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες της ζωής στην ύπαιθρο. Η περιορισμένη πρόσβαση σε εξειδικευμένες δομές στήριξης και υπηρεσίες υγείας αναγκάζει τους γονείς να αναλαμβάνουν μεγαλύτερο ρόλο στη φροντίδα του παιδιού τους, αυξάνοντας έτσι τη συμμετοχή του πατέρα, ο οποίος λειτουργεί συχνά ως πρωταρχικός υποστηρικτής σε πρακτικά ζητήματα της καθημερινότητας.

Επιπλέον, στις αγροτικές κοινωνίες παρατηρείται ισχυρότερη οικογενειακή συνοχή και αλληλεξάρτηση, στοιχεία που διαμορφώνουν ένα περιβάλλον όπου οι γονείς, και ιδιαίτερα οι πατέρες, εμπλέκονται περισσότερο στη ζωή και την ανατροφή των παιδιών. Ο ρόλος του πατέρα δεν περιορίζεται μόνο σε οικονομικό υποστηρικτή, αλλά ενισχύεται και ως ενεργός φροντιστής, δεδομένου ότι στις μικρές κοινότητες υπάρχει συχνά λιγότερη εξωτερική βοήθεια. Παράλληλα, η έλλειψη εξειδικευμένων επαγγελματιών μπορεί να οδηγήσει τους πατέρες να αναπτύξουν βαθύτερους δεσμούς με το παιδί τους, καθώς αναλαμβάνουν πιο άμεσο και πρακτικό ρόλο στην καθημερινή φροντίδα.

Η ψυχολογική διάσταση αυτής της αυξημένης εμπλοκής είναι επίσης σημαντική. Οι πατέρες στις αγροτικές περιοχές μπορεί να αισθάνονται μεγαλύτερη προσωπική ευθύνη για την ευημερία του παιδιού τους, δεδομένου ότι το υποστηρικτικό δίκτυο έξω από την οικογένεια είναι περιορισμένο. Το αίσθημα της προστασίας

ενισχύεται, ενώ παράλληλα η ανάγκη για προσαρμογή στις απαιτήσεις της φροντίδας οδηγεί στην ανάπτυξη ισχυρότερων συναισθηματικών δεσμών.

Ωστόσο, η εντατικοποιημένη συμμετοχή του πατέρα μπορεί να συνοδεύεται και από προκλήσεις. Το αυξημένο βάρος της φροντίδας, σε συνδυασμό με τις εργασιακές απαιτήσεις στις αγροτικές περιοχές, μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική καταπόνηση και άγχος. Σε αυτό το πλαίσιο, η έλλειψη οργανωμένων δομών στήριξης μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογία των γονέων, οδηγώντας ενδεχομένως σε αισθήματα μοναξιάς ή υπερφόρτωσης.

Συνολικά, η αυξημένη πατρική φροντίδα στις αγροτικές περιοχές είναι αποτέλεσμα μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης κοινωνικών, οικογενειακών και ατομικών παραγόντων. Παρόλο που αυτό το φαινόμενο μπορεί να συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη ισχυρών δεσμών μεταξύ πατέρα και παιδιού, αναδεικνύει επίσης την ανάγκη για καλύτερη στήριξη των οικογενειών που μεγαλώνουν παιδιά με αναπηρίες στην ύπαιθρο.

Τέλος, τα επίπεδα υπερπροστατευτικότητας πατέρα προς παιδιά με αναπηρίες ήταν χαμηλότερα από πατέρες μεγαλύτερης ηλικίας. Η έρευνα των Brussoni & Olsen (2013) διαπίστωσε ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας πατέρες τείνουν να υιοθετούν λιγότερο υπερπροστατευτικές συμπεριφορές, δίνοντας έμφαση στην ανάπτυξη της αυτονομίας των παιδιών τους.

Οι πατέρες μεγαλύτερης ηλικίας φαίνεται να επιδεικνύουν χαμηλότερα επίπεδα υπερπροστατευτικότητας προς τα παιδιά τους με αναπηρίες, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και εμπειρικούς παράγοντες. Με την πάροδο των ετών, οι γονείς αποκτούν μεγαλύτερη συναισθηματική ωριμότητα και ανθεκτικότητα, γεγονός που τους επιτρέπει να διαχειρίζονται τις προκλήσεις της γονεϊκότητας με πιο ψύχραιμο και ρεαλιστικό τρόπο. Οι μεγαλύτερης ηλικίας πατέρες ενδέχεται να έχουν βιώσει περισσότερες καταστάσεις που απαιτούν προσαρμοστικότητα και ευελιξία, οδηγώντας τους στην αναγνώριση της σημασίας της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας των παιδιών τους.

Επιπλέον, η συσσωρευμένη εμπειρία τους μπορεί να τους επιτρέπει να διακρίνουν καλύτερα ποιες καταστάσεις απαιτούν άμεση παρέμβαση και ποιες επιτρέπουν στο παιδί να αναπτύξει τις δικές του δεξιότητες αντιμετώπισης. Αυτή η

προσέγγιση μειώνει την τάση για υπερπροστασία, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Επίσης, οι πατέρες μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιθανό να έχουν ήδη μεγαλώσει άλλα παιδιά ή να έχουν αλληλεπιδράσει με μεγαλύτερο αριθμό γονέων, γεγονός που μπορεί να τους έχει βοηθήσει να αποκτήσουν μια πιο ισορροπημένη και ρεαλιστική προοπτική για την ανατροφή παιδιών με αναπηρίες.

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας είναι η αλλαγή της στάσης απέναντι στην αναπηρία και την ανάπτυξη του παιδιού. Οι νεότεροι πατέρες, λόγω έλλειψης εμπειρίας ή ανησυχίας για το μέλλον του παιδιού, μπορεί να τείνουν σε μεγαλύτερη υπερπροστατευτικότητα, θεωρώντας ότι αυτός είναι ο καλύτερος τρόπος να διασφαλίσουν την ασφάλειά του. Αντίθετα, οι μεγαλύτερης ηλικίας πατέρες είναι πιθανότερο να έχουν κατανοήσει ότι η υπερπροστατευτικότητα μπορεί να λειτουργήσει περιοριστικά και να εμποδίσει την ανάπτυξη της ανεξαρτησίας και της αυτοεκτίμησης του παιδιού.

Παράλληλα, οι πατέρες αυτοί μπορεί να έχουν μικρότερη επαγγελματική πίεση ή να βρίσκονται σε στάδιο ζωής όπου έχουν περισσότερο χρόνο να αφιερώσουν στην ποιοτική αλληλεπίδραση με το παιδί τους. Αυτό τους επιτρέπει να εστιάσουν περισσότερο στη συναισθηματική ενίσχυση και στην ενθάρρυνση της αυτονομίας, παρά στη συνεχή επίβλεψη και τον έλεγχο. Σε κοινωνικό επίπεδο, η αυξημένη αποδοχή και κατανόηση της αναπηρίας τα τελευταία χρόνια μπορεί να έχει διαμορφώσει μια πιο ανοιχτή και ενισχυτική στάση στους μεγαλύτερης ηλικίας πατέρες, επιτρέποντάς τους να προσεγγίζουν το γονεϊκό τους ρόλο με λιγότερο άγχος και περισσότερη εμπιστοσύνη στις δυνατότητες του παιδιού τους.

Συμπερασματικά, η μειωμένη υπερπροστατευτικότητα των μεγαλύτερης ηλικίας πατέρων προς τα παιδιά με αναπηρίες δεν σημαίνει απουσία φροντίδας ή αδιαφορίας. Αντιθέτως, αντανakλά μια πιο ώριμη και στρατηγική προσέγγιση στη γονεϊκότητα, η οποία ενισχύει την αυτονομία και την ανθεκτικότητα των παιδιών, επιτρέποντάς τους να αναπτύξουν τις δεξιότητες που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής.

Στο 5^ο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκαν οι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην προσωπικότητα των παιδιών με οπτική, κινητική και ακουστική αναπηρία.

Κομβικός αναδείχτηκε ο ρόλος της φροντίδας των γονέων. Συγκεκριμένα σε παιδιά στα οποία η φροντίδα γονέων είναι υψηλότερη παρατηρήθηκε

- α) καλύτερη διαγωγή, λιγότερο εγωισμό (μέσω της φροντίδας μητέρας)
- β) υψηλότερη ευσυνειδησία, μεγαλύτερη επιμέλεια, καλύτερη οργάνωση των υποχρεώσεων και υψηλότερη σχολική επάρκεια,
- γ) μεγαλύτερη προσήνεια, εγκαρδιότητα (ειδικά μέσω της φροντίδας πατέρα για παιδιά με οπτική αναπηρία) υψηλότερη συμμόρφωση στην εφαρμογή καλών τρόπων συμπεριφοράς, μεγαλύτερη ευ-συγκινησία και περισσότερο αλτρουισμό,
- δ) μεγαλύτερη εξωστρέφεια, μικρότερη διάθεση απομόνωσης, μεγαλύτερη κοινωνικότητα και μεγαλύτερη συμμετοχή σε δραστηριότητες (μέσω της φροντίδας πατέρα για παιδιά με οπτική αναπηρία),
- ε) υψηλότερη διανοητική ανάπτυξη και νόηση (μέσω της φροντίδας μητέρας)

Συνολικά τα αποτελέσματα αναδεικνύουν τον κομβικό ρόλο της φροντίδας γονέων στην διαμόρφωση των θετικών στοιχείων της προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες. Σύμφωνα με τους Glidden et al. (2006), οι στρατηγικές αντιμετώπισης των γονέων σχετίζονται άμεσα με την ψυχολογική προσαρμογή των παιδιών, καθώς η θετική ανατροφοδότηση και η συναισθηματική υποστήριξη των γονέων συμβάλλουν στην ανάπτυξη υγιών χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Σύμφωνα με τη μελέτη των Kumar et al., (2016), η σχέση γονέα-παιδιού στις οικογένειες με παιδιά με οπτικές αναπηρίες είναι καθοριστική για την ψυχολογική ανάπτυξή τους. Τα παιδιά αυτά βλέπουν τους γονείς ως τις πιο σημαντικές προσωπικότητες στη ζωή τους, ενώ η γονεϊκή υποστήριξη παίζει βασικό ρόλο στη διαμόρφωση της αυτοαντίληψής τους. Η έρευνα της Wałachowska (2019) τονίζει ότι η ανατροφή παιδιών με οπτικές αναπηρίες αποτελεί μια διεπιστημονική πρόκληση που απαιτεί συνδυασμό ψυχολογικών, λειτουργικών και παιδαγωγικών στρατηγικών. Οι γονείς που παρέχουν συναισθηματική σταθερότητα και θετική ενίσχυση συμβάλλουν στην υγιή ανάπτυξη της προσωπικότητας των παιδιών τους, μειώνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης κοινωνικής απομόνωσης. Αναφορικά με τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες, η μελέτη του Finch (1967) επισημαίνει ότι η αποδοχή και η συναισθηματική υποστήριξη των γονέων είναι ζωτικής σημασίας για την ψυχική υγεία των παιδιών. Οι γονείς που παρέχουν σταθερότητα και ενθάρρυνση βοηθούν στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης

και της αυτονομίας των παιδιών τους, αποτρέποντας την ανάπτυξη αρνητικών προτύπων προσωπικότητας, όπως η κοινωνική απομόνωση και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, η έρευνα του Overbeek et al. (2015) δείχνει ότι προγράμματα παρέμβασης, όπως η VIPP-V, μπορούν να βελτιώσουν τη σχέση γονέα-παιδιού και να ενισχύσουν τη γονεϊκή αυτοπεποίθηση, κάτι που μπορεί έμμεσα να συμβάλει στη θετική διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών με οπτικές αναπηρίες.

Η συνολική εικόνα που προκύπτει από τα αποτελέσματα είναι ότι η φροντίδα και η υποστήριξη των γονέων παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες. Οι γονείς λειτουργούν όχι μόνο ως πάροχοι πρακτικής βοήθειας αλλά και ως βασικοί διαμορφωτές της αυτοαντίληψης, της ψυχολογικής προσαρμογής και της κοινωνικής ένταξης αυτών των παιδιών. Η συναισθηματική σταθερότητα που παρέχουν, η θετική ανατροφοδότηση και η συνεχής ενίσχυση των δεξιοτήτων τους, συμβάλλουν στη δημιουργία ενός προστατευτικού πλαισίου που επιτρέπει στα παιδιά να αναπτύξουν αυτοπεποίθηση και κοινωνικές δεξιότητες.

Ειδικότερα, η έμφαση στη θετική ανατροφοδότηση και στη συναισθηματική υποστήριξη των γονέων αποδεικνύεται κρίσιμη για την ψυχολογική προσαρμογή των παιδιών με αναπηρίες. Η συνεχής παρότρυνση, η αναγνώριση των προσπαθειών τους και η αίσθηση ότι ανήκουν σε ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, διαμορφώνουν έναν ισχυρό μηχανισμό προσαρμογής που βοηθά τα παιδιά να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις που συνοδεύουν την αναπηρία τους. Η σημασία αυτής της φροντίδας είναι ακόμα μεγαλύτερη σε παιδιά με αισθητηριακές ή κινητικές αναπηρίες, όπου η γονεϊκή παρουσία και καθοδήγηση αντικαθιστά σε μεγάλο βαθμό εξωτερικές εμπειρίες και ερεθίσματα που μπορεί να είναι περιορισμένα λόγω της φύσης της αναπηρίας.

Επιπλέον, η σχέση γονέα-παιδιού αποδεικνύεται καταλυτική στη διαμόρφωση της αυτοεικόνας του παιδιού. Τα παιδιά με αναπηρίες συχνά αντιμετωπίζουν προκλήσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση ή αισθήματα ανεπάρκειας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η γονεϊκή αποδοχή και η συνεχής ενθάρρυνση δημιουργούν ένα ασφαλές συναισθηματικό περιβάλλον που επιτρέπει στο παιδί να αναπτύξει μια θετική αυτοαντίληψη. Αντίθετα, η έλλειψη φροντίδας ή η υπερπροστατευτικότητα μπορεί να λειτουργήσουν περιοριστικά, ενισχύοντας την

εξάρτηση του παιδιού και μειώνοντας την ικανότητά του να προσαρμοστεί και να αναπτύξει αυτονομία.

Επιπρόσθετα, η διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες δεν εξαρτάται μόνο από τη στάση των γονέων αλλά και από την ποιότητα της σχέσης μεταξύ τους. Η αρμονική σχέση των γονέων, η συνεργασία στη φροντίδα του παιδιού και η από κοινού λήψη αποφάσεων φαίνεται να έχουν θετικό αντίκτυπο τόσο στην ψυχική υγεία των γονέων όσο και στη συναισθηματική σταθερότητα του παιδιού. Αντίθετα, οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων ή η απουσία ενός από τους δύο μπορεί να δημιουργήσουν επιπλέον συναισθηματικά εμπόδια, επηρεάζοντας αρνητικά την ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού.

Τέλος, η έρευνα αναδεικνύει τη σημασία της παροχής εξειδικευμένης στήριξης προς τους γονείς. Η ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες και ψυχολογική ανθεκτικότητα. Τα προγράμματα παρέμβασης που ενισχύουν τη γονεϊκή αυτοπεποίθηση, εκπαιδεύουν τους γονείς σε στρατηγικές συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης και προωθούν ένα θετικό γονεϊκό πρότυπο μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στην ανάπτυξη μιας ισορροπημένης και υγιούς προσωπικότητας για τα παιδιά με αναπηρίες.

Αντίθετα επιβαρυντικός ήταν ο ρόλος της υπερπροστατευτικότητας πατέρα στην προσωπικότητα των παιδιών με αναπηρίες. Συγκεκριμένα, στα παιδιά στα οποία η υπερπροστατευτικότητα πατέρα ήταν μεγαλύτερη, παρατηρήθηκε χαμηλότερη εξωστρέφεια καθώς και χαμηλότερη νόηση. Σύμφωνα με τους Holmbeck et al. (2002), η υπερπροστατευτικότητα των γονέων σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα αυτονομίας και κοινωνικής προσαρμογής στα παιδιά με αναπηρίες, επηρεάζοντας αρνητικά την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους. Επιπλέον, μια άλλη έρευνα έδειξε ότι η υπερπροστατευτικότητα οδηγεί σε χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και μειωμένη γνωστική ανάπτυξη, καθώς τα παιδιά δυσκολεύονται να αναπτύξουν αυτονομία και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων (Sanders, 2006).

Η υπερπροστατευτικότητα του πατέρα μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην προσωπικότητα και τη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών με αναπηρίες, διαμορφώνοντας ένα περιβάλλον που, αντί να ενισχύει την αυτονομία και την αυτοπεποίθηση, τείνει να περιορίζει τις ευκαιρίες για προσωπική εξέλιξη. Όταν ένας πατέρας υπερπροστατεύει το παιδί του, συχνά το κάνει με την πρόθεση να το

προστατεύσει από πιθανές δυσκολίες ή απογοητεύσεις. Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση μπορεί να στερήσει από το παιδί πολύτιμες εμπειρίες που απαιτούν αυτονομία, πρωτοβουλία και την ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις.

Η χαμηλότερη εξωστρέφεια που παρατηρείται σε παιδιά με αυξημένη πατρική υπερπροστατευτικότητα μπορεί να οφείλεται στη μειωμένη έκθεσή τους σε κοινωνικές καταστάσεις και στη λιγότερη ενθάρρυνση να αλληλεπιδρούν με τον έξω κόσμο. Όταν ένας γονέας παρεμβαίνει υπερβολικά στη ζωή του παιδιού, το παιδί μπορεί να μην έχει την ευκαιρία να αναπτύξει τις απαραίτητες κοινωνικές δεξιότητες, να μάθει πώς να διαχειρίζεται συγκρούσεις ή να προσαρμόζεται σε νέες καταστάσεις. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση και σε χαμηλότερη αυτοπεποίθηση κατά την αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους του.

Επιπλέον, η χαμηλότερη νόηση που παρατηρείται σε αυτά τα παιδιά ενδέχεται να σχετίζεται με τη μειωμένη ευκαιρία για γνωστική εξερεύνηση και ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων. Όταν ένας πατέρας αναλαμβάνει διαρκώς να προστατεύσει το παιδί του από δυσκολίες ή αποτυχίες, δεν του επιτρέπει να μάθει από τα λάθη του ή να αναπτύξει την ικανότητα να σκέφτεται αυτόνομα. Η διαδικασία της μάθησης περιλαμβάνει αναπόφευκτα την αντιμετώπιση προκλήσεων και την αναζήτηση λύσεων μέσα από την εμπειρία, κάτι που περιορίζεται όταν το παιδί προστατεύεται υπερβολικά.

Επιπλέον, η υπερπροστατευτικότητα μπορεί να δημιουργήσει ένα αίσθημα εξάρτησης, όπου το παιδί δεν αισθάνεται ικανό να αναλάβει πρωτοβουλίες ή να διαχειριστεί καταστάσεις χωρίς την καθοδήγηση των γονέων του. Αυτό μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στην αυτονομία και την ψυχολογική του ανάπτυξη, οδηγώντας σε έναν φαύλο κύκλο χαμηλής αυτοεκτίμησης και ανασφάλειας. Τα παιδιά που δεν ενθαρρύνονται να δοκιμάσουν νέες δραστηριότητες ή να αντιμετωπίσουν προκλήσεις μπορεί να αναπτύξουν φόβο για το άγνωστο και να δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε νέες εμπειρίες στο μέλλον.

Για να αποφευχθούν οι αρνητικές συνέπειες της υπερπροστατευτικότητας, είναι σημαντικό οι γονείς να βρουν μια ισορροπία μεταξύ της παροχής υποστήριξης και της ενθάρρυνσης της ανεξαρτησίας. Η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των παιδιών με αναπηρίες μέσα από την εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους, η παροχή ευκαιριών για

κοινωνική αλληλεπίδραση και η ενθάρρυνση της ανάληψης πρωτοβουλιών μπορούν να συμβάλουν θετικά στην ανάπτυξη μιας υγιούς και ισορροπημένης προσωπικότητας.

Το είδος της αναπηρίας επηρέασε τα στοιχεία της προσωπικότητας των παιδιών. Παρατηρήθηκε πως τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες συμμετέχουν συχνότερα σε εξωσχολικές δραστηριότητες σε σύγκριση με τα παιδιά με ακουστικές και κινητικές αναπηρίες. Επιπλέον, τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης. Συνολικά τα ευρήματα αναδεικνύουν ως περισσότερο ευάλωτη ομάδα τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες και ως λιγότερο τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες. Σύμφωνα με τους Anselimus & Kisanga (2024), οι εκπαιδευτικοί παρατήρησαν ότι οι μαθητές με οπτικές αναπηρίες συμμετείχαν πιο ενεργά σε εξωσχολικές δραστηριότητες, γεγονός που τους παρείχε κοινωνικά και γνωστικά οφέλη (Anselimus & Kisanga, 2024). Επιπλέον, η έρευνα των Rosenberg et al. (2013) ανέδειξε ότι τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες παρουσίασαν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση και περιορισμένες ευκαιρίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης, γεγονός που τα καθιστά πιο ευάλωτη ομάδα σε σύγκριση με παιδιά με άλλες μορφές αναπηριών.

Το είδος της αναπηρίας φαίνεται να παίζει κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών, καθώς επηρεάζει τόσο την αυτοεικόνα τους όσο και την κοινωνική τους αλληλεπίδραση. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συμμετοχή σε εξωσχολικές δραστηριότητες, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες. Πρώτον, η απουσία οπτικής ανατροφοδότησης μπορεί να μειώνει τον κοινωνικό συγκριτισμό και να επιτρέπει στα παιδιά να αναπτύσσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση σε κοινωνικές καταστάσεις. Δεύτερον, οι δομές υποστήριξης που υπάρχουν για παιδιά με οπτικές αναπηρίες, όπως η εκμάθηση προσαρμοστικών δεξιοτήτων μέσω συγκεκριμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, μπορεί να ενισχύουν την αυτονομία και τη διάθεσή τους να συμμετέχουν σε δραστηριότητες.

Αντίθετα, τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες εμφανίζονται ως η πιο ευάλωτη ομάδα, καθώς καταγράφουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης και περιορισμένες ευκαιρίες κοινωνικοποίησης. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε πρακτικά εμπόδια που συναντούν στην καθημερινότητά τους, όπως οι φυσικοί περιορισμοί στην κίνηση, οι δυσκολίες προσβασιμότητας και οι περιορισμένες δυνατότητες ένταξης σε ομαδικές δραστηριότητες. Η μειωμένη κινητικότητα μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένες εμπειρίες

ανεξαρτησίας, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την αυτοεκτίμηση και την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας. Επιπλέον, η κοινωνική απόσυρση που συχνά συνοδεύει τις κινητικές αναπηρίες μπορεί να ενισχύσει αισθήματα απομόνωσης και χαμηλής αυτοξίας, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο που δυσκολεύει την ανάπτυξη θετικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας.

Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η κοινωνική ένταξη και η αυτοπεποίθηση των παιδιών με αναπηρίες εξαρτώνται όχι μόνο από τους ατομικούς τους παράγοντες, αλλά και από τις συνθήκες του περιβάλλοντός τους. Οι κοινωνικές δομές, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και η στάση των γονέων και εκπαιδευτικών παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός υποστηρικτικού πλαισίου που μπορεί είτε να ενισχύσει είτε να περιορίσει τις δυνατότητες των παιδιών να αναπτύξουν τις προσωπικές τους δεξιότητες. Για τον λόγο αυτό, είναι κρίσιμο να υπάρξουν πιο στοχευμένες παρεμβάσεις που να ενισχύουν την αυτοπεποίθηση των παιδιών με κινητικές αναπηρίες, δημιουργώντας ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση και ενδυνάμωση της αυτονομίας τους.

Συνολικά, η διαφορετική επίδραση της κάθε αναπηρίας στα στοιχεία της προσωπικότητας των παιδιών αναδεικνύει την ανάγκη για προσαρμοσμένες προσεγγίσεις υποστήριξης. Η μεγαλύτερη κοινωνική δραστηριοποίηση των παιδιών με οπτικές αναπηρίες αποτελεί ένα θετικό εύρημα που μπορεί να αξιοποιηθεί ως πρότυπο ενσωμάτωσης και για τις άλλες κατηγορίες αναπηριών, με στόχο την ανάπτυξη ενός πιο συμπεριληπτικού και ενισχυτικού πλαισίου για όλα τα παιδιά.

Μελετώντας μόνο τα παιδιά με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συναισθηματική αστάθεια και χαμηλότερη εγκαρδιότητα σε παιδιά τα οποία βλέπουν μερικώς σε σύγκριση με τα παιδιά που έχουν ολική τύφλωση. Τα αποτελέσματα δηλαδή αναδεικνύουν υψηλότερη συναισθηματική σταθερότητα και μεγαλύτερη προσήνεια σε παιδιά με μεγαλύτερο πρόβλημα οπτικής αναπηρίας. Η έρευνα του Campbell (2007) ανέδειξε ότι τα παιδιά με ολική τύφλωση αναπτύσσουν μεγαλύτερη συναισθηματική ευαισθητοποίηση και προσαρμοστικότητα, κάτι που ενισχύει την προσήνειά τους στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Η παρατήρηση ότι τα παιδιά με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν διαφοροποιημένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ανάλογα με τη σοβαρότητα της αναπηρίας τους, δημιουργεί ένα ενδιαφέρον πεδίο προς συζήτηση για το πώς η φύση

και ο βαθμός της αναπηρίας μπορούν να επηρεάσουν την ψυχοσυναισθηματική τους ανάπτυξη. Η διαφοροποίηση μεταξύ παιδιών με μερική τύφλωση και παιδιών με ολική τύφλωση φέρνει στην επιφάνεια πώς τα διαφορετικά επίπεδα όρασης μπορεί να διαμορφώσουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις και την κοινωνική τους συμπεριφορά.

Τα παιδιά με ολική τύφλωση φαίνεται να αναπτύσσουν μεγαλύτερη συναισθηματική ευαισθητοποίηση και προσαρμοστικότητα. Η πλήρης έλλειψη όρασης μπορεί να τα αναγκάσει να βασίζονται περισσότερο σε άλλες αισθήσεις, όπως η ακοή και η αφή, για να αντιληφθούν το περιβάλλον τους και να συνδεθούν συναισθηματικά με τους άλλους. Αυτή η έλλειψη οπτικής επαφής με τον κόσμο, ενώ αρχικά μπορεί να φαίνεται περιοριστική, ενδέχεται να τους δίνει την ευκαιρία να αναπτύξουν άλλες στρατηγικές κοινωνικής και συναισθηματικής προσαρμογής. Χωρίς την εξωτερική επιρροή του βλέμματος, τα παιδιά με ολική τύφλωση ίσως να εστιάζουν περισσότερο στις συναισθηματικές και ακουστικές πληροφορίες από τους ανθρώπους γύρω τους, ενισχύοντας τη συναισθηματική τους σύνδεση με το περιβάλλον τους.

Αντίθετα, τα παιδιά με μερική τύφλωση, αν και έχουν κάποια όραση, φαίνεται να αντιμετωπίζουν πιο έντονα συναισθηματικά προβλήματα, όπως μεγαλύτερη αστάθεια και χαμηλότερη εγκαρδιότητα. Η μερική όραση ενδέχεται να τους δημιουργεί σύγχυση, καθώς η οπτική τους αντίληψη του κόσμου είναι περιορισμένη και "θολή". Αυτά τα παιδιά μπορεί να βιώνουν μία αίσθηση απογοήτευσης ή αποστασιοποίησης, καθώς δεν έχουν πλήρη αντίληψη του περιβάλλοντος, κάτι που ενδεχομένως να επηρεάζει αρνητικά τη συναισθηματική τους σταθερότητα. Αυτή η κατάσταση μπορεί να τους κάνει να νιώθουν ότι είναι λιγότερο ικανοί να εναρμονιστούν με τους υπόλοιπους, αφού δεν μπορούν να εκμεταλλευτούν πλήρως την όραση τους.

Η διαφοροποίηση αυτή στην ανάπτυξη της προσωπικότητας των παιδιών με οπτική αναπηρία φανερώνει τη σημασία της σοβαρότητας της αναπηρίας στο πώς τα παιδιά αντιλαμβάνονται τον κόσμο γύρω τους και πώς διαμορφώνουν τις κοινωνικές τους σχέσεις. Τα παιδιά με ολική τύφλωση, αν και έρχονται αντιμέτωπα με μεγαλύτερες φυσικές δυσκολίες, ίσως να αναπτύσσουν διαφορετικούς τρόπους επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης που τα καθιστούν πιο ευαίσθητα στις συναισθηματικές ανάγκες των άλλων και πιο προσαρμοστικά στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Αντίθετα, τα παιδιά με μερική τύφλωση ίσως να βιώνουν μεγαλύτερη σύγχυση και ανασφάλεια, δεδομένου ότι δεν έχουν τη δυνατότητα να

εκμεταλλευτούν πλήρως την όρασή τους, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την κοινωνική τους ζωή και την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους.

Αυτές οι παρατηρήσεις αποδεικνύουν πόσο σημαντικός είναι ο τρόπος που οι διαφορετικοί τύποι οπτικής αναπηρίας επηρεάζουν την ψυχολογική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών. Οι κοινωνικές και συναισθηματικές τους αντιδράσεις διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση των περιορισμών τους με τις στρατηγικές προσαρμογής που αναπτύσσουν. Το γεγονός ότι τα παιδιά με ολική τύφλωση φαίνεται να αναπτύσσουν μεγαλύτερη συναισθηματική ευαισθητοποίηση και προσαρμοστικότητα, ενώ τα παιδιά με μερική τύφλωση αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη συναισθηματική αστάθεια, υπογραμμίζει τη σημασία της υποστήριξης και της εξειδικευμένης φροντίδας, καθώς και της ανάγκης για εξατομικευμένη προσέγγιση στην ανάπτυξη των παιδιών με αναπηρίες.

Μελετώντας μόνο τα παιδιά με κινητική αναπηρία παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συναισθηματική αστάθεια σε παιδιά με επίκτητη κινητική αναπηρία σε σύγκριση με τα παιδιά με συγγενής κινητική αναπηρία. Σύμφωνα με τον Shindi (1983), τα παιδιά που απέκτησαν κινητική αναπηρία μετά τη γέννησή τους είχαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, ένιωθαν λιγότερο χαρούμενα, λιγότερο αυτόνομα και παρουσίαζαν αυξημένο άγχος και υποχονδρία σε σχέση με τα παιδιά που γεννήθηκαν με την αναπηρία τους.

Η ανάλυση των παιδιών με κινητική αναπηρία ανέδειξε σημαντικές διαφορές στη συναισθηματική τους σταθερότητα, ανάλογα με το αν η αναπηρία ήταν συγγενής ή επίκτητη. Τα παιδιά που απέκτησαν την αναπηρία τους μετά τη γέννηση φάνηκαν να βιώνουν αυξημένη συναισθηματική αστάθεια, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και εντονότερα συναισθήματα θλίψης και άγχους. Η μετάβαση από μια κατάσταση πλήρους κινητικότητας σε μια νέα πραγματικότητα με περιορισμούς μπορεί να επιφέρει έντονες ψυχολογικές και κοινωνικές προκλήσεις, καθώς τα παιδιά αυτά συγκρίνουν τον εαυτό τους με το παρελθόν και αγωνίζονται να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες. Αντίθετα, τα παιδιά με συγγενή κινητική αναπηρία φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη συναισθηματική σταθερότητα, καθώς η κατάστασή τους είναι μέρος της πραγματικότητας που γνωρίζουν από τη γέννησή τους. Έχουν προσαρμοστεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς τους από μικρή ηλικία, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν μεγαλύτερη αυτονομία και ψυχική ανθεκτικότητα. Αυτή η διαφορά στην προσαρμογή ενισχύει την ανάγκη για εξατομικευμένη ψυχολογική υποστήριξη των

παιδιών με επίκτητη αναπηρία, ώστε να διαχειριστούν τις συναισθηματικές και κοινωνικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.

Σημαντικός επίσης θεωρήθηκε ο ρόλος της οικογενειακής κατάστασης των γονέων στην διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών. Στις περιπτώσεις που η μητέρα ήταν παντρεμένη παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συναισθηματική σταθερότητα για παιδιά με κινητικές αναπηρίες. Σε παιδιά όπου ο πατέρας είναι παντρεμένος παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ευσυνειδησία στα παιδιά, υψηλότερη επιμέλεια και καλύτερη οργάνωση των υποχρεώσεων και μεγαλύτερη ύπαρξη κινήτρων απόδοσης. Συνοπτικά, στα παιδιά στα οποία η οικογένεια είναι συμπαγής παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συναισθηματική σταθερότητα και ευσυνειδησία. Η μελέτη των Kersh et al. (2006) υπογράμμισε ότι η ποιότητα του γάμου είναι καθοριστική για την ψυχική υγεία των γονέων και την αποτελεσματικότητα της ανατροφής του παιδιού, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν προκλήσεις που σχετίζονται με την αναπηρία. Επιπλέον, η ύπαρξη ενός σταθερού γάμου σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα γονεϊκού στρες και υψηλότερη γονική αυτοπεποίθηση, γεγονός που επηρεάζει θετικά την ανάπτυξη των παιδιών (Khodabandeh et al., 2016). Στην περίπτωση των παιδιών με κινητικές αναπηρίες, η σταθερότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος προσφέρει ένα πλαίσιο υποστήριξης που διευκολύνει την ψυχολογική προσαρμογή τους και μειώνει τον αντίκτυπο του στρες στην καθημερινότητά τους (Azevedo et al., 2019).

Η οικογενειακή κατάσταση των γονέων παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών, ιδιαίτερα όταν αυτά αντιμετωπίζουν κινητικές αναπηρίες. Η ύπαρξη μιας σταθερής και υποστηρικτικής οικογένειας προσφέρει στο παιδί ένα αίσθημα ασφάλειας, το οποίο είναι ζωτικής σημασίας για την ψυχολογική του ανάπτυξη. Όταν η μητέρα βρίσκεται σε έναν σταθερό γάμο, παρατηρείται μεγαλύτερη συναισθηματική σταθερότητα στα παιδιά με κινητικές αναπηρίες, καθώς το σταθερό οικογενειακό περιβάλλον μειώνει το άγχος και προσφέρει μεγαλύτερη συναισθηματική στήριξη.

Παράλληλα, η παρουσία ενός παντρεμένου πατέρα σχετίζεται με υψηλότερη ευσυνειδησία στα παιδιά, γεγονός που εκδηλώνεται μέσα από αυξημένη επιμέλεια, καλύτερη οργάνωση των υποχρεώσεων και ισχυρότερα κίνητρα απόδοσης. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τη σταθερή παρουσία του πατέρα ως μοντέλου συμπεριφοράς, που προωθεί την αυτοπειθαρχία και την υπευθυνότητα. Η αίσθηση ότι υπάρχει ένας

γονεϊκός πυλώνας που λειτουργεί με σταθερότητα και συνέπεια ενισχύει την αίσθηση εσωτερικού ελέγχου του παιδιού, κάνοντάς το πιο υπεύθυνο και οργανωμένο.

Συνολικά, όταν η οικογένεια είναι συμπαγής, τα παιδιά φαίνεται να αποκτούν μεγαλύτερη συναισθηματική σταθερότητα και ευσυνειδησία, χαρακτηριστικά που τα βοηθούν να διαχειρίζονται καλύτερα τις προκλήσεις της καθημερινότητας. Σε περιπτώσεις παιδιών με κινητικές αναπηρίες, η ύπαρξη ενός σταθερού οικογενειακού περιβάλλοντος λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας, μειώνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχολογικών δυσκολιών, όπως το άγχος και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, ενισχύει την προσαρμοστικότητά τους και τους επιτρέπει να αναπτύξουν θετικά στοιχεία της προσωπικότητάς τους, παρά τις δυσκολίες που ενδέχεται να αντιμετωπίζουν λόγω της αναπηρίας τους.

Η παρουσία άλλων αδερφών στο σπίτι φαίνεται ότι οδηγεί σε μεγαλύτερη ευ-συγκινησία και αλτρουισμό των παιδιών με αναπηρίες αναδεικνύοντας μία θετική επίδραση στην προσήνεια. Ωστόσο ο αυξημένος αριθμός ατόμων στο σπίτι φαίνεται ότι λειτουργεί αρνητικά στην νόηση του παιδιού με αναπηρίες το οποίο πιθανότατα να αποπροσανατολίζεται. Η μελέτη των Azmitia & Hesser (1993) έδειξε ότι η γνωστική ανάπτυξη των παιδιών επηρεάζεται θετικά από την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους, αλλά η υπερβολική παρουσία άλλων ατόμων μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη εστίαση και μαθησιακά προβλήματα.

Η παρουσία αδελφών στο οικογενειακό περιβάλλον των παιδιών με αναπηρίες διαδραματίζει έναν σύνθετο και πολυδιάστατο ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους. Από τη μία πλευρά, η ύπαρξη αδελφών συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη της συναισθηματικής ευαισθησίας και του αλτρουισμού, καθώς τα παιδιά με αναπηρίες αλληλεπιδρούν συχνά με τα αδέρφια τους, μοιράζονται εμπειρίες και μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των άλλων. Αυτή η δυναμική προάγει την ενσυναίσθηση και την κοινωνική ευελιξία, βοηθώντας τα παιδιά να αναπτύξουν υψηλότερα επίπεδα προσήνειας και κοινωνικής προσαρμογής.

Ωστόσο, η επίδραση αυτή δεν είναι μονοδιάστατη, καθώς ο αυξημένος αριθμός μελών στο νοικοκυριό μπορεί να επιφέρει και αρνητικές συνέπειες, ιδιαίτερα στη γνωστική ανάπτυξη του παιδιού με αναπηρία. Σε ένα περιβάλλον όπου υπάρχουν πολλοί άνθρωποι, η προσοχή και η συγκέντρωση του παιδιού μπορεί να

διαταράσσονται συχνότερα, καθιστώντας δυσκολότερη τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες που απαιτούν πνευματική προσήλωση. Ειδικά στις περιπτώσεις όπου το παιδί χρειάζεται εξατομικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη, η ύπαρξη πολλών ατόμων στο σπίτι μπορεί να οδηγήσει σε περισπασμούς που εμποδίζουν τη συγκέντρωση και την πρόοδο στη μάθηση.

Επιπλέον, η δυναμική μεταξύ των αδελφών μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες, όπως η διαφορά ηλικίας, οι γονεϊκές προτεραιότητες και η κατανομή των οικογενειακών πόρων. Σε περιπτώσεις όπου το παιδί με αναπηρία απαιτεί αυξημένη φροντίδα, τα αδέρφια του ενδέχεται είτε να αναπτύξουν αυξημένη υπευθυνότητα και ωριμότητα είτε να αισθανθούν παραμελημένα, κάτι που μπορεί να διαταράξει την οικογενειακή ισορροπία.

Συνολικά, η παρουσία αδελφών αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που μπορεί να ενισχύσει τη συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών με αναπηρίες, αλλά ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά τη γνωστική τους πορεία, ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες του οικογενειακού περιβάλλοντος. Για τον λόγο αυτό, η προσαρμογή της ανατροφής στις ανάγκες του κάθε παιδιού είναι απαραίτητη, ώστε να διασφαλιστεί τόσο η συναισθηματική όσο και η γνωστική του εξέλιξη.

Σημαντική ήταν η επίδραση της ηλικίας των παιδιών στην προσωπικότητα. Σε παιδιά με αναπηρίες ηλικίας 8-10 ετών, παρατηρήθηκαν περισσότερα κίνητρα απόδοσης και αυτοβελτίωσης και μεγαλύτερη εγκαρδιότητα, ευσυνειδησία και αλτρουισμό σε σύγκριση με παιδιά ηλικίας 11-18 ετών. Συμπερασματικά τα παιδιά με αναπηρίες ηλικίας 8-10 ετών εμφάνισαν μεγαλύτερη ευσυνειδησία και υψηλότερη προσήνεια σε σύγκριση με τα παιδιά με αναπηρίες ηλικίας 11-18 ετών. Η έρευνα των Soto et al. (2011) έδειξε ότι η προσήνεια και η ευσυνειδησία τείνουν να μειώνονται στα παιδιά καθώς προχωρούν στην εφηβεία, γεγονός που ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Η ηλικία φαίνεται να διαδραματίζει έναν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά ηλικίας 8-10 ετών εμφανίζουν περισσότερα κίνητρα για απόδοση και αυτοβελτίωση, καθώς και μεγαλύτερη ευσυνειδησία, εγκαρδιότητα και αλτρουισμό σε σύγκριση με τα παιδιά ηλικίας 11-18 ετών. Αυτά τα χαρακτηριστικά υποδηλώνουν ότι τα μικρότερα παιδιά είναι περισσότερο ανοιχτά στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και

διακατέχονται από έντονη συναισθηματική ευαισθησία, η οποία τους επιτρέπει να αναπτύξουν ισχυρές κοινωνικές δεξιότητες και να επιδεικνύουν μεγαλύτερη προσήνεια.

Από την άλλη πλευρά, στα παιδιά ηλικίας 11-18 ετών παρατηρείται μια μείωση αυτών των χαρακτηριστικών. Καθώς τα παιδιά προχωρούν στην εφηβεία, αντιμετωπίζουν πολλές ψυχολογικές και συναισθηματικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν την κοινωνική τους συμπεριφορά. Η ανάγκη για μεγαλύτερη ανεξαρτησία και αυτονομία εντείνεται, ενώ ταυτόχρονα η πίεση να ανταποκριθούν σε κοινωνικά πρότυπα και να διαχειριστούν την αυτοεκτίμησή τους καθιστά πιο περίπλοκες τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Η εφηβεία, ως μια περίοδος αλλαγών και αναζητήσεων ταυτότητας, μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένα επίπεδα ευσυνειδησίας και προσήνειας, καθώς οι νέοι προσπαθούν να προσαρμοστούν σε έναν κόσμο γεμάτο προκλήσεις και αβεβαιότητες.

Αυτή η διαδικασία αντανακλά τη φυσιολογική πορεία της ανθρώπινης ανάπτυξης, όπου οι νεότεροι αναπτύσσουν πιο έντονα χαρακτηριστικά αλληλεπίδρασης με τους άλλους και συναισθηματικής διαχείρισης, ενώ οι έφηβοι, καθώς ωριμάζουν, διαχειρίζονται πιο περίπλοκα συναισθήματα και αναζητήσεις, οι οποίες συχνά συνεπάγονται πιο εσωστρεφή και λιγότερο εξωστρεφή στάσεις.

Συνολικά, η ηλικία φαίνεται να έχει σημαντική επιρροή στη διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες. Η ανάπτυξή τους είναι επηρεασμένη από την ηλικία τους, καθώς και από την περίοδο της ζωής στην οποία βρίσκονται, η οποία φέρνει μαζί της διαφορετικές προκλήσεις και ευκαιρίες. Τα παιδιά στην πιο τρυφερή ηλικία, ενώ απολαμβάνουν έναν κόσμο γεμάτο δυνατότητες και αθωότητα, συνήθως αναπτύσσουν πιο θετικά και ανοιχτά χαρακτηριστικά, ενώ οι έφηβοι, αν και εξίσου ικανοί να αναπτύξουν σημαντικά χαρακτηριστικά, μπορεί να αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στην κοινωνική τους προσαρμογή και την αυτοεκτίμησή τους.

Η περιοχή κατοικίας επηρέασε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες. Συγκεκριμένα, τα παιδιά με αναπηρίες που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές εμφάνισαν μεγαλύτερη προσήνεια, ευσυγκινησία και αλτρουισμό αλλά μεγαλύτερη τάση προς απομόνωση. Συμπερασματικά, τα παιδιά με αναπηρίες που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές εμφάνισαν μεγαλύτερη προσήνεια αλλά χαμηλότερη εξωστρέφεια σε σύγκριση με τα παιδιά με αναπηρίες που διαμένουν σε

αστικές και ημιαστικές περιοχές. Στην έρευνα του Brahmabhatt (2022), τα παιδιά από αγροτικές περιοχές εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής ευαισθησίας και αλτρουισμού, αλλά και μεγαλύτερη τάση για εσωστρέφεια σε σύγκριση με παιδιά από αστικές περιοχές.

Η περιοχή κατοικίας φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες. Τα παιδιά που ζουν σε αγροτικές περιοχές εμφανίζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούνται από εκείνα των παιδιών σε αστικές ή ημιαστικές περιοχές. Στα παιδιά που ζουν σε αγροτικές περιοχές παρατηρούνται μεγαλύτερη προσήνεια, αλτρουισμός και ευσυγκινησία, τα οποία εκδηλώνονται μέσω της συναισθηματικής ευαισθησίας και της αυξημένης τάσης να προσφέρουν στους άλλους. Παράλληλα, όμως, αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση για απομόνωση και εσωστρέφεια.

Αυτό το φαινόμενο μπορεί να εξηγηθεί από το περιορισμένο κοινωνικό και εκπαιδευτικό περιβάλλον που υπάρχει στις αγροτικές περιοχές, όπου οι κοινωνικές επαφές και οι ευκαιρίες για αλληλεπίδραση με συνομηλίκους είναι λιγότερες σε σχέση με τα αστικά ή ημιαστικά περιβάλλοντα. Τα παιδιά σε αυτά τα μέρη αναπτύσσουν στενότερους δεσμούς με την οικογένειά τους και την τοπική κοινωνία, γεγονός που μπορεί να ενισχύει τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά τους, αλλά και να περιορίζει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων με άτομα εκτός του στενού τους κύκλου. Αυτή η περιορισμένη κοινωνικοποίηση μπορεί να τα οδηγεί σε μεγαλύτερη εσωστρέφεια, καθώς δεν εκτίθενται σε μια ποικιλία κοινωνικών καταστάσεων και ανθρώπων που να ενισχύσουν την εξωστρέφειά τους.

Αντίθετα, τα παιδιά που ζουν σε αστικές ή ημιαστικές περιοχές έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν περισσότερες κοινωνικές δεξιότητες και μεγαλύτερη εξωστρέφεια, καθώς βρίσκονται σε πιο ποικιλόμορφα κοινωνικά περιβάλλοντα. Η συνεχής αλληλεπίδραση με διαφορετικούς ανθρώπους και η συμμετοχή σε ποικιλόμορφες δραστηριότητες τους προσφέρει περισσότερες ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση και ανάπτυξη αυτοεκτίμησης. Ειδικά για τα παιδιά με αναπηρίες, αυτό το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να τους επιτρέπει να εκφραστούν με μεγαλύτερη άνεση και να ενισχύσουν την κοινωνικότητά τους.

Η διαφορά μεταξύ των παιδιών που ζουν σε αγροτικές και αστικές περιοχές αναδεικνύει τη σημασία του περιβάλλοντος για την ανάπτυξή τους, και ειδικά της

κοινωνικοποίησης. Ενώ τα παιδιά σε αγροτικές περιοχές τείνουν να αναπτύσσουν μια πιο ήπια και συναισθηματικά ευαίσθητη προσωπικότητα, τα παιδιά σε αστικές περιοχές είναι πιο κοινωνικά ενεργά και εξωστρεφή, με περισσότερες ευκαιρίες να αλληλεπιδράσουν με διάφορους ανθρώπους και να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες που ενδέχεται να ενισχύσουν την προσωπική τους ανάπτυξη σε περισσότερους τομείς.

Αυτές οι παρατηρήσεις μας δείχνουν πόσο σημαντική είναι η φύση του περιβάλλοντος για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας και των κοινωνικών δεξιοτήτων ενός παιδιού, ειδικά όταν πρόκειται για παιδιά με αναπηρίες. Κάθε περιοχή κατοικίας προσφέρει διαφορετικές ευκαιρίες και προκλήσεις που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, δημιουργώντας διαφορετικά χαρακτηριστικά και προσανατολισμούς στην προσωπικότητά τους.

Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα επηρέασε τα στοιχεία της προσωπικότητας των παιδιών. Συγκεκριμένα, στις περιπτώσεις παιδιών με αναπηρία όπου ο πατέρας είναι αναλφάβητος παρουσιάστηκαν χαμηλότερα επίπεδα διανοητικής ανάπτυξης και νόησης. Σύμφωνα με τη μελέτη των Vilaseca et al. (2019), η γνωστική ανάπτυξη των παιδιών με διανοητικές αναπηρίες σχετίζεται με τη γονεϊκή εκπαίδευση, με τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης των γονέων, ιδιαίτερα του πατέρα, να συνδέονται με χαμηλότερες γνωστικές επιδόσεις στα παιδιά.

Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και τις γνωστικές ικανότητες των παιδιών με αναπηρίες. Ο ρόλος του πατέρα στη ζωή του παιδιού είναι αναμφισβήτητα καθοριστικός, όχι μόνο από συναισθηματική αλλά και από γνωστική άποψη. Στις περιπτώσεις όπου ο πατέρας δεν έχει ολοκληρώσει την εκπαίδευσή του ή είναι αναλφάβητος, τα παιδιά τείνουν να παρουσιάζουν πιο περιορισμένες γνωστικές επιδόσεις και μικρότερη διανοητική ανάπτυξη σε σύγκριση με παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Η σχέση μεταξύ γονεϊκής εκπαίδευσης και παιδικής ανάπτυξης αναδεικνύει τη σημασία της ενσωμάτωσης του γονέα στη διαδικασία μάθησης και ανάπτυξης του παιδιού, καθώς ο γονέας με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνήθως έχει την ικανότητα να παρέχει πιο εμπλουτισμένες και εξειδικευμένες εκπαιδευτικές εμπειρίες.

Στην πραγματικότητα, η γονεϊκή εκπαίδευση διαμορφώνει τις προσδοκίες και τη στρατηγική που θα ακολουθήσει ο γονέας στο να υποστηρίξει το παιδί με αναπηρία. Ένας πατέρας με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνήθως αναγνωρίζει τη σημασία των

εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και της συμμετοχής σε εκπαιδευτικά προγράμματα, γεγονός που μπορεί να προσφέρει στο παιδί μια σταθερή βάση για ανάπτυξη δεξιοτήτων και αύξηση της αυτοεκτίμησης του. Αντίθετα, ένας πατέρας με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ενδέχεται να μην έχει την ίδια αίσθηση για το τι απαιτείται ώστε να ενισχυθεί η γνωστική ανάπτυξη του παιδιού του ή μπορεί να έχει περιορισμένες δυνατότητες να προσφέρει εξειδικευμένη υποστήριξη σε θέματα μάθησης.

Αυτή η συσχέτιση με το μορφωτικό επίπεδο του γονέα επηρεάζει επίσης την ικανότητα του γονέα να κατανοήσει τις ανάγκες του παιδιού με αναπηρία και να αναγνωρίσει τις πιο κατάλληλες στρατηγικές για να ενισχύσει τις γνωστικές ικανότητες του. Έτσι, τα παιδιά των οποίων οι γονείς δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι μπορεί να μην επωφελούνται από πηγές και ευκαιρίες μάθησης που απαιτούνται για τη διανοητική ανάπτυξή τους.

Αναμφίβολα, αυτό δεν σημαίνει ότι όλα τα παιδιά με γονείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δεν μπορούν να πετύχουν σημαντική πρόοδο στη ζωή τους. Παράγοντες όπως η οικογενειακή υποστήριξη, η πρόσβαση σε εξωτερικούς πόρους και η ύπαρξη άλλων θετικών επιρροών μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην ανάπτυξή τους. Ωστόσο, είναι σαφές ότι η γονεϊκή εκπαίδευση αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που μπορεί να προσφέρει το παιδί ένα πιο δυναμικό και ενισχυμένο περιβάλλον μάθησης και προσωπικής ανάπτυξης.

Τέλος, η επαγγελματική κατάσταση επηρέασε τον βαθμό στον οποίο τα παιδιά με αναπηρίες συμμετέχουν σε εξωσχολικές δραστηριότητες, με μεγαλύτερη να είναι η συμμετοχή των παιδιών των οποίων η μητέρα ασχολείται με οικιακά, είναι άνεργη ή συνταξιούχος. Σύμφωνα με τη μελέτη των Chiu & Lau (2018), η συμμετοχή των παιδιών σε εξωσχολικές δραστηριότητες σχετίζεται με τη γονική υποστήριξη και τα παιδιά από οικογένειες με χαμηλή γονική απασχόληση ωφελούνται περισσότερο από τη συμμετοχή τους σε αυτές.

Η επαγγελματική κατάσταση των γονέων φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση στη συμμετοχή των παιδιών με αναπηρίες σε εξωσχολικές δραστηριότητες. Παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είναι άνεργες, συνταξιούχες ή απασχολούνται κυρίως με οικιακές εργασίες, συμμετέχουν συχνότερα σε τέτοιες δραστηριότητες σε σχέση με τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς εργάζονται σε πλήρη απασχόληση ή έχουν πιο απαιτητικά επαγγελματικά καθήκοντα.

Αυτό το φαινόμενο μπορεί να εξηγηθεί από τη φύση των γονικών υποχρεώσεων σε κάθε περίπτωση. Οι μητέρες που είναι άνεργες ή συνταξιούχες, ως επί το πλείστον, έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο, ο οποίος μπορεί να επενδυθεί σε δραστηριότητες που ενισχύουν την κοινωνικοποίηση και την ανάπτυξη των παιδιών τους. Η έλλειψη αυστηρών επαγγελματικών υποχρεώσεων τους επιτρέπει να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στην οργανωμένη δραστηριότητα των παιδιών, ενισχύοντας την υποστήριξη και την ενθάρρυνση προς τη συμμετοχή τους σε διάφορες εξωσχολικές εκδηλώσεις. Αυτές οι δραστηριότητες, όπως είναι οι αθλητικές ή πολιτιστικές δραστηριότητες, συνεισφέρουν στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, αυτοεκτίμησης και γενικότερα στην ψυχολογική τους ευημερία.

Από την άλλη πλευρά, όταν οι γονείς είναι επαγγελματικά απασχολημένοι, μπορεί να αντιμετωπίζουν περιορισμούς στο χρόνο που μπορούν να αφιερώσουν για να υποστηρίξουν τις δραστηριότητες των παιδιών τους. Ειδικά σε οικογένειες με διπλό εργαζόμενο προσωπικό, η συμμετοχή σε εξωσχολικές δραστηριότητες μπορεί να μειωθεί, καθώς οι γονείς μπορεί να μην είναι διαθέσιμοι ή να μην έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν τα έξοδα αυτών των δραστηριοτήτων.

Η υποστήριξη των γονέων, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση, είναι καθοριστικής σημασίας για την ενθάρρυνση της συμμετοχής των παιδιών σε τέτοιες δραστηριότητες. Όταν οι γονείς διαθέτουν τον χρόνο και την ενέργεια να εμπλέκονται στις δραστηριότητες των παιδιών τους, δημιουργούν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον που προάγει τη θετική ανάπτυξη, ειδικά για τα παιδιά με αναπηρίες, τα οποία ενδέχεται να χρειάζονται επιπλέον βοήθεια και ενθάρρυνση για να συμμετέχουν ισότιμα με τα υπόλοιπα παιδιά στις κοινωνικές δραστηριότητες.

Επομένως, η επαγγελματική κατάσταση των γονέων διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην κοινωνικοποίηση και την ανάπτυξη των παιδιών με αναπηρίες. Ο ελεύθερος χρόνος και η διάθεση για υποστήριξη μπορούν να ενισχύσουν την ενεργό συμμετοχή τους σε δραστηριότητες, ενθαρρύνοντας την αυτοεκτίμηση και τη συνολική τους ψυχοκοινωνική ευημερία.

Στο 6^ο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκαν οι παράγοντες που επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά με οπτική, κινητική και ακουστική αναπηρία αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που συναντάνε στην καθημερινότητά τους.

Τα παιδιά με αναπηρίες τα οποία λαμβάνουν υψηλή φροντίδα από τους γονείς τους επιλέγουν να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα τους μέσω της οικογενειακής στήριξης και της αναθεώρησης-ανασύνταξης, δηλαδή μέσω της προσπάθειας αυτοβελτίωσης, της αλλαγής τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς προκειμένου να επιτευχθεί η λύση του προβλήματος. Επιπλέον, τα παιδιά με αναπηρίες τα οποία λαμβάνουν υψηλή φροντίδα από την μητέρα τους επιλέγουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους μέσω αναζήτησης λήψης εξωτερικής βοήθειας. Συμπερασματικά, η φροντίδα των γονέων είναι ωφέλιμη στην επιλογή ορθής στρατηγικής από τα παιδιά για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Η έρευνα του Judge (1998) ανέδειξε ότι τα παιδιά με αναπηρίες που λαμβάνουν φροντίδα από τη μητέρα, είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν υποστήριξη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, κάτι που ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Σύμφωνα με τη μελέτη των Neitzel & Stright (2004), η γονεϊκή υποστήριξη στα παιδιά συνδέεται με αυξημένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, καθώς οι γονείς που ρυθμίζουν τη δυσκολία των καθηκόντων και ενθαρρύνουν την αυτονομία βοηθούν τα παιδιά να αναπτύξουν καλύτερες δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.

Η υψηλή γονεϊκή φροντίδα φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά με αναπηρίες αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους. Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε περιβάλλον με έντονη γονεϊκή υποστήριξη τείνουν να χρησιμοποιούν στρατηγικές που βασίζονται στην οικογενειακή στήριξη, αλλά και στην προσωπική τους ανασύνταξη, δηλαδή στην αλλαγή τρόπου σκέψης και στη βελτίωση των δεξιοτήτων τους, προκειμένου να ξεπεράσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Αυτό δείχνει ότι η παρουσία υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος ενισχύει την ψυχολογική ανθεκτικότητα και την ικανότητα αυτοβελτίωσης αυτών των παιδιών.

Ειδικότερα, όταν η μητέρα παρέχει υψηλή φροντίδα, παρατηρείται ότι τα παιδιά αναζητούν εξωτερική βοήθεια για την επίλυση των προβλημάτων τους. Αυτό ενδεχομένως συνδέεται με την αίσθηση ασφάλειας που καλλιεργείται μέσω της μητρικής υποστήριξης, η οποία τα βοηθά να αναγνωρίζουν πότε χρειάζονται βοήθεια και να απευθύνονται σε τρίτους για καθοδήγηση. Αντί να αποφεύγουν τα προβλήματα ή να παραμένουν παθητικά, τα παιδιά αυτά μαθαίνουν να αξιοποιούν τους διαθέσιμους πόρους για να διαχειριστούν τις δυσκολίες τους.

Συνολικά, η γονεϊκή φροντίδα δεν αποτελεί απλώς μια συναισθηματική παροχή, αλλά έναν καταλυτικό παράγοντα που επηρεάζει τη διαμόρφωση στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων. Η οικογενειακή στήριξη φαίνεται να ενθαρρύνει την αυτονομία και την ανάπτυξη προσαρμοστικών μηχανισμών στα παιδιά, προσφέροντάς τους τα εφόδια που χρειάζονται για να διαχειριστούν τις προκλήσεις της καθημερινότητας.

Αντίθετα, τα παιδιά τα οποία λαμβάνουν υψηλή υπερπροστατευτικότητα από τον πατέρα επιλέγουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα μέσω της παθητικής στάσης της παραίτησης. Σύμφωνα με τη μελέτη των Renzi et al. (2017), τα υψηλά επίπεδα πατρικής υπερπροστατευτικότητας συνδέονται με λιγότερο προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης, όπως η αίσθηση αδυναμίας και η έλλειψη πρωτοβουλίας.

Η υπερπροστατευτικότητα του πατέρα φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση στον τρόπο που τα παιδιά αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τα προβλήματα στη ζωή τους. Όταν ένα παιδί μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον όπου ο γονέας, ιδιαίτερα ο πατέρας, αναλαμβάνει υπερβολική φροντίδα και επιβάλλει περιορισμούς στις ενέργειες και τις επιλογές του παιδιού, δημιουργείται η τάση για παθητική αντίδραση απέναντι στις προκλήσεις της καθημερινότητας. Αντί να αναπτύξει μηχανισμούς επίλυσης προβλημάτων και να μάθει πώς να διαχειρίζεται τις δυσκολίες της ζωής, το παιδί μπορεί να καταλήξει να αναμένει πάντα βοήθεια από τους γύρω του ή να καταφεύγει στην αποφυγή των καταστάσεων που το αγχώσουν.

Αυτή η υπερπροστατευτικότητα έχει ως αποτέλεσμα τη στασιμότητα στην προσωπική ανάπτυξη του παιδιού, διότι δεν του δίνεται η ευκαιρία να κάνει λάθη και να μάθει από αυτά. Η διαδικασία της μάθησης από τις αποτυχίες είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης, της αυτονομίας και της ικανότητας να παίρνει πρωτοβουλίες. Αντί να ενθαρρύνονται τα παιδιά να αναπτύξουν στρατηγικές και να βρουν λύσεις στα προβλήματά τους, παραμένουν εξαρτημένα από την καθοδήγηση και την υποστήριξη των άλλων, κυρίως των γονέων τους. Αυτό δεν ενισχύει μόνο την αίσθηση αδυναμίας και ανασφάλειας, αλλά μπορεί επίσης να περιορίσει τις κοινωνικές δεξιότητες και την ικανότητά τους να προσαρμόζονται σε διαφορετικές κοινωνικές καταστάσεις.

Επιπλέον, η υπερπροστατευτικότητα, εκτός από το ότι υπονομεύει την αυτοεκτίμηση του παιδιού, ενδέχεται να του δημιουργήσει μια αίσθηση αβεβαιότητας

και φόβου απέναντι στην αποτυχία. Όταν το παιδί δεν επιτρέπεται να αναλάβει ρίσκα ή να εκτελέσει ενέργειες από μόνο του, αναπτύσσει μια αίσθηση αδυναμίας να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή νέων καταστάσεων, και, τελικά, να εμποδίσει την ψυχική του εξέλιξη και προσαρμοστικότητα. Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε ένα υπερπροστατευτικό περιβάλλον μπορεί να βρουν την μετάβαση στην ανεξαρτησία ιδιαίτερα δύσκολη όταν μεγαλώσουν, καθώς η ελλιπής εμπειρία αυτονομίας μπορεί να τα κάνει να αισθάνονται ανίκανα ή αδύναμα να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις της ενήλικης ζωής.

Με αυτή την έννοια, η υπερπροστατευτικότητα δεν προσφέρει μόνο προστασία, αλλά περιορίζει επίσης την ανάπτυξη της εσωτερικής αντοχής, της ανθεκτικότητας και της ικανότητας για αυτοδιαχείριση, δεξιότητες που είναι ουσιαστικές για την επιτυχία και την ευημερία σε διάφορους τομείς της ζωής.

Ακόμη, τα παιδιά με αναπηρίες που έχουν υψηλή συναισθηματική αντιδραστικότητα αποφεύγουν την αναζήτηση της οικογενειακής στήριξης όταν έχουν να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα. Σύμφωνα με την έρευνα των Kara & Alpgan (2022), οι υψηλές τιμές θυμού και επιθετικότητας στα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές σχετίζονται αρνητικά με την αντίληψή τους για την υποστήριξη από την οικογένεια, καθώς τα παιδιά αυτά τείνουν να απομακρύνονται από τις πηγές υποστήριξης.

Τα παιδιά με αναπηρίες που εμφανίζουν υψηλή συναισθηματική αντιδραστικότητα φαίνεται να αποφεύγουν τη στήριξη της οικογένειας όταν έρχονται αντιμέτωπα με προκλήσεις. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την έντονη συναισθηματική φόρτιση που βιώνουν, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα θυμού, απογοήτευσης ή ακόμα και απομόνωσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα παιδιά ενδέχεται να αντιλαμβάνονται την οικογενειακή βοήθεια ως παρεμβατική ή ανεπαρκή, γεγονός που τα ωθεί να απομακρυνθούν αντί να αναζητήσουν υποστήριξη.

Επιπλέον, η αυξημένη συναισθηματική αντιδραστικότητα μπορεί να σχετίζεται με χαμηλότερη ανεκτικότητα στη ματαίωση, δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων και περιορισμένες δεξιότητες επικοινωνίας. Τα παιδιά αυτά μπορεί να ερμηνεύουν τις προθέσεις της οικογένειας με αρνητικό τρόπο, οδηγώντας σε απόσταση αντί για σύνδεση. Αντί να εκφράσουν τις ανάγκες τους ή να ζητήσουν βοήθεια, ενδέχεται να επιλέγουν να αντιμετωπίσουν μόνο τους τις δυσκολίες, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης του στρες και της πίεσης.

Η δυναμική αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της συναισθηματικής εκπαίδευσης και της ενίσχυσης των δεξιοτήτων αυτορρύθμισης. Οι γονείς και οι φροντιστές μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο, δημιουργώντας ένα περιβάλλον αποδοχής και κατανόησης, όπου το παιδί θα αισθάνεται ασφαλές να εκφράσει τις ανησυχίες του. Η ενθάρρυνση της ανοιχτής επικοινωνίας και η παροχή σταθερής, αλλά όχι πιεστικής υποστήριξης, μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη πιο προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης.

Τα παιδιά με αναπηρίες που χαρακτηρίζονται από υψηλή προσήνεια, συμμόρφωση με τους καλούς τρόπους συμπεριφοράς και εγκαρδιότητα επιλέγουν την αποφυγή της αντιμετώπισης των προβλημάτων ή την αναζήτηση βοήθειας. Η μελέτη των Pham et al. (2014) ανέδειξε ότι η αναζήτηση βοήθειας στα παιδιά με αναπηρίες είναι περισσότερο διαδεδομένη σε εκείνα με υψηλά επίπεδα προσήνειας και κοινωνικής προσαρμογής, καθώς είναι πιο πιθανό να στραφούν προς γονείς, δασκάλους και συνομηλίκους για καθοδήγηση και υποστήριξη. Επιπροσθέτως, η έρευνα των Graziano & Eisenberg (1997) έδειξε ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα εγκαρδιότητας εμφανίζουν μεγαλύτερη προθυμία συμμετοχής σε κοινωνικές και αλτρουιστικές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της αναζήτησης βοήθειας όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες.

Τα παιδιά με αναπηρίες που διαθέτουν υψηλή προσήνεια και ακολουθούν τους κανόνες καλής συμπεριφοράς τείνουν είτε να αποφεύγουν την άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων τους είτε να αναζητούν εξωτερική βοήθεια. Η ευγένεια και η κοινωνική προσαρμοστικότητα ενισχύουν την τάση τους να στραφούν σε γονείς, δασκάλους ή φίλους για στήριξη, αντί να προσπαθούν να επιλύσουν μόνα τους τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να προκύπτει από την επιθυμία τους να διατηρήσουν τις καλές σχέσεις με τους γύρω τους και να μη συγκρουστούν με τις προκλήσεις μεμονωμένα. Παράλληλα, η εγκαρδιότητά τους τα κάνει πιο δεκτικά στη συνεργασία και την καθοδήγηση, γεγονός που ενισχύει την τάση τους να αναζητούν βοήθεια. Ωστόσο, η υπερβολική εξάρτηση από την υποστήριξη των άλλων μπορεί να περιορίσει την ανάπτυξη της αυτονομίας τους, καθιστώντας τα λιγότερο ικανά να διαχειριστούν καταστάσεις χωρίς εξωτερική παρέμβαση. Έτσι, ενώ η αναζήτηση βοήθειας είναι ένας θετικός μηχανισμός αντιμετώπισης, είναι σημαντικό να συνδυάζεται με ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της ικανότητας λήψης πρωτοβουλιών.

Τα παιδιά με αναπηρίες που έχουν τάση για απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες και χαμηλότερη εξωστρέφεια επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό την παραίτηση και την απομόνωση ως στρατηγικές για την αντιμετώπιση προβλήματος. Αντίθετα, τα παιδιά με αναπηρίες που έχουν μεγαλύτερη εξωστρέφεια είναι πιο αποφασιστικά στη λύση των προβλημάτων τους και στην αναζήτηση βοήθειας. Σύμφωνα με την έρευνα των Amirkhan et al. (1995), οι εξωστρεφείς έφηβοι είναι πιο πιθανό να επιλέγουν στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και να αναζητούν βοήθεια, σε αντίθεση με τους εσωστρεφείς, οι οποίοι τείνουν να αποφεύγουν τα προβλήματα και να χρησιμοποιούν παθητικούς μηχανισμούς. Επιπλέον, η μελέτη του Panaitescu (2018) διαπίστωσε ότι η υψηλή εξωστρέφεια σχετίζεται θετικά με ενεργές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η αναζήτηση υποστήριξης και η χρήση της ανάλυσης προβλήματος, ενώ οι λιγότερο εξωστρεφείς έφηβοι έτειναν να αποφεύγουν την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

Τα παιδιά με αναπηρίες που έχουν την τάση να αποσύρονται από κοινωνικές δραστηριότητες και παρουσιάζουν χαμηλότερη εξωστρέφεια συχνά επιλέγουν την παραίτηση και την απομόνωση ως τρόπο διαχείρισης των προβλημάτων τους. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να οφείλεται σε χαμηλή αυτοπεποίθηση, δυσκολία στην κοινωνική αλληλεπίδραση και περιορισμένη πρόσβαση σε υποστηρικτικά δίκτυα. Η απομόνωση ενδέχεται να δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο όπου το παιδί αποφεύγει τις προκλήσεις, γεγονός που οδηγεί σε περαιτέρω ανασφάλεια και μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.

Αντίθετα, τα παιδιά με αναπηρίες που χαρακτηρίζονται από υψηλότερα επίπεδα εξωστρέφειας εμφανίζουν μεγαλύτερη αποφασιστικότητα στη διαχείριση των δυσκολιών τους. Η κοινωνικότητα και η αλληλεπίδραση με άλλους φαίνεται να λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες, καθώς αυτά τα παιδιά είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια και να αξιοποιήσουν υποστηρικτικούς μηχανισμούς. Επιπλέον, η εξωστρέφεια σχετίζεται με την ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών σχέσεων, που με τη σειρά τους ενισχύουν την αυτοπεποίθηση και την προθυμία ανάληψης πρωτοβουλιών.

Η εξωστρέφεια ενδέχεται επίσης να επιδρά θετικά στην ανθεκτικότητα των παιδιών, καθώς προάγει την ικανότητα προσαρμογής και την ευελιξία στην επίλυση προβλημάτων. Τα εξωστρεφή παιδιά έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να δοκιμάσουν

νέες προσεγγίσεις, να αξιολογήσουν τις επιλογές τους και να μάθουν μέσα από την εμπειρία. Αντίθετα, τα παιδιά με χαμηλή κοινωνική αλληλεπίδραση τείνουν να αποφεύγουν τις δυσκολίες και να εγκλωβίζονται σε μοτίβα παθητικής αντιμετώπισης.

Συνεπώς, η προσωπικότητα παίζει καθοριστικό ρόλο στην επιλογή στρατηγικών διαχείρισης των δυσκολιών. Τα εξωστρεφή παιδιά είναι πιο πιθανό να επιδιώξουν λύσεις και υποστήριξη, ενώ τα παιδιά που είναι λιγότερο κοινωνικά τείνουν να αποφεύγουν την αντιπαράθεση με τα προβλήματα. Η κατανόηση αυτών των τάσεων μπορεί να βοηθήσει στη διαμόρφωση κατάλληλων υποστηρικτικών παρεμβάσεων που ενισχύουν την αυτοπεποίθηση και την ενεργητική συμμετοχή των παιδιών με αναπηρίες στη διαχείριση των προκλήσεών τους.

Τα παιδιά με αναπηρίες που χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ευσυνειδησία και επιμέλεια στην ολοκλήρωση των υποχρεώσεων προσπαθούν σε μεγαλύτερο βαθμό να λύσουν τα προβλήματα τους. Σύμφωνα με τη μελέτη των Neitzel & Stright (2004), η ευσυνειδησία των παιδιών συνδέεται με αυξημένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. Επιπλέον, η έρευνα των Swanson (1993) υπογραμμίζει ότι τα παιδιά με αναπτυξιακές δυσκολίες που διαθέτουν υψηλότερα επίπεδα ευσυνειδησίας παρουσιάζουν μεγαλύτερη ενσωμάτωση μεταγνωστικών δεξιοτήτων και στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, γεγονός που τα καθιστά πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση προκλήσεων.

Τα παιδιά με αναπηρίες που επιδεικνύουν υψηλή ευσυνειδησία και επιμέλεια τείνουν να είναι πιο αποφασιστικά και δραστήρια στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Η αίσθηση ευθύνης και η οργανωτικότητα τα ωθούν να αναπτύσσουν στρατηγικές για την ανάλυση και την επίλυση δυσκολιών, καθώς η επιμέλεια τους επιτρέπει να επεξεργάζονται μεθοδικά τα δεδομένα μιας κατάστασης. Αυτή η προσέγγιση τους δίνει τη δυνατότητα να ενσωματώνουν μεταγνωστικές δεξιότητες, δηλαδή να αναγνωρίζουν και να αξιοποιούν τις σκέψεις και τις εμπειρίες τους για την εύρεση λύσεων.

Επιπλέον, τα παιδιά με μεγαλύτερη ευσυνειδησία εμφανίζουν ανθεκτικότητα απέναντι στις δυσκολίες, καθώς τείνουν να είναι πιο υπομονετικά και να μην εγκαταλείπουν εύκολα την προσπάθεια. Αντί να επιλέγουν την αποφυγή ή την παραίτηση, δρουν με επιμονή, ψάχνοντας εναλλακτικές λύσεις μέχρι να βρουν την κατάλληλη. Αυτό σημαίνει ότι έχουν αυξημένη αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στις

δυνατότητές τους, γεγονός που τα βοηθά να αναπτύξουν αυτονομία και καλύτερο έλεγχο των συναισθημάτων τους.

Αντίθετα, παιδιά που δεν διαθέτουν επαρκή ευσυνειδησία είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν αδυναμία διαχείρισης των προβλημάτων τους, καθώς τους λείπει η πειθαρχία και η ικανότητα συγκέντρωσης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε παθητική στάση ή σε εξάρτηση από άλλους για τη λύση των δυσκολιών τους. Συνεπώς, η ευσυνειδησία δεν επηρεάζει μόνο την επίδοση των παιδιών στις υποχρεώσεις τους, αλλά και τον τρόπο που αντιλαμβάνονται και διαχειρίζονται τις προκλήσεις της καθημερινότητας.

Τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες προσπαθούν σε μεγαλύτερο βαθμό να λύσουν μόνοι τους τα προβλήματα τους και προβαίνουν σε αναζήτηση βοήθειας συχνότερα σε σύγκριση με τα παιδιά με ακουστικές και κινητικές αναπηρίες. Σύμφωνα με τη μελέτη των Ganetsou et al. (2024), τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες αναπτύσσουν μεγαλύτερη ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον και ενισχυμένες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων λόγω της ανάγκης για αυξημένη αυτονομία και ανεξαρτησία στην καθημερινότητά τους. Επιπλέον, η έρευνα των Klein & Youngblood (1975) αναφέρει ότι τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες παρουσιάζουν υψηλότερη αυτοπεποίθηση και πρωτοβουλία στην επίλυση προβλημάτων σε σύγκριση με άλλα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, γεγονός που υποδηλώνει μια φυσική τάση προς ενεργές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες φαίνεται να αναπτύσσουν πιο ισχυρές στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και υψηλότερη αυτονομία σε σχέση με τα παιδιά που έχουν ακουστικές ή κινητικές αναπηρίες. Η ανάγκη τους για μεγαλύτερη ανεξαρτησία στην καθημερινή ζωή, λόγω των περιορισμών τους, τους ωθεί να αναπτύξουν δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις μόνοι τους. Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες είναι πιο πιθανό να προσπαθήσουν να λύσουν τα προβλήματα τους χωρίς εξωτερική βοήθεια, ενώ παράλληλα αναζητούν συχνά υποστήριξη από άλλους όταν αυτό είναι αναγκαίο.

Αυτό το φαινόμενο μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Καταρχάς, τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες αναγκάζονται από πολύ νωρίς να προσαρμοστούν σε έναν κόσμο που δεν είναι προσαρμοσμένος στις ανάγκες τους. Η εξάρτησή τους από άλλες αισθήσεις, όπως η ακοή ή η αφή, και η ανάγκη να περιηγούνται στον κόσμο με

πιο στρατηγικό και ανεξάρτητο τρόπο, μπορεί να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους και τις ικανότητές τους να λύνουν προβλήματα μόνοι τους. Ο περιορισμένος οπτικός κόσμος τους μπορεί να τους αναγκάσει να βρουν εναλλακτικούς τρόπους να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις, και αυτή η συνεχής ανάγκη για αυτονομία τους δίνει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στην επίλυση προβλημάτων.

Αντίθετα, τα παιδιά με ακουστικές ή κινητικές αναπηρίες μπορεί να χρειάζονται περισσότερη βοήθεια από άλλους καθώς οι περιορισμοί τους τους κάνουν να εξαρτώνται από εξωτερική υποστήριξη για να ολοκληρώσουν καθημερινές δραστηριότητες ή να επιλύσουν προβλήματα. Για παράδειγμα, τα παιδιά με κινητικά προβλήματα ενδέχεται να δυσκολεύονται να μετακινηθούν ή να επικοινωνήσουν χωρίς την υποστήριξη άλλων, ενώ τα παιδιά με ακουστικές αναπηρίες μπορεί να μην μπορούν να ακούσουν σημαντικές πληροφορίες ή να ανταποκριθούν αποτελεσματικά χωρίς κατάλληλη υποστήριξη.

Αυτή η διαφοροποίηση στις στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να οφείλεται και στην κοινωνική δυναμική που συνδέεται με τις συγκεκριμένες αναπηρίες. Η κοινωνία συχνά παρέχει περισσότερο εξωτερικό βοήθημα σε παιδιά με ακουστικές ή κινητικές αναπηρίες, δίνοντάς τους λιγότερες ευκαιρίες να αναπτύξουν αυτονομία. Αντίθετα, τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες μπορεί να βιώνουν λιγότερη παρέμβαση από το περιβάλλον τους, οδηγώντας τους σε περισσότερη αυτονομία στην επίλυση προβλημάτων.

Τελικά, οι διαφορές στην προσέγγιση της επίλυσης προβλημάτων μπορεί να οφείλονται σε έναν συνδυασμό ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων, οι οποίες συνθέτουν την εμπειρία του κάθε παιδιού με αναπηρία.

Η επιλογή της αναζήτησης βοήθειας επιλέγεται συχνότερα από κορίτσια με αναπηρίες σε σύγκριση με τα αγόρια. Σύμφωνα με τη μελέτη των Pham et al. (2014), οι συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας διαφέρουν μεταξύ των φύλων σε μαθητές με αναπηρίες, με τα κορίτσια να ζητούν βοήθεια πιο συχνά από τους γονείς, τους συνομηλίκους και τους δασκάλους τους σε σύγκριση με τα αγόρια.

Η συχνότερη αναζήτηση βοήθειας από κορίτσια με αναπηρίες, σε σχέση με τα αγόρια, μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Καταρχάς, τα κορίτσια τείνουν να αναπτύσσουν

ισχυρότερες διαπροσωπικές σχέσεις και να βασίζονται περισσότερο στη συναισθηματική υποστήριξη του περιβάλλοντός τους. Αυτή η τάση μπορεί να τα οδηγήει στην πιο ενεργή αναζήτηση βοήθειας όταν αντιμετωπίζουν προκλήσεις.

Επιπλέον, κοινωνικά στερεότυπα και προσδοκίες παίζουν σημαντικό ρόλο. Στις περισσότερες κοινωνίες, τα κορίτσια ενθαρρύνονται να εκφράζουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους και να ζητούν στήριξη, ενώ τα αγόρια τείνουν να μεγαλώνουν με την αντίληψη ότι πρέπει να είναι πιο ανεξάρτητα και αυτάρκη. Αυτό ενδέχεται να τα αποτρέπει από το να ζητήσουν βοήθεια, ακόμη και όταν τη χρειάζονται.

Από ψυχολογική σκοπιά, έρευνες έχουν δείξει ότι τα κορίτσια εμφανίζουν συχνότερα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής ευαισθησίας και συνεργατικότητας, γεγονός που μπορεί να εξηγεί την τάση τους να αναζητούν καθοδήγηση από ενήλικες ή συνομηλίκους. Αντίθετα, τα αγόρια συχνά επιλέγουν πιο ανεξάρτητες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να αποφεύγουν την αντιμετώπιση δυσκολιών λόγω φόβου αποτυχίας ή αρνητικής αξιολόγησης.

Τέλος, η φύση της ίδιας της αναπηρίας μπορεί να επηρεάζει τις στρατηγικές που επιλέγουν τα παιδιά. Για παράδειγμα, εάν ένα κορίτσι με αναπηρία έχει μεγαλώσει σε ένα περιβάλλον όπου η βοήθεια θεωρείται φυσιολογικό μέσο για την αντιμετώπιση δυσκολιών, είναι πιο πιθανό να αξιοποιήσει αυτή την επιλογή. Αντίθετα, τα αγόρια μπορεί να νιώθουν την πίεση να αποδείξουν την ανεξαρτησία τους, ακόμα και αν αυτό τους δυσκολεύει στην επίλυση προβλημάτων.

Συμπερασματικά, η διαφορά στην αναζήτηση βοήθειας μεταξύ αγοριών και κοριτσιών με αναπηρίες δεν είναι τυχαία αλλά βασίζεται σε βαθύτερους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Η κατανόηση αυτών των διαφορών είναι κρίσιμη για την παροχή πιο στοχευμένης υποστήριξης στα παιδιά, ανεξαρτήτως φύλου, ώστε να μπορούν να αναπτύξουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς διαχείρισης των δυσκολιών τους.

Τέλος, η στρατηγική της παραίτησης για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος επιλέγεται συχνότερα από παιδιά που έχουν πατέρα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Η έρευνα των Gavidia-Payne & Stoneman (1997) έδειξε ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης των γονέων συνδέονται με την ανάπτυξη προσαρμοστικών μηχανισμών στα παιδιά, με τους πατέρες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου να

επιδεικνύουν λιγότερη εμπλοκή στην υποστήριξη των παιδιών τους, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο ενεργές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Η τάση των παιδιών με πατέρες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου να επιλέγουν την παραίτηση ως στρατηγική αντιμετώπισης προβλημάτων μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες που σχετίζονται τόσο με την οικογενειακή δυναμική όσο και με τις κοινωνικές επιρροές.

Πρώτον, το μορφωτικό επίπεδο ενός γονέα συχνά επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει δυσκολίες και μεταδίδει μηχανισμούς επίλυσης προβλημάτων στα παιδιά του. Οι πατέρες με χαμηλότερη εκπαίδευση μπορεί να μην έχουν αναπτύξει ισχυρές στρατηγικές ανθεκτικότητας και προσαρμογής, κάτι που αντανακλάται και στον τρόπο που καθοδηγούν τα παιδιά τους. Αν δεν παρέχουν επαρκή ενθάρρυνση και υποστήριξη, τα παιδιά είναι πιθανό να μην αναπτύξουν την αυτοπεποίθηση και την αποφασιστικότητα που απαιτούνται για την ενεργητική αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Επιπλέον, ένας πατέρας με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο μπορεί να εργάζεται σε απαιτητικές και χαμηλόμισθες θέσεις εργασίας, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει τον διαθέσιμο χρόνο και την ψυχική του ενέργεια για να ασχοληθεί με τα προβλήματα του παιδιού του. Αυτή η μειωμένη αλληλεπίδραση μπορεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον όπου το παιδί αισθάνεται λιγότερη υποστήριξη και δεν μαθαίνει να επιμένει και να αναζητά λύσεις, επιλέγοντας αντί αυτού την παραίτηση.

Επιπροσθέτως, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας συνδέεται συχνά με το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων. Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον με οικονομικές δυσκολίες μπορεί να βιώνουν αυξημένο στρες και αβεβαιότητα, γεγονός που μπορεί να ενισχύει αισθήματα αδυναμίας και αδιεξόδου. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η έλλειψη πρότυπων ενεργής επίλυσης προβλημάτων μπορεί να τα οδηγήσει σε πιο παθητικές στρατηγικές, όπως η παραίτηση.

Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι όλα τα παιδιά από τέτοιες οικογένειες ακολουθούν αυτήν την τάση. Παράγοντες όπως η προσωπικότητα του παιδιού, η υποστήριξη από το σχολικό περιβάλλον και η ύπαρξη άλλων υποστηρικτικών προσώπων στην οικογένεια μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη πιο ενεργών στρατηγικών αντιμετώπισης. Συνεπώς, αν και η εκπαίδευση του πατέρα παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των μηχανισμών προσαρμογής του παιδιού,

υπάρχουν και άλλες μεταβλητές που μπορούν να ενισχύσουν ή να μετριάσουν αυτήν την επιρροή.

10.2. Περιορισμοί έρευνας

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρονται σε δείγμα με προσδιορισμένα χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα σε παιδιά με οπτική, κινητική ή ακουστική αναπηρία, 8-18 ετών, τα οποία στη πλειοψηφία τους διαμένουν σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές και έχουν αδέρφια. Το γεγονός ότι στην έρευνα συμμετέχουν παιδιά με διαφορετικό είδος αναπηρίας αλλά και το μεγάλο ηλικιακό εύρος, πιθανότατα να δημιουργούν μία ετερογένεια στα αποτελέσματα. Επιπλέον, οι μετρήσεις που αναφέρονται στα στοιχεία της προσωπικότητας και της αντιμετώπισης προβλημάτων δεν στηρίζονται σε εκτιμήσεις επαγγελματιών υγείας αλλά γονέων μέσης ηλικίας 40 ετών, οι οποίοι έχουν επίπεδο εκπαίδευσης Λυκείου ή Πανεπιστημίου, είναι εργαζόμενοι και παντρεμένοι. Τέλος, τα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια της αντιμετώπισης προβλημάτων εμφάνισαν μέτρια αξιοπιστία ενώ δεν ήταν δυνατόν να επιβεβαιωθεί η εννοιολογικής εγκυρότητας των ερωτηματολογίων της προσωπικότητας με χρήση της Παραγοντικής ανάλυσης.

10.3. Μελλοντική έρευνα

Προτείνεται οι μελλοντικοί ερευνητές να εστιάσουν σε συγκεκριμένο είδος αναπηρίας και σε πιο περιορισμένο ηλικιακό εύρος προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι στοχευμένα και με μεγαλύτερη ασφάλεια γενικεύσιμα. Επιπλέον, προτείνεται η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων για την προσωπικότητα και την αντιμετώπιση προβλημάτων να πραγματοποιηθεί από επαγγελματίες υγείας, προκειμένου οι μετρήσεις να είναι περισσότερο ακριβείς. Τέλος, προτείνεται η στάθμιση των εργαλείων της προσωπικότητας και της αντιμετώπισης προβλημάτων σε μεγαλύτερο δείγμα ή η χρήση άλλων σταθμισμένων με μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα.

10.4. Σύνοψη

Οι γονείς των παιδιών με αναπηρία χρησιμοποιούν περισσότερο την φροντίδα και λιγότερο την υπερπροστατευτικότητα, με τις μητέρες να φροντίζουν σε μεγαλύτερο

βαθμό τα παιδιά τους. Η υπερπροστατευτικότητα του πατέρα σε παιδιά με αναπηρίες είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, αλλά μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας του πατέρα. Τα παιδιά με αναπηρίες έχουν σε παραπλήσιο βαθμό τα θετικά στοιχεία προσωπικότητας σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, ωστόσο προσπαθούν λιγότερο αποφασιστικά να λύσουν τα προβλήματα μόνα τους. Η συνηθέστερη στρατηγική των παιδιών με αναπηρίες για την αντιμετώπιση προβλημάτων είναι η αναθεώρηση-ανασύνταξη. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, οι συμπαγείς οικογενειακοί δεσμοί και η αγροτική περιοχή κατοικίας συντελούν στην αύξηση της φροντίδας των παιδιών με αναπηρίες και στην διαμόρφωση των θετικών στοιχείων της προσωπικότητας τους. Η φροντίδα των γονέων προωθεί τα θετικά στοιχεία της προσωπικότητας των παιδιών με αναπηρίες και την ορθή αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Αντίθετα, η υπερπροστατευτικότητα του πατέρα αναμένεται να κάνει τα παιδιά με αναπηρίες εσωστρεφή και με χαμηλότερη νόηση και να οδηγήσει σε επιλογή παθητικών στρατηγικών. Η συναισθηματική σταθερότητα, η προσήνεια, η ευσυνειδησία και η εξωστρέφεια συντελούν στην ορθή επιλογή στρατηγικής για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των παιδιών με αναπηρίες. Περισσότερο ευάλωτη ομάδα αναδείχθηκαν τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες και ως λιγότερο τα παιδιά με οπτικές αναπηρίες αναφορικά με τα στοιχεία της προσωπικότητας και την ικανότητα ορθής επιλογής στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων. Τα παιδιά με αναπηρίες ηλικίας 8-10 ετών εμφάνισαν μεγαλύτερη ευσυνειδησία και υψηλότερη προσήνεια σε σύγκριση με τα παιδιά με αναπηρίες ηλικίας 11-18 ετών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Abdel-Khalek, A. M. (2012). Personality and mental health: Arabic scale of mental health, Eysenck personality questionnaire, and NEO five factor inventory. *Psychological reports*, 111(1), 75-82.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M.D.S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alarcón, J. D., Rojas, J. D., Peña, L. A., & Gómez, C. J. (2021). Congenital hearing loss and TORCH infections. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 141, 110586. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110586>
- Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of gerontology*, 46(4), P174-P180.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Alexander, R., Feeney, J.A., Hohaus, L., & Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 8, 137-152.
- Allen, J.P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 319-335). New York: Guilford
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: H. Holt and. Company.

- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Almomani, F., Al-Sheyab, N. A., Al-Momani, M. O., & Alqhazo, M. (2018). Memory and potential correlates among children in Jordan. *BMC psychiatry*, 18, 1-9.
- Alshawabkeh, A. A., Woolsey, M. L., & Kharbat, F. F. (2021). Using online information technology for deaf students during COVID-19: A closer look from experience. *Heliyon*, 7 (5).
- Altshuler, L., & Ruble, D. N. (1989). The development of children's understanding of stress: A review and critique of research. *Developmental Psychology*, 25(5), 767-774.
- American Association of the Deaf-Blind (AADB). (2009). *The deaf-blind community: A comprehensive overview*.
- American Medical Association (2020). *AMA Manual of Style: A Guide for Authors and Editors*. 11th ed. Oxford University Press.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (1993). Guidelines for Audiology Services in Educational Settings. *ASHA*, 35(9), 17-19.
- Amirkhan, J. H., Risinger, R. T., & Swickert, R. J. (1995). Extraversion: a “hidden” personality factor in coping? *Journal of personality*, 63(2), 189-212.
- Anselimus, S. M., & Kisanga, S. E. (2024). The involvement of primary school pupils with visual impairment in extracurricular activities: Teachers’ perceptions and practices in Tanzania. *British Journal of Visual Impairment*, 02646196241250202.
- Antzakas, C., & Woll, B. (2002). The development of Greek Sign Language: A review. *Deafness & Education International*, 4(2), 51–60.
<https://doi.org/10.1002/dei.122>
- Aplin, D. Y., & Rowson, V. J. (1990). Personality and functional hearing loss in children. *British Journal of Audiology*, 24(2), 77–87.
<https://doi.org/10.3109/03005369009077848>

- Appl, D. (2000). The role of adaptive technology in education and rehabilitation of individuals with disabilities. *Journal of Special Education Technology*, 15(4), 39-50.
- Applegate, A. A. L. (1991). *Early loss and the development of type A behaviors and age of onset of heart illness* (Doctoral dissertation, University of Pittsburgh).
- Ardito, R. B., Scarzella, M., & Bellani, G. (2004). Attachment representations in adults with congenital blindness: association with maternal interactive behaviors during childhood. *Psychological Reports*, 95(1), 263–274.
<https://doi.org/10.2466/pr0.95.1.263-274>
- Argyropoulos, G. P., Moore, L., Loane, C., Roca-Fernandez, A., Lage-Martinez, C., Gurau, O., Ye, L., Jbabdi, S., de Haan, M., Dupont, P., Vandenberghe, R., & Butler, C. R. (2020). Pathologic tearfulness after limbic encephalitis: A novel disorder and its neural basis. *Neurology*, 94(12), e1320-e1335.
<https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000008947>
- Arif, A., Ashraf, F., & Nusrat, A. (2021). Stress and coping strategies in parents of children with special needs. *Labour*, 32, 20.
- Arnold, M. L. (1990). *The psychology of stress and coping*. New York: Academic Press.
- Arnold, W. (1990). The evolution of marmot sociality: I. Why disperse late? *Behavioral ecology and Sociobiology*, 27(4), 229-237.
- Ash, M. M., Mann, M., & Blatchford, T. (1978). Psychological adjustment and social independence in blind children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 72(2), 39–44.
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review*, 11(2), 150–166. <https://doi.org/10.1177/1088868306294907>
- Atkins, F. D. (1991). Children's Perspective of Stress and Coping: An Integrative Revd2w. *Issues in Mental Health Nursing*, 12(2), 171-178.
- Atkins, M. S. (1991). Stress and coping in childhood: Implications for therapy and education. In J. S. Bowers & M. P. McCoy (Eds.), *Handbook of child and adolescent therapy* (pp. 142-160). New York: Academic Press.

- AuBuchon, A. M., Pisoni, D. B., & Kronenberger, W. G. (2015a). Short-term and working memory impairments in early-implanted, long-term cochlear implant users are independent of audibility and speech production. *Ear and hearing*, 36(6), 733-737.
- AuBuchon, A. M., Pisoni, D. B., & Kronenberger, W. G. (2015b). Verbal processing speed and executive functioning in long-term cochlear implant users. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(1), 151-162.
- Avoke, M. (2002). Models of disability in the labeling and attitudinal discourse in Ghana. *Disability & Society*, 17(7), 769-777.
<https://doi.org/10.1080/0968759022000039064>
- Ayiro, L., Misigo, B. L., & Dingili, R. (2023, March). Stress levels, coping strategies, and mental health literacy among secondary school students in Kenya. In *Frontiers in Education* (Vol. 8, p. 1099020). Frontiers Media SA.
- Ayyildiz, E., Akçin, N., & Güven, Y. (2016). Development of Preverbal Communication Skills Scale for Children with Multiple Disabilities and Visual Impairment. *Online Submission*, 13(2), 2668-2681.
- Azevedo, T. L. D., Cia, F., & Spinazola, C. D. C. (2019). Correlation Between Marital Relationship, Family Routine, Social Support, Necessities and Quality Of Life Of Parents And Mothers Of Children With Disability. *Revista Brasileira De Educação Especial*, 25, 205-218.
- Azmitia, M., & Hesser, J. (1993). Why siblings are important agents of cognitive development: A comparison of siblings and peers. *Child development*, 64(2), 430-444.
- Bagg, L., & Gaffney, C. (2001). Latent Spina Bifida: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Neurology*, 14(3), 135-142.
- Ban, Y., Sun, J., Bai, B., & Liu, J. (2024). Parent-adolescent attachment and well-being among chinese hearing-impaired students: The mediating role of resilience and the moderating role of emotional and behavioral Problems. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 36(1), 111-124.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bansal, R., Dogra, M., & Gupta, A. (2018). Infectious inflammation. In *Retina: Medical & surgical management* (p. 437). Elsevier.
- Barnes, C., & Mercer, G. (2003). *Disability*. Cambridge: Polity Press.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bass, B. M. (1990). *Bass & Stogdill's Handbook of Leadership: Theory, Research, and Managerial Applications* (3rd ed.). New York: Free Press.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95.
<https://doi.org/10.1177/0272431691111004>
- Bhutani, V. K., Johnson, L. H., Maisels, M. J., Newman, T. B., Phibbs, C., Stark, A. R., & Watchko, J. F. (2013). Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant ≥ 35 weeks of gestation. *Pediatrics*, 114(1), 297-316.
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-2491>
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157. <https://doi.org/10.1007/BF00846598>
- Birtchnell, J., Ball, D., & Wood, D. (1997). The Parental Bonding Instrument: An epidemiological study in a general population sample. *Psychological Medicine*, 19(4), 1023–1034. <https://doi.org/10.1017/s0033291700005754>
- Blencowe, H., Lawn, J. E., Vazquez, T., Fielder, A., & Gilbert, C. (2013). Preterm-associated visual impairment and estimates of retinopathy of prematurity at regional and global levels for 2010. *Pediatric research*, 74(1), 35-49.

- Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, 117(2), 187–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.2.187>
- Block, J. H. (1983). Differential premises arising from differential socialization of the sexes: Some conjectures. *Child Development*, 54(6), 1335–1354.
- Bluestone, C. D., & Klein, J. O. (2007). *Otitis media in infants and children*. PMPH-USA.
- Boekaerts, M. (1996). Self-regulated learning: A new concept embraced by researchers, policy makers, educators, teachers, and students. *Learning and Instruction*, 6(2), 117-134.
- Boekaerts, M. (2002). Being concerned about students' emotions and their learning. *Learning and Instruction*, 12(4), 365-385. [https://doi.org/10.1016/S0959-4752\(01\)00016-0](https://doi.org/10.1016/S0959-4752(01)00016-0)
- Boerrigter, H., Mahendra, N., Spencer, P. E., & Marschark, M. (2018). Personality characteristics of children and adolescents with cochlear implants: A comparison with hearing peers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(3), 213–222.
- Böhm, H., Döderlein, L., & Braatz, F. (2016). Clinical aspects of foot and ankle deformities in cerebral palsy. *Journal of Pediatric Orthopaedics B*, 25(5), 413–420.
- Bombardier, C.H., D'Amico, C., & Jordan, J.S. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 297-304.
- Borchert, M. (2012). Optic nerve hypoplasia: Clinical aspects and treatment approaches. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 106(9), 529-533.
- Bouchard, T. J. (2004). Genetic influence on human psychological traits. *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 148–151. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00295.x>
- Bouvard, M., & Cosma, P. (2007). An exploratory study of a personality disorders questionnaire. *L'encephale*, 34(5), 517-525.

- Bowers, D. (1973). Analysis of Eysenck Personality Inventory: Extroversion and neuroticism in behavioral studies. *Journal of Personality Assessment*, 37(2), 224–238. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa3702_3
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation: Anxiety and Anger* (Vol.2). NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss*. (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss: Attachment* (Vol.1.). N.Y: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). During the first third of this century there were two great proponents of developmental psychiatry—Adolf Meyer and Sigmund Freud. Both believed that. *The American journal of psychiatry*, 145, 1-10.
- Boyatzis, R.E., Goleman, D., & Rhee, K. (1999). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). In Bar-On, R., Parker, J.D. (Eds) *Handbook of Emotional Intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brahmbhatt, S. A study of personality differences of rural and urban children. *International journal of health sciences*, 6(S4), 7626-7629.
- Brehm, S.S. (1992). Interpersonal attraction. In S.S. Brehm (Eds). *Intimate Relationships* (chapter 3). New York: McGraw-Hill.
- Bretherton, I., & Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford Press.
- British Psychological Society. (2014). *BPS Code of Human Research Ethics* (2nd ed.). Available at: <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/bps-code-human-research-ethics-2nd-edition-2014>
- Brodzinsky, D. M., Hegar, R. L., & Smith, D. W. (1992). *Adoption dynamics: The social and emotional impact of adoption on children and their families*. Jossey-Bass Publishers.

- Brown, F., & Gothelf, C. R. (1996). Self-determination for all individuals. In D. H. Lehr & F. Brown (Eds.), *People with disabilities who challenge the system* (pp. 335–353). Paul H. Brookes.
- Brown Margaret, P., & Cornes, A. (2015). Mental health of deaf and hard-of-hearing adolescents: What the students say. *Journal of deaf studies and deaf education*, 20(1), 75-81.
- Brown, T., Wilson, J., & Kim, S. (2019). Early parental involvement and attachment outcomes in children with severe hearing loss. *Child Development Research*, 43(2), 135-148.
- Brussoni, M., & Olsen, L. L. (2013). The perils of overprotective parenting: fathers' perspectives explored. *Child: care, health and development*, 39(2), 237-245.
- Bryant, F. B., & Yarnold, P. R. (1995). Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 99–136). American Psychological Association.
- Bushby, K., Finkel, R., Birnkrant, D. J., Case, L. E., Clemens, P. R., Cripe, L., ... & Constantin, C. (2010). Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and pharmacological and psychosocial management. *The Lancet Neurology*, 9(1), 77-93.
- Campbell, J. (2007). Understanding the emotional needs of children who are blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101(6), 351-355.
- Canli, T. (2006). *Biology of personality and individual differences*. Guilford Press.
- Cantero-Garlito, P. A., Flores-Martos, J. A., & Moruno-Miralles, P. (2020). Care of children with disabilities in rural areas: meanings and impact on everyday life and Health. Study protocol. *International journal of qualitative methods*, 19, 1609406920947602.
- Carnelley, K.B., Piertomonaco, P.R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 127 -140.

- Carona, C., Pires, R., & Silva, C. (2013). Emotional functioning and coping strategies in children with motor disabilities: The role of family. *Journal of Developmental Disabilities*, 38(4), 456-468.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851–854. <https://doi.org/10.1126/science.1072290>
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453–484. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141913>
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (2015). Avoidance and its relation to other defensive processes. In *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Routledge.
- Cattaneo, Z., & Vecchi, T. (2011). *Blind vision: the neuroscience of visual impairment*. MIT press.
- Cattell, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Baltimore: Penguin Books.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245–276. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10
- Cattell, R. B., & Coan, R. W. (1957). CHILD PERSONALITY STRUCTURE AS REVEALED IN TEACHERS' BEHAVIOR RATINGS. *Journal of Clinical Psychology*, 13(4).
- Cattell, R. B., Eber, H. W., & Tatsuoka, M. M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

- Cattell, R. B., & Mead, A. D. (2008). The 16PF as a tool for assessing personality in children and adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(3), 235-249.
- Cerniglia, L., Cimino, S., & Ballarotto, G. (2007). Attachment and emotional regulation in children with developmental delay. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(2), 153–164.
- Cervone, D., & Pervin, L. A. (2022). *Personality: Theory and research*. John Wiley & Sons.
- Charlesworth, R. (2011). *Understanding Child Development*. (8th ed.). USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Charnpatsis, C., & Tzoumanika, V. (2021a). FATHER BONDING AND BULLYING IN CHILDREN WITH DISABILITIES/VÄTERLICHE BINDUNG UND BULLING IN KINDERN MIT BEHINDERUNGEN. *European Journal of Special Education Research*, 7(4).
- Charnpatsis, C., & Tzoumanika, V. (2021b). Maternal Attachment as a Factor of Victimization and Bulling of Children with Disabilities/Mutterbindung Als Faktor Von Viktimierung Und Bulling Of Kinder Mit Behinderungen. *European Journal of Special Education Research*, 7(4).
- Chen, C., & Uttal, D. H. (1988). Cultural values, parents' beliefs, and children's achievement in the United States and China. *Human development*, 31(6), 351-358.
- Chinyoka, K., & Susa, R. (2018). Impact of Parental Attachment on the Academic Performance of Grade Five Learners in Mashonaland East Province, Zimbabwe. *Journal of Humanities and Social Science*, 23(5), 25-34.
- Chiu, C. Y., & Lau, E. Y. H. (2018). Extracurricular participation and young children's outcomes in Hong Kong: Maternal involvement as a moderator. *Children and Youth Services Review*, 88, 476-485.
- Choi, S. B. (2019). The impact of self-leadership on organizational commitment and job satisfaction: Evidence from Korean employees. *International Journal of Human Resource Management*, 30(2), 1-26.
<https://doi.org/10.1080/09585192.2019.1575140>

- Chok, L., Suris, J.-C., & Barrense-Dias, Y. (2023). Adolescents' mental health, coping strategies, social support and interventions: a qualitative study in Switzerland. *Qualitative Research Journal*, 23(4), 445-453.
- Claridge, G., & Davis, C. (2003). *Personality and psychological disorders*. London: Arnold.
- Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current opinion in neurobiology*, 4(2), 266-273.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2018). *Research Methods in Education* (8th ed.). London: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315456539>
- Cohen, S., & Lazarus, R. S. (1979). Stress, coping, and disaster. In C. H. J. K. D. G. & E. L. Fez (Eds.), *The role of stress in health* (pp. 347–383). Academic Press.
- Collignon, O., Lassonde, M., Lepore, F., Bastien, D., & Veraart, C. (2011). Functional cerebral reorganization for auditory spatial processing and auditory substitution of vision in early blind subjects. *Cerebral Cortex*, 21(10), 2336–2345.
<https://doi.org/10.1093/cercor/bhr022>
- Collignon, O., Vandewalle, G., Voss, P., Albouy, G., Charbonneau, G., Lassonde, M., & Lepore, F. (2011). Functional specialization for auditory–spatial processing in the occipital cortex of congenitally blind humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(11), 4435-4440.
- Collins, N.L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe heaven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1053-1073.
- Colver, A., Dickinson, H. O., Parkinson, K. N., O’Keeffe, F., Stewart, J., & Wright, C. M. (2015). Social outcomes in young adults with cerebral palsy: A population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57(2), 160-167.
<https://doi.org/10.1111/dmcn.12657>

- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (2001). Stress and coping in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 431-460. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00010-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00010-4)
- Compas, B. E., Slavin, L. A., Wagner, B. M., & Vannatta, K. (1986). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential. In S. H. L., G. H. L., & P. B. T. M. (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 660–675). Free Press.
- Conn, S. R., & Rieke, M. L. (1994). *The 16PF Fifth Edition Technical Manual*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Coopersmith, S. (1965). *The antecedents of self-esteem*. Princeton University Press.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Costa, P. T. (1986). Personality and coping: A process perspective. In R. H. Moos (Ed.), *Coping and adaptation* (pp. 247-270). Plenum Press.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research*, 2(01), 1999.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Holland, J. L. (1984). Personality and vocational interests in an adult sample. *Journal of Applied psychology*, 69(3), 390.
- Costello, L., Brunner, E., & Hasty, R. (2002). Empowerment and decision-making in organizations: A model for future action. *Journal of Management Development*, 21(2), 102-114. <https://doi.org/10.1108/02621710210419931>
- Cote, P., Cassidy, J. D., & Carroll, L. J. (2005). The treatment of torticollis: a systematic review. *European Spine Journal*, 14(5), 517–529.
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2007). The BIAS map: Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 631–648. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.631>
- Cunningham, L. L., & Tucci, D. L. (2017). Hearing loss in adults. *New England Journal of Medicine*, 377(25), 2465-2473.

- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Crudden, A. (2012). Employment after vision loss: Results of a collective case study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 106(7), 389–399.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety: The experience of flow in work and play*. Jossey-Bass.
- Darling, S. M., & Gallagher, P. A. (2004). Needs of and supports for African American and European American caregivers of young children with special needs in urban and rural settings. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24(2), 98-109.
- Davis, L., Morgan, P., & Elman, A. (2021). Parental expectations and attachment in children with mild-to-moderate hearing loss. *Journal of Child and Family Studies*, 30(6), 1422–1435.
- De Boo, G. M., & Wicherts, J. M. (2009). Assessing cognitive and behavioral coping strategies in children. *Cognitive therapy and research*, 33, 1-20.
- de Bressy de Guast, V., Golby, J., Van Wersch, A., & d'Arripe-Longueville, F. (2013). Psychological skills training of an elite wheelchair water-skiing athlete: A single-case study. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 30(4), 351–372
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- De Fruyt, F., Van Hiel, A. & Buyst, V. (1998). Parental personality descriptions of boys and girls. In G.A. Kohnstamm, C.F. Halverson, I. Mervielde & V.L. Havill (Eds.), *Parental descriptions of child personality. Developmental antecedents of the Big Five?* (pp. 155-167). Mahwah, NJ: Lawrence Elrbaum Associates.

- Denoyelle, F., Weil, D., Maw, M. A., Wilcox, S. A., Lench, N. J., Allen-Powell, D. R., Osborn, A. H., Dahl, H. H., Middleton, A., Houseman, M. J., Dodé, C., Marlin, S., Boulila-ElGaied, A., Grati, M., Ayadi, H., Ben Arab, S., Bitoun, P., Lina-Granade, G., Godet, J., ... & Petit, C. (1997). Prelingual deafness: High prevalence of a 30delG mutation in the connexin-26 gene. *Human Molecular Genetics*, 6(12), 2173–2177. <https://doi.org/10.1093/hmg/6.12.2173>
- Depue, R. A., & Collins, P. F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences*, 22(3), 491–517. <https://doi.org/10.1017/S0140525X99002046>
- Desalegn, T., Tesfaye, G., & Yitbarek, A. (2023). Coping strategies of children with motor disabilities: The influence of family and social support. *Child Care Health Development*, 49(2), 259-268.
- Deuschl, G., Schade-Brittinger, C., Krack, P., Volkmann, J., Schäfer, H., Bötzel, K., ... & Voges, J. (2006). A randomized trial of deep-brain stimulation for Parkinson's disease. *New England Journal of Medicine*, 355(9), 896-908.
- DeYoung, C. G., Hirsh, J. B., Shane, M. S., Papademetris, X., Rajeevan, N., & Gray, J. R. (2010). Testing predictions from personality neuroscience: Brain structure and the Big Five. *Psychological Science*, 21(6), 820–828. <https://doi.org/10.1177/0956797610370159>
- DeYoung, C. G. (2015). Cybernetic Big Five Theory. *Journal of Research in Personality*, 56, 33–58. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.07.004>
- Dibrell, L. L., & Yamamoto, K. (1988). In their own words: Concerns of young children. *Child psychiatry and human development*, 19, 14-25.
- Digman, J. M. (1989). Five robust trait dimensions: Development, stability, and utility. *Journal of personality*, 57(2), 195-214.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual review of psychology*, 41(1), 417-440.
- Digman, J. M., & Inouye, J. (1986). Further specification of the five robust factors of personality. *Journal of personality and social psychology*, 50(1), 116.

- Digman, J. M., & Takemoto-Chock, N. K. (1981). Factors in the natural language of personality: Re-analysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate behavioral research*, 16(2), 149-170.
- Dijkers, M. P. (2005). Outcome measurement in disability and rehabilitation: A critical review of existing measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(8), 1593-1604. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2005.02.022>
- DiLiello, T. C., & Houghton, J. D. (2006). The influence of self-leadership and self-efficacy on performance. *Journal of Managerial Psychology*, 21(4), 292-305.
- Dobbs, M. B., & Gurnett, C. A. (2009). Update on clubfoot: etiology and treatment. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(5), 1146–1153.
- Douglas, G., McLinden, M., & Pavey, S. (2009). The social model of disability and inclusive education: A critical review. *British Journal of Special Education*, 36(4), 208-215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8578.2009.00450.x>
- Douglas, G., McLinden, M., McCall, S., Pavey, S., Ware, J., & Farrell, A. (2011). Access to print literacy for children and young people with visual impairment: Findings from a review of literature. *European Journal of Special Needs Education*, 26(1), 25–38. <https://doi.org/10.1080/08856257.2011.543540>
- Driscoll, D.L. (2011). Introduction to primary research: Observations, surveys, and interviews. *Writing spaces: Readings on writing*, 2, 153-174.
- Dubow, E. F., Tisak, J., Causey, D., Hryshko, A., & Reid, G. (1991a). A two-year longitudinal study of stressful life events, social support, and social problem-solving skills: Contributions to children's behavioral and academic adjustment. *Child development*, 62(3), 583-599.
- Dubow, E. F., Tisak, J. L., Causey, D. L., Hryshko, A. A., & Reid, J. B. (1991b). The role of stress in the development of emotional and behavioral problems in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(6), 679-698. <https://doi.org/10.1007/BF00916339>
- Dweck, C. S., & Wortman, C. B. (1982). Learned helplessness: The role of cognitive and motivational processes in the depression. *Journal of Social Issues*, 38(2), 59-79. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1982.tb00197.x>

- Eaves, L. J., Eysenck, H. J., & Martin, N. G. (1989). *Genes, culture, and personality: An empirical approach*. London: Academic Press.
- Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-578. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Elad, S., Zadik, Y., Lalla, R. V., Bowen, J., Bossi, P., Barasch, A., Hong, C. H. L., Thorpe, D., Brennan, M. T., Gibson, R. J., Logan, R. M., Spijkervet, F. K. L., Yarom, N., Ariyawardana, A., Correa, M. E. P., Raber-Durlacher, J. E., Jensen, S. B., Saunders, D. P., & Mucositis Guidelines Leadership Group of the MASCC/ISOO. (2020). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 126(19), 4423–4431. <https://doi.org/10.1002/cncr.33100>
- Elsman, E. B. M., van Rens, G. H. M. B., & van Nispen, R. M. A. (2019). Quality of life and participation of young adults with a visual impairment aged 18–25 years: comparison with population norms. *Acta ophthalmologica*, 97(2), 165-172.
- Endler, N. S., Kocovski, N. L., & Macrodimitris, S. D. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 617–625.
- Emmons, R. A., Griffin, W. A., & Colby, P. M. (1990). Social support and psychological well-being in working mothers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(3), 297-312. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.3.297>
- Epstein S. & Meier P. (1989). Constructive thinking: a broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332–350.
- Evenhuis, H. M., Sjoukes, L., Koot, H. M., & Kooijman, A. C. (2009). Does visual impairment lead to additional disability in adults with intellectual disabilities? *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(1), 19-28.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1964). Principles and methods of personality description, classification and diagnosis. *British journal of psychology*, 55(3), 284.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Thomas.

- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 244–276). Guilford Press.
- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 244–276). New York: Guilford Press.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck, S. B., Eysenck, H. J., & Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and individual differences*, 6(1), 21-29.
- Fabes, R. A., & Eisenberg, N. (1992). The coping paradox: Convergent and divergent effects of coping on children's adjustment. *Social Development*, 1(1), 1-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1992.tb00001.x>
- Feeney, J.A. (1998). Adult attachment and relationship-centred anxiety: Responses to physical and emotional distancing. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 189-218). New York: Guilford.
- Feeney, J.A. (1999). Adult attachment, emotional control, and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 6(2), 169-185.
- Feeney, J.A., Noller, P., & Roberts, N. (1999). Attachment and close relationships. In C.Hendrick, & S.S. Hendrick (Eds.), *Close relationships: A sourcebook* (pp. 185-201). London: Sage Publications.
- Feist, J., Feist, G. J., & Roberts, T. A. (2018). *Theories of personality* (9th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Fellinger, J., Holzinger, D., & Beitel, C. (2009). Mental health and quality of life in deaf and hard-of-hearing children and adolescents. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(8), 635–641. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03311.x>

- Feniger-Schaal, R., & Joels, T. (2018). Attachment quality of children with ID and its link to maternal sensitivity and structuring. *Research in developmental disabilities*, 76, 56-64.
- Ferlini, A., Riva, D., & Domingues, V. (2005). Molecular and genetic aspects of Duchenne muscular dystrophy. *Archives of Neurology*, 62(5), 730-734.
- Ferreira, J. P., & Fox, K. R. (2008). Physical self-perceptions and self-esteem in male basketball players with and without disability: A preliminary analysis using the Physical Self-Perception Profile. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1(1), 35–49.
- Ferrell, K. A. (2011). *Reach Out and Teach: Helping Your Child Who is Visually Impaired Learn and Grow*. New York: American Foundation for the Blind.
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS* (5th ed.). Sage Publications Ltd.
- Finch, S. M. (1967). Personality development in the physically handicapped child. *Clinical Pediatrics*, 6(3), 171-172.
- Finkel, R. S., Mercuri, E., Darras, B. T., Connolly, A. M., Kuntz, N. L., Kirschner, J., Chiriboga, C. A., Saito, K., Servais, L., Tizzano, E., Topaloglu, H., Tulinius, M., Montes, J., Glanzman, A. M., Bishop, K. M., Zhong, Z. J., Gheuens, S., Bennett, C. F., Schneider, E., & De Vivo, D. C. (2017). Dosing regimen and long-term outcomes of nusinersen treatment in spinal muscular atrophy. *Neurology*, 88(5), 513–518. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003583>
- Finzi-Dottan, R. (2019). Acceptance and caregiving of married and divorced custodial mothers and fathers. *Marriage & Family Review*, 55(4), 384-401.
- Fitzpatrick, E. M., Delehanty, M., & McGowan, R. (2016). The role of early intervention and family-centered care in supporting children with hearing loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 88, 73-81. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.07.017>
- Fleishman, E. A. (1984). Cognitive processes in stress and coping. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 296-317). Free Press.

- Flensburg-Madsen, T., & Mortensen, E. L. (2015). Early motor developmental milestones and their relationship to neuroticism in adulthood. *Developmental Psychology*, 51(2), 185-194. <https://doi.org/10.1037/dev0000013>
- Flensburg-Madsen, T., Mortensen, E. L., Dammeyer, J., & Wimmelmann, C. L. (2023). Early motor developmental milestones and personality traits in midlife: a 50-year follow-up study. *Children*, 10(4), 718.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 839.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Fonseca, A. C., & Yule, W. (1995). Personality and antisocial behavior in children and adolescents: An enquiry into Eysenck's and Gray's theories. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 767-781.
- Forlino, A., Marini, J. C., & Rocca, M. (2012). Osteogenesis imperfecta: Current clinical management and future perspectives. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 4(5), 305-317.
- Forman, E. H. (1993). Facts and fictions about the analytic hierarchy process. *Mathematical and computer modelling*, 17(4-5), 19-26.
- Foster, A., & Resnikoff, S. (2005). The impact of Vision 2020 on global blindness. *Eye*, 19(10), 1133-1135.
- Foster, S., Estévez-Lamorte, N., Walitza, S., Dzemaili, S., & Mohler-Kuo, M. (2022). Perceived stress, coping strategies, and mental health status among adolescents during the COVID-19 pandemic in Switzerland: a longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 937-949
- Fraise, J. P. (1978). *Confort thermique en situation réelle: les stations du métropolitain parisien* (Doctoral dissertation, Éditeur inconnu).

- Fredrickson, B.L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological bulletin*, 140(1), 1.
- Friel, A. (2010). "Athetosis and its management in children with cerebral palsy." *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 3(2), 119-127.
- Frydenberg, E. (1991). Adolescents' coping with stress: A longitudinal study. In R. D. B. R. & C. L. A. (Ed.), *Adolescence: Development, diversity, and coping strategies* (pp. 234-245). Springer.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991a). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14(2), 119-133. [https://doi.org/10.1016/0140-1971\(91\)90002-S](https://doi.org/10.1016/0140-1971(91)90002-S)
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991b). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12(2), 219-234.
- Funder, D. C. (2016). *The personality puzzle* (7th ed.). New York: W. W. Norton & Company.
- Funk, M., & Bartley, M. (2010). The human development approach to disability. *Journal of Social Science*, 15(3), 22-35.
- Furlan, J. C., Noonan, V. K., & Singh, A. (2009). Traumatic spinal cord injury: A review of the evidence. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 32(4), 317-324.
- Gadin, K., & Hammarström, A. (2000). The impact of school stress and social support on mental health and coping strategies in adolescents. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 28(4), 207-212. <https://doi.org/10.1177/140349480002800402>
- Ganetsou, E., Papadakou, C., Chatzaki, V., Tsalera, E., & Leeson, L. (2024). 'Make A Change': A Comprehensive Synthesis of School-Based Interventions for Teaching Environmental Adaptiveness, Conceptual Comprehension, and Collaborative Learning to Elementary School Children with Visual Impairments. *International Journal of Childhood Education*, 5(1), 14-27.

- Garcia, S., & Filion, J. (2008). Disability and its impact on educational outcomes. *Journal of Special Education*, 42(4), 212-221.
- Gavidia-Payne, S., & Stoneman, Z. (1997). Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities. *Child Development*, 68(4), 701-717.
- Georgianna, D. (2007). Self-leadership and the development of human potential. In J. D. Houghton & C. P. Neck (Eds.), *Self-leadership: The definitive guide to personal excellence* (pp. 51-72). Pearson Prentice Hall.
- Georgianna, D., Müller, W., Schermelleh-Engel, K., & Peterson, D. (2016). Self-leadership: A critical review of theory and research. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 23(2), 142-158.
<https://doi.org/10.1177/1548051815624723>
- Giavrimis, P. (2010). *The approach to disability and its significance for the educational process*. Athens: Papazisis Publications.
- Gilbert, C. D., & Li, W. (2013). Top-down influences on visual processing. *Nature reviews neuroscience*, 14(5), 350-363.
- Gilbert, E. F. (2009). Chromosomal disorders: An overview. *Journal of Genetic Medicine*, 15(3), 123-145.
- Glidden, L. M., Billings, F. J., & Jobe, B. M. (2006). Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 50(12), 949-962.
- Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. *Personality psychology in Europe*, 7(1), 7-28.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991.
- Graziano, W. G., & Eisenberg, N. (1997). Agreeableness: A dimension of personality. In *Handbook of personality psychology* (pp. 795-824). Academic Press.

- Greco, V., & Stainton, T. (2011). *The holistic view of disability: Exploring multiple perspectives*. New York: Palgrave Macmillan.
- Greenberg, M. T., Siegel, J. M., & Leitch, C. J. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 12, 373-386.
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994a). Models of self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994b). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew and D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships* (Vol. 5, pp. 17-52). London: Jessica Kingsley.
- Grittenden, P. M. (1990). Patterns of attachment in adulthood: A dynamic-maturational perspective. *Clinical Psychology Review*, 10(5), 495-507.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90026-X)
- Grove, W. M., & Zeiss, A. M. (1987). The role of work in the well-being of women: A study of employed mothers. *Psychological Bulletin*, 101(2), 293-309.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.293>
- Guess, D. A., Benson, S. E., & Siegel-Causey, E. (2008). Promoting self-determination for students with disabilities: Transition from school to adulthood. *Journal of Disability Policy Studies*, 19(2), 84-93.
<https://doi.org/10.1177/1044207307310771>
- Guilford, J. P., Shneidman, E. S., & Zimmerman, W. S. (1949). The Guilford-Shneidman-Zimmerman Interest Survey. *Journal of consulting psychology*, 13(4), 302.
- Gupta, A. (2002). Reliving childhood? The temporality of childhood and narratives of reincarnation. *Ethnos*, 67(1), 33-55.
- Hall, C. M. (2002). International Nosology and Classification of Constitutional Disorders of Bone. *American Journal of Medical Genetics*, 113(1), 65-77.

- Harley, R. K., Lawrence, G. A., Sanford, L. D., & Burnett, R. (2000). *Visual impairment in the schools*. Charles C Thomas Publisher.
- Harper, R., & Marshall, D. (1991). Stress, self-concept, and academic performance in adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 83(2), 178-186.
<https://doi.org/10.1037/0022-0663.83.2.178>
- Harris, S., & Williams, L. (2020). Parental Sensitivity and Its Role in the Attachment of Children with Hearing Impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(4), 479-487.
- Hartley, S. L., Seltzer, M. M., Barker, E. T., & Greenberg, J. S. (2011). Marital quality and families of children with developmental disabilities. *International review of research in developmental disabilities*, 41, 1-29.
- Hatton, D. (2007). Disability and Inclusion in Education: A Global Perspective. *International Journal of Special Education*, 22(1), 10-20.
- Hatton, D. D., Ivy, S. E., & Boyer, C. (2013a). Developmental screening of infants and toddlers who are visually impaired: Visual diagnosis and screening results. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107(5), 307–318.
- Hatton, D. D., Ivy, S. E., & Boyer, C. (2013b). Severe visual impairments in infants and toddlers in the United States. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107(5), 325-336.
- Havill, V., Allen, K., Halverson, Ch. & Kohnstamm, G. (1994). Parent's use of big five categories in their natural language descriptions of children. In C.F. Halverson, G A. Kohnstamm & R.P. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 371-386). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hazan, C., & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1), 1-22.
- Hedlund, E. (2019). Wohlfart-Kugelberg-Welander disease: A clinical overview of SMA type 3. *Journal of Neuromuscular Diseases*, 6(1), 25-34.

- Heider, D., Matschinger, H., Bernert, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C. (2006). Relationship between parental bonding and mood disorder: Results from a representative community study. *European Psychiatry*, 21(6), 302–309.
- Heller, T., Hsieh, K., & Rowitz, L. (1997). Maternal and paternal caregiving of persons with mental retardation across the lifespan. *Family relations*, 407-415.
- Helms, B. J., & Gable, R. K. (1990). *Assessing and Dealing with School-Related Stress in Grades 3-12 Students*. Boston.
- Helsen, M., Vollebergh, W., & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 29(3), 319-335.
- Hendren, W. H., & Hendren, R. B. (1990). Bladder augmentation: experience with 129 children and young adults. *The Journal of urology*, 144(2), 445-453.
- Hendricks, D. J., & Payne, N. (2007). Vocational rehabilitation strategies for individuals with disabilities: A review of the literature. *Journal of Disability Policy Studies*, 18(3), 133-147.
- Hendrickson, B., Rosen, D., & Aune, R. K. (2011). An analysis of friendship networks, social connectedness, homesickness, and satisfaction levels of international students. *International journal of intercultural relations*, 35(3), 281-295.
- Herman, M. A., & McHale, S. M. (1993). Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14(1), 121-136.
- Hernandez, R., Walker, M. L., Snyder, E. Y., McLone, D. G., & Dias, M. S. (2012). Neurosurgical aspects of myelomeningocele. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 9(4), 367–375.
- Hersch, L. (2013). Teaching and learning in deaf education: Current trends and future directions. *American Annals of the Deaf*, 158(3), 338-348.
- Hersch, M. (2013). Deafblind people, communication, independence and isolation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18(4), 446-463.

- Hess, D. J. (2016). *Undone science: Social movements, mobilized publics, and industrial transitions*. MIT Press.
- Heward, W. L. (2011). *Children with special needs: An introduction to special education* (Lymberopoulou, Ch., Davazoglou, A., & Kokkinos, K. Eds.; 2nd ed.). Athens.
- Hilgartner, M. W., & Tizard, J. D. (2010). Hemophilia and other bleeding disorders. *Haematology, Transfusion and Immunology*, 7(3), 234-241.
- Hill, J. L. (1999). *Meeting the Needs of Students with Special Physical and Health Care Needs*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/ Prentice Hall.
- Hinde, R. A. (1995). A suggested structure for a science of relationships. *Personal relationships*, 2(1), 1-15.
- Hindley, P. A., Hill, P. M., & O'Neill, M. (1994). Psychiatric disorders in children and adolescents with deafness. *British Journal of Psychiatry*, 164(5), 682–688. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.5.682>
- Hoehn-Saric, R., & McLeod, D. R. (1988). The peripheral sympathetic nervous system: Its role in normal and pathologic anxiety. *Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 375-386.
- Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1991). Life stressors personal and social resources and depression: A 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 31-38.
- Holmbeck, G. N., Johnson, S. Z., Wills, K. E., McKernon, W., Rose, B., Erklin, S., & Kemper, T. (2002). Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: the mediational role of behavioral autonomy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 96.
- Holt, R. F., Beer, J., Kronenberger, W. G., Pisoni, D. B., & Lalonde, K. (2012). Developmental outcomes of children with cochlear implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(4), 483–508.
- Hooper, B. (2005). *Integrated river basin governance*. IWA publishing.

- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 549-560.
- Horton, W. A., Hall, J. G., & Hecht, J. T. (1991). Achondroplasia. *Lancet*, 337(8731), 861-866.
- Houghton, J. D. (2000). *The development and testing of a contextual model of self-leadership: A mixed-methods study of the impact of self-leadership on individual outcomes*. Doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Houghton, J. D., Neck, C. P., & Manz, C. C. (2012). Self-leadership and the role of self-regulation in leadership development. In C. P. Neck & C. C. Manz (Eds.), *The handbook of self-leadership: Theory, research, and practice* (pp. 223-242). Academic Press.
- Howe, D. (2006). Disabled children, parent–child interaction and attachment. *Child & family social work*, 11(2), 95-106.
- Humphries, T., Kushalnagar, P., Mathur, G., Napoli, D. J., Padden, C., Rathmann, C., & Smith, S. (2012). Language acquisition for deaf children: Reducing the harms of zero tolerance to the use of alternative approaches. *Harm Reduction Journal*, 9(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-16>
- Hunt, A. N. (2012). Caregiving for children with disabilities: Effects on parental employment and mental health. Available from PsycInfo. (1499094530; 2014-99010-028). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1499094530?accountid=27354>.
- Hwang, A. W., & Kim, S. Y. (2019). Parental attachment and coping strategies in families of children with motor disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 28(4), 1043–1050. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-01290-3>
- Ishtiaq, M., Jabeen, S., & Tariq, A. (2020). Coping strategies among children with hearing impairment: The role of parental support. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 25(1), 45-55.

- Jabeen, T., Kazmi, S. F., ur Rehman, A., & Ahmed, S. (2016). Upper and lower limbs disability and personality traits. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 28(2), 348-352.
- Jacobsen, J., Rieffe, C., & Winchstrom, H. (2016). The impact of hearing loss on emotional and social development in children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(2), 167-176. <https://doi.org/10.1093/deafed/enw033>
- Jacobsen T., Edelstein W.& Hofmann V. (1994). A longitudinal study of the relation between representation of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 112-124.
- Jambor, E., & Elliott, M. (2005). Coping with hearing loss: The role of social support in coping strategies. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(2), 233-245.
- Jang, K. L., Livesley, W. J., & Vernon, P. A. (1996). Heritability of the Big Five personality dimensions and their facets: A twin study. *Journal of Personality*, 64(3), 577–591. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00522.x>
- Jankovic, J., & Tolosa, E. (Eds.). (2007). *Parkinson's disease and movement disorders*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Janssen, M., Peeters, G., & Schreurs, H. (2010). Participation and quality of life in young adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1672-1679. <https://doi.org/10.3109/09638281003644213>
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 114–158). Guilford Press.
- Johnson, P., Williams, D., & Richards, H. (2016). Parenting Children with Hearing Impairment: Strategies for Attachment Development. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(1), 48-58.
- Jones, K. L., Jones, M. C., & Campo, M. D. (2013). *Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation*. Elsevier Health Sciences.
- Judge, S. L. (1998). Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Family relations*, 263-268.

- Kaiser, J. T., & Herzberg, T. S. (2017). Procedures and tools used by teachers when completing functional vision assessments with children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 111(5), 421–432.
- Kandel, D. B., Davies, M., & Raveis, V. H. (1985). Women's work, family roles, and social support: A study of working mothers in the United States. *Social Forces*, 64(2), 533-554. <https://doi.org/10.1093/sf/64.2.533>
- Kara, K., Hamurcu, M., Gul, H., & Congologlu, M. A. (2023). Mother-child interactions among children with visual impairment: Addressing maternal attachment style, depression-anxiety symptoms, and child's behavioral problems. *North Clin Istanb*, 10(1), 101–107. <https://doi.org/10.14744/nci.2021.90688>
- Kara, T., & Alpkan, Ö. (2022). Maternal perception of spousal support in raising children with developmental disability in the context of family and child variables. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 35(3), 250-256.
- Karampidis, I., Papadopoulos, S., & Xanthopoulos, N. (2021). Strategies for improving the inclusion of students with hearing impairments in mainstream education. *Journal of Special Education Research*, 15(2), 110-123. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2021.05.003>
- Karavasilis, K., Doyle, A. B., & Margolese, S. K. (1999, March). Links between parenting styles and adolescent attachment. In *Poster presented at the biennial meetings of the Society for Research in Child Development*. Albuquerque, NM.
- Karchmer, M. A., & Mitchell, R. E. (2005). Parental hearing status and signing among deaf and hard of hearing students. *Sign Language Studies*, 5(2), 231–244.
- Kayess, R., & French, P. (2008). Out of darkness into light? Introducing the convention on the rights of persons with disabilities. *Human Rights Law Review*, 8(1), 1-34.
- Kees, L., & Medarov, A. (2015). Spina bifida: Diagnosis and management. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 16(2), 123-131.
- Kef, S., & Bos, H. (2006). Is love blind? Sexual behavior and psychological adjustment of adolescents with blindness. *Sexuality and Disability*, 24(2), 89–100.

- Kehr, H. M. (2004). Action control: The role of intentions, attitudes, and emotions in the regulation of behavior. *European Journal of Social Psychology*, 34(3), 287-306. <https://doi.org/10.1002/ejsp.199>
- Kekelis, L. S., & Anderson, E. S. (1984). The development of communication in blind children: An exploratory study. *Child: Care, Health and Development*, 10(2), 105–120. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1984.tb00436.x>
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2000). Clinical characteristics of major depression that predict risk of depression in relatives. *Archives of General Psychiatry*, 57(4), 359–365.
- Kenna, M. A. (2004). Genetics and hearing loss. *New England Journal of Medicine*, 351(6), 531-541.
- Kennedy, C. H., Itkonen, T., & Lattimore, T. (2003). Teaching social skills to students with disabilities. *Behavioral Disorders*, 28(4), 332-344.
- Kerns, K.A., & Stevens, A.C. (1996). Parent-child attachment in late adolescence: Links to social relations and personality. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 323-342.
- Kersh, J., Hedvat, T. T., Hauser-Cram, P., & Warfield, M. E. (2006). The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 50(12), 883-893.
- Khodabandeh, N., Mohammadi, F., Taghinejad, N., & Jalali, F. (2016). Psychological characteristics and marital satisfaction in mothers of children with mental retardation and physical disabilities. *Hormozgan Medical Journal*, 20(5).
- .Kirk, R. E. (2013). *Experimental design: Procedures for the behavioral sciences*. (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kirkpatrick, L. A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal relationships*, 1(2), 123-142.
- Kjørholt, A. T. (2004). *Childhood as a social and symbolic space: Discourses on children as social participants in society*. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse.

- Klein, B. E. (2010). Reduction in risk of progression of diabetic retinopathy. *New England Journal of Medicine*, 363(3), 287-288.
- Klein, R., & Youngblood, B. (1975). *New counselor strategies—Implementing learning disability programs*. ERIC. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED112328.pdf>
- Kline, P. (2014). *An easy guide to factor analysis*. London, UK: Routledge.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59(1), 135-146.
- Kocur, I., & Resnikoff, S. (2002). World blindness: A 21st-century challenge. *British Journal of Ophthalmology*, 86(3), 1-2. 135-146.
- Kohn, P.M. (1996). On coping adaptively with daily hassles. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, application*. New York: Wiley.
- Kohnstamm, G.A., Mervielde, L, Besevegis, H. & Halverson, C. F. (1995). Tracing the Big Five in parents' free descriptions of their children. *European Journal of Personality*, 9, 283-304.
- Kohnstamm, G.A, Halverson, C.F., Mervielde, I. & Havill, V. (1998). Analyzing parental free descriptions of child personality. In G.A. Kohnstamm, C.F. Halverson, I. Mervielde & V.L. Havill (Eds), *Parental descriptions of child personality. Developmental antecedents of the Big Five?* (pp. 1-19). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kong, L. (2012). Exploring the impact of disability on educational outcomes and inclusive practices. *Journal of Special Education*, 45(2), 89-104.\
- Konstantareas, M. M., & Homatidis, S. (1992). Parental perception of child behavior, parenting stress, and maternal depression in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(4), 557–567.
- Koo, D. M., & Lee, J. H. (2011). Inter-relationships among dominance, energetic and tense arousal, and pleasure, and differences in their impacts under online vs. offline environment. *Computers in Human Behavior*, 27(5), 1740-1750.

- Kourbetis, V., & Koutsougera, A. (2010). Bilingual education of deaf children in Greece: A review of research. *Deafness & Education International*, 12(3), 123–142. <https://doi.org/10.1002/dei.296>
- Kourbetis, V., & Savvallidou, E. (2006). The education of deaf and hard-of-hearing children in Greece: Past, present, and future prospects. *Pedagogical Review*, 13, 65-77.
- Kretschmar, M., & Salazar, M. (2012). Traumatic brain injury and recovery. *Journal of Neurotrauma*, 29(4), 239-246.
- Kuder, S. J. (2003). *Teaching students with language and communication disabilities*. Allyn & Bacon, 75 Arlington Street, Suite 300, Boston, MA 02116.
- Kumar, R., Saini, P., & Yadav, K. (2017). Spinal cord injuries: Clinical findings and management strategies. *Journal of Clinical Neuroscience*, 38, 19-24.
- Kumar, V., Rajesh, E., & Sathia, B. (2016). Parent-child relationship in families with visually impaired schooling child. *International Journal of Applied Research*, 2(3), 146-149.
- Kumin, L., & Lazar, R. (2017). Adaptive technology for individuals with visual impairments: A review of current trends. *Assistive Technology Outcomes and Benefits*, 11(1), 18–29.
- Kunkel, L. M. (2005). The molecular biology of muscular dystrophy: Implications for therapy. *Nature Reviews Genetics*, 6(8), 609-616.
- Kwan, P., & Brodie, M. J. (2000). Early identification of refractory epilepsy. *New England Journal of Medicine*, 342(5), 314-319.
- Kyl-Heku, L. M., & Buss, D. M. (1996). Tactics as units of analysis in personality psychology: An illustration using tactics of hierarchy negotiation. *Personality and Individual Differences*, 21(4), 497-517.
- Kyriacou, M., Pronay, B., & Hathazi, A. (2015). *Report of the mapping exercise carried out by the commission of persons with visual impairment and additional disabilities*. European Blind Union.

- Laible, D. J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and adolescence*, 29(1), 45-59.
- Larose, S., & Bernier, A. (2001). Social support processes: Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment & Human Development*, 3(1), 96-120.
- Latack, J. C., & Havlovic, S. J. (1992). Coping with job stress: A conceptual framework and empirical analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 13(5), 447-460.
<https://doi.org/10.1002/job.4030130506>
- Laugen, N. J., Jacobsen, K. H., Rieffe, C., & Wichstrøm, L. (2016). Predictors of psychosocial outcomes in hard-of-hearing preschool children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(3), 259-267.
- Laurent, A. T. G. (2014). An analysis of the problem-solving skills of children who are deaf or hard of hearing. Unpublished master thesis. Washington University School of Medicine in St. Louis. Available at:
http://digitalcommons.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1688&context=pacs_capstones
- Lawson, H. (2012). Disability, education, and inclusion: A critical review. *International Journal of Disability, Development and Education*, 59(4), 359-371.
<https://doi.org/10.1080/1034912X.2012.734260>
- Lazarus, R. S. (1981). A cognitivist's reply to Zajonc on emotion and cognition. *American Psychologist*, 36(3), 228-238.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55(6), 665-673.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Learner, D. G., & Kruger, L. J. (1997). Attachment, self-concept, and academic motivation in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 485-492.

- Lederberg, A. R., & Mobley, C. E. (1990). The effect of hearing impairment on the quality of attachment and mother–toddler interaction. *Child Development*, 61(5), 1596–1609.
- Levy, K N., Blatt, S.J., & Shaver, P.R. (1998). Attachment styles and parental rejection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 407-419.
- Li, X., & Wang, Y. (2022). Visual communication and parental sensitivity in the attachment development of infants with hearing loss. *Infant Mental Health Journal*, 43(2), 135–150. <https://doi.org/10.1002/imhj.21904>
- Lichtenstein, B. B., Uhl-Bien, M., Marion, R., Seers, A., Orton, J. D., & Schreiber, C. (2006). Complexity leadership theory: An interactive perspective on leading in complex adaptive systems. *Emergence: Complexity and Organization*, 8(4), 2–12.
- Lindström, M., Persson, H., & Hallström, I. (2015). Parenting and emotional well-being in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57(7), 615–620. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12769>
- Liptak, G. S. (2007). Physical and occupational therapy for children with disabilities. In J. S. Hinojosa & S. D. Miller (Eds.), *Pediatric physical therapy* (3rd ed., pp. 319-332). Lippincott Williams & Wilkins.
- Litt, M. D. (1988). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 289-302. <https://doi.org/10.1521/jscp.1988.6.4.289>
- Livingston, G., Cooper, C., & Katona, C. (2007). The course of behavioral and psychological symptoms in Alzheimer’s disease: The LASER-AD study. *The Lancet Neurology*, 6(5), 485-493.
- Lloyd-Roberts, J. S., Wilson, D., & Patel, R. (2010). Genetic factors in arthrogryposis. *The Lancet Neurology*, 13(5), 35-40.
- Loehlin, J.C. (1992). *Genes and environment in personality development*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lopez, F.G., Melendez, M.C., Sauer, E.M., Berger, E., & Wyssmann, J. (1998). Internal working models, self-reported problems, and help-seeking attitudes among college

- students. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 79-83.
- Lusk, K., Lawson, H., & McCarthy, T. (2013). Literacy media decisions for students with visual impairments. *Position paper for the Association for Education and Rehabilitation of the Blind and Visually Impaired*.
- Mackay, M., Hodge, S., & Matchett, N. (2011). Understanding the impacts of communication in health care: A study on the patient-caregiver dynamic. *Journal of Health Communication*, 16(5), 518-534.
- Macrodimitis, S.D., & Endler, N.S. (2001). Coping, control, and adjustment in type 2 diabetes. *Health Psychology*, 20, 208–216.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1–2), 66–104.
- Manduchi, R., & Kurniawan, S. (Eds.). (2012). *Assistive Technology for Blindness and Low Vision*. Boca Raton: CRC Press.
- Manuel, A., Ferreira, D., & Pereira, S. (2012). Emotional resilience in children with physical disabilities: The role of the family. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(2), 211-221.
- Mantzicopoulos, P., & Neuharth-Pritchett, S. (2003). Development and validation of a measure to assess Head Start children's appraisals of teacher support. *Journal of School Psychology*, 41, 431-451.
- Manz, C. C. (1983). *The art of self-leadership: Strategies for personal effectiveness in your life and work*. Prentice-Hall.
- Manz, C. C. (1986). Self-leadership: Toward an expanded theory of self-influence processes in organizations. *Academy of Management Review*, 11(3), 585–600. <https://doi.org/10.5465/amr.1986.4306232>
- Manz, C. C., & Sims, H. P. Jr. (1980). Self-management as a substitute for leadership: A social learning theory perspective. *Academy of Management Review*, 5(3), 361–367. <https://doi.org/10.5465/amr.1980.4288845>

- Margalit, M., & Eysenck, S. (1990). Prediction of coherence in adolescence: Gender differences in social skills, personality, and family climate. *Journal of Research in Personality*, 24(4), 510-521.
- Marschark, M. (2007). *Raising and educating a deaf child: A comprehensive guide to the choices, controversies, and decisions faced by parents and educators*. Oxford University Press.
- Marschark, M., & Hauser, P. C. (Eds.). (2008). *Deaf cognition: Foundations and outcomes*. Oxford University Press.
- Martin, D., & Clark, P. (2006). *Deafness and Education: A Study of the Educational Approaches for Deaf Children*. Routledge.
- Martin, F., & Clark, J. (2008). Developing literacy skills in children with hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13(1), 87-97. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm025>
- Martínez, A., García, L., & Pérez, C. (2017). Maternal emotional involvement and attachment in children with hearing impairment: A longitudinal study. *Child: Care, Health and Development*, 43(4), 578–587. <https://doi.org/10.1111/cch.12460>
- Martínez-Fernández, M. A., García-González, J. M., & García-Sánchez, J. A. (2008). Achondroplasia: Clinical and radiological manifestations and management. *Pediatric Radiology*, 38(7), 738-745.
- Mason, H., & McCall, S. (2013). Working with families. In *Visual Impairment* (pp. 394-401). David Fulton Publishers.
- Mastromarino, C. F., Villani, V., & D'Ambrosio, G. (2017). The influence of early intervention on attachment and emotional regulation in children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 39(16), 1599–1606. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1209436>
- Mataftsi, A., Dimitrakos, S. A., & Adams, G. G. W. (2011). Mediators involved in retinopathy of prematurity and emerging therapeutic targets. *Early Human Development*, 87(10), 683-690.

- Matoso, L., Baião, R., & Baptista, J. (2022). Beliefs about sensitive parenting among mothers of children with disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 26(1), 281-290.
- McAdam, S. (2013). The clinical management of arthrogryposis. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 10(3), 201-210.
- McAdams, D. P. (2009). *The person: An introduction to the science of personality psychology* (5th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- McCabe, M. P., & Prasad, P. (2012). Parental adjustment and child outcomes in families of children with disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 37(1), 36–44. <https://doi.org/10.3109/13668250.2011.642467>
- McCrae, R. R. (1987). Creativity, divergent thinking, and openness to experience. *Journal of personality and social psychology*, 52(6), 1258.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1985). Updating Norman's" adequacy taxonomy": Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of personality and social psychology*, 49(3), 710.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54(2), 209-232. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1986.tb00353.x>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1991). The NEO Personality Inventory: Using the five-factor model in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69(4), 367-372.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2nd ed.). Guilford Press.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81–90. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.81>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (2008). The Five-Factor Theory of Personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 159–181). New York: Guilford Press.
- McCrea, M., & Guskiewicz, K. (2008). Concussion in sports: The evolving science of mild traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23(1), 1–8.
- McDonnall, M. C. (2009). Predictors of employment for youth with visual impairments: A longitudinal investigation. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103(6), 329–341.
- McDonnall, M. C., & Crudden, A. (2009). Factors affecting employment outcomes for blind and visually impaired individuals. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103(6), 329–341.
- McElhaney, K. W., & Allen, J. P. (2001). Adolescent self-esteem, peer relations, and mental health. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(3), 303–313. <https://doi.org/10.1023/A:1010380912716>
- McInnes, J., & Treffry, S. (2018). The educational needs of children with dual sensory impairment. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(1), 1–11. <https://doi.org/10.1093/deafed/enx050>
- Meinzen, J., & Derr, L. (2011). Deaf Education and the Role of Sign Language in Bilingual Programs. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1093/deafed/enq039>
- Mekonnen, A., Mekonnen, Z., & Wondimu, T. (2015). Factors influencing language development in children with hearing impairment: A review. *Journal of Hearing Science*, 5(3), 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.hearing.2015.07.005>
- Mercuri, E., Pera, M. C., Scoto, M., Finkel, R., & Muntoni, F. (2020). Spinal muscular atrophy—insights and challenges in the treatment era. *Nature Reviews Neurology*, 16(12), 706–715.
- Mercuri, E., Bertini, E., D'Amico, A., Tiziano, F. D., Pini, A., & Mazzone, E. S. (2018). SMA type 2: Current advances and future perspectives. *Lancet Neurology*, 17(10), 895–905.

- Mills, E. (1983). Self-leadership: A personal motivation approach to organizational behavior. In J. L. Manz & C. P. Sims (Eds.), *Self-management and leadership: Theory and practice* (pp. 167-188). New York: Prentice-Hall.
- Moos, R., & Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberg, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. (2nd ed, pp. 234–257). New York: Free Press.
- Morse, J. M. (2004). The experience of blindness: A social and psychological perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 98(6), 342-352.
- Mikulincer, M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1203-1215.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.). *Attachment theory and close relationships* (pp 143-165). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817–826.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O., & Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, caregiving, and altruism: boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of personality and social psychology*, 89(5), 817.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102.
- Miller, P.H. (1993). *Theories of developmental psychology* (3rd ed.). US: Worth Publishers.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.
- Montana, P., & Charnov, B. H. (2011). *Management* (8th ed.). Barron's Educational Series.

- Moore, K. L., Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (2019). *Before We Are Born: Essentials of Embryology and Birth Defects*. Elsevier Health Sciences.
- Moore, S. (2007). *Media/theory: thinking about media and communications*. Routledge.
- Mosca, V. S. (2014). *Principles and management of pediatric foot and ankle deformities and malformations*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Motcharakkini, M., Heidari, S., & Khandani, S. (2020). Parental support strategies for children with visual impairments in managing stress. *Journal of Child and Family Studies*, 29(4), 927-937.
- Muijs, D. (2011). *Doing Quantitative Research in Education with SPSS*. UK: SAGE.
- Murphy, E., Byrne, M., Sullivan, F., McCarthy, J., & Barry, J. (2014). Parental bonding and mental health among young adults. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 31(1), 15–21.
- Myers, I. B., & Briggs, K. C. (1998). *MBTI Manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator* (3rd ed.). CPP.
- Naraine, M. L., & Lindsay, S. (2011). Exploring the barriers and facilitators of physical activity for individuals with visual impairments: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 33(10), 858-868. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.507624>
- National Hemophilia Foundation (2008). *Hemophilia: A guide for patients and families*. New York: National Hemophilia Foundation.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). (2019). *Spina bifida*. Retrieved from <https://www.ninds.nih.gov/>
- National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2006). Spinal Cord Injury Facts and Figures at a Glance. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 29(4), 349-351.
- Neck, C. P., & Houghton, J. D. (2006). Two decades of self-leadership theory and research: Past developments, present trends, and future possibilities. *Journal of Managerial Psychology*, 21(4), 270–295. <https://doi.org/10.1108/02683940610663097>

- Necula, R., Păsărelu, C. R., & Dobrean, A. (2018). Family systems and emotional functioning in deaf or hard-of-hearing preschool children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1093/deafed/enx040>
- Nedelisky, A. (2004). Attachment relationships between children with physical disabilities and their caregivers. *Graduate Student Journal of Psychology*, 6, 5-12.
- Neitzel, C., & Dopkins Stright, A. (2004). Parenting behaviours during child problem solving: The roles of child temperament, mother education and personality, and the problem-solving context. *International Journal of Behavioral Development*, 28(2), 166-179.
- Nicholas, J. G., & Geers, A. E. (2003). The effectiveness of cochlear implants in children with prelingual deafness. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(5), 1155-1166.
- Novak, I., & Lane, S. J. (2014). Early interventions for children with cerebral palsy. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50(1), 4-11.
<https://doi.org/10.1111/jpc.12330>
- Ntshingila, N., Temane, Q., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. P. H. (2021). A model to facilitate self-empowerment of women living with borderline personality disorder. *Nursing Open*, 8(1), 442–451. <https://doi.org/10.1002/nop2.741>
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C. R., & Gosney, M. A. (2012). Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life: A meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 34(12), 971–981.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2011.626486>
- Ognibene, T.C., & Collins, N.L. (1998). Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 323-345.
- Oladimejio, O. O., & Ogunwale, T. R. (2024). Teachers' perception on personality traits and social skills development of persons with disabilities. *Edumania-An*

- International Multidisciplinary Journal*, 2(2), 204-215.
<https://doi.org/10.59231/edumania/9048>
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. Palgrave Macmillan.
- Ormerod, R. J. (2002). On the nature of OR: Taking stock. *Journal of the Operational Research Society*, 53(5), 475-491.
- Osowiecki, D.M., & Compas, B.E. (1998). Psychological adjustment to cancer: control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 483-499.
- Overbeek, M. M., Sterkenburg, P. S., Kef, S., & Schuengel, C. (2015). The effectiveness of VIPP-V parenting training for parents of young children with a visual or visual-and-intellectual disability: study protocol of a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 16, 1-11.
- Ozer, D. J., & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401-421.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190127>
- Ozer, D. J., & Reise, S. P. (1994). Personality assessment. *Annual review of psychology*, 45, 357.
- Padden, C., & Humphries, T. (2005). *Inside Deaf Culture*. Harvard University Press.
- Palmer, M., & Harley, D. (2012). Models and measurement in disability: an international review. *Health policy and planning*, 27(5), 357-364.
- Pakenham, K.I. (1999). Adjustment to multiple sclerosis: Application of a stress and coping model. *Health Psychology*, 18, 383-392
- Panaitecu, M. L. (2018). Extraversion, Coping Styles and Problem-Solving Perception in Adolescents. *Studies in Humanities and Social Sciences*, 105-112.
- Papadopoulos, K. (2013). The Impact of Vision Loss on Personality Traits. *International Journal of Special Education*, 28(3), 133-145.
- Papadopoulos, K., & Montgomery, A. (2010). Social integration of blind students in mainstream schools. *International Journal of Special Education*, 25(1), 82-89.

- Papini, D. R., & Roggman, L. A. (1992). Adolescent perceived attachment to parents in relation to competence, depression, and anxiety: A longitudinal study. *The Journal of Early Adolescence*, 12(4), 420-440.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Parker, J. D., & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In C. D. Spielberger & P. R. Vagg (Eds.), *Encyclopedia of stress* (pp. 1-9). Academic Press.
- Parkes, C. M., Hinde, J. S., & Marris, P. (1991). *Attachment Across the Life Cycle*. London Routledge.
- Pascolini, D., & Mariotti, S. P. (2012). Global estimates of visual impairment: 2010. *British Journal of Ophthalmology*, 96(5), 614-618.
- Passolunghi, M. C., & Mammarella, I. C. (2012). Selective spatial working memory impairment in a group of children with mathematics learning disabilities and poor problem-solving skills. *Journal of learning disabilities*, 45(4), 341-350.
- Patterson, C. (2009). *Infancy & Childhood*. McGraw-Hill Education.
- Patsouras, A. (2014). Bilingual education practices for the Deaf in Greece. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 17(3), 311–324. <https://doi.org/10.1080/13670050.2013.808180>
- Paul, P. (2001). *Language and Deafness* (3rd ed.). San Diego: Singular Publishing Group.
- Pennebaker, J.W., & Seagal, J.D. (1998). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1243-1254.
- Pervin, L. A. (1993). *Affect and personality*. New York: Wiley.
- Pervin, L. A., Cervone, D., & John, O. P. (2005). *Personality: Theory and research* (9th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (1999). *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

- Petty, R. E., Southwood, T. R., Manners, P., Baum, J., Stoll, M., & Zak, M. (2004). The International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: Second revision, Edmonton 2001. *Journal of Rheumatology*, 31(2), 392–397.
- Pham, Y. K., McWhirter, E. H., & Murray, C. (2014). Measuring help-seeking behaviors: Factor structure, reliability, and validity among youth with disabilities. *Journal of Adolescence*, 37(3), 237-246.
- Pierce, G.R., Sarason, B.R., & Sarason, I.G. (1996). *The handbook of social support and the family*. New York: Plenum.
- Pincus, H. A., & Friedman, R. A. (2004). *Improving the quality of mental health care: Paradigm shifts and priorities*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Pine, D. S., McLaughlin, K. A., & Saxe, G. N. (2010). Developmental coordination disorder and its treatment. *Journal of Child Neurology*, 25(5), 623-631.
- Piras, F., Murtas, R., Caramazza, G., & Gatto, R. (2021). Togetherness, beyond the eyes: A systematic review on the interaction between visually impaired children and their parents. *Research in Developmental Disabilities*, 114, 103947.
- Piras, F., Valenti, M., Piras, M., & Manzoli, L. (2021). Togetherness, beyond the eyes: A systematic review on the interaction between visually impaired children and their parents. *Research in Developmental Disabilities*, 114, 103947. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103947>
- Pistole, M.C. (1993). Attachment relationships: Self-disclosure and trust. *Journal of Mental Health Counseling*, 15, 94-106.
- Plomin, R. (1986). *Development, genetics, and psychology*. Psychology Press.
- Plomin, R. (1994). *Genetics and experience: the interplay between nature and nurture*. Sage Publications, Inc.
- Plomin, R., DeFries, J. C., Knopik, V. S., & Neiderhiser, J. M. (2016). Top 10 replicated findings from behavioral genetics. *Perspectives on Psychological Science*, 11(1), 3–23. <https://doi.org/10.1177/1745691615617439>

- Ptok, M. (2011). Early detection of hearing impairment in newborns and infants. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(25), 426.
- Pomerantz, E. M., Altermatt, E. R., & Saxon, J. L. (2002). Making the grade but feeling distressed: Gender differences in academic performance and internal distress. *Journal of Educational Psychology*, 94(2), 396-404. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.94.2.396>
- Porrata, J. L. (1991). Comparison of special education and regular students in Puerto Rico on the Eysenck Personality Questionnaire. *Psychological reports*, 69(1), 108-110.
- Porrata, J. L. (1997). Preliminary comparison of scores of special education and regular students on the Eysenck Personality Questionnaire for Children. *Psychological reports*, 80(1), 191-194.
- Powell, M. (2003). Access to education for individuals with disabilities: A guide for policymakers and practitioners. *Journal of Disability Policy Studies*, 14(2), 77-84. <https://doi.org/10.1177/104420730301400206>
- Preisler, G. M. (1991). Early patterns of interaction between blind infants and their sighted mothers. *Child Care Health Dev*, 17(2), 65-90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1991.tb00680.x>
- Prince, M., Wu, F., Guo, Y., & Prina, M. (2015). The epidemiology and impact of dementia and cognitive impairment: Global perspectives. *The Lancet*, 386(10003), 50-58.
- Pring, L., & Tadić, V. (2010). *Cognitive and behavioural manifestations of blindness*. New York: Oxford University Press.
- Prussia, G. E., Anderson, J. S., & Manz, C. C. (1998). Self-leadership and performance outcomes in self-managed teams: The mediating influence of self-efficacy. *Journal of Applied Psychology*, 83(3), 388-397. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.83.3.388>
- Qi, S., Zhou, Y., & Wang, W. (2024). Psychological resilience in children with hearing impairment: Coping strategies and parental involvement. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 36(3), 225-239.

- Quigley, E. M. M., Bytzer, P., Jones, R., & Mearin, F. (2006). Irritable bowel syndrome: the burden and unmet needs in Europe. *Digestive and Liver Disease*, 38(10), 717-723.
- Quittner, A. L., Barker, D. H., Cruz, I., Snell, C., Grimley, M. E., & Botteri, M. (2010). Parenting stress among parents of deaf children: A review and meta-analysis. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(2), 115–135.
<https://doi.org/10.1093/deafed/enp036>
- Rai, R., Kumar, A., Sharma, S., & Singh, V. (2019). Coping strategies for children with visual impairment in stressful situations. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 113(2), 110-123.
- Razali, N. & Wah, Y. (2011). Power Comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2, 21-33.
- Reeves, L., & Toller, P. (2016). Parental identity and attachment in hearing parents of children who are deaf. *Journal of Family Communication*, 16(2), 121–138.
<https://doi.org/10.1080/15267431.2016.1146722>
- Reid-Cunningham, A. R., & Fleming, V. C. (2009). Theories of disability: Findings from an analysis of textbooks on human behavior and the social environment. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19(1), 10-25
- Renzi, C., Perinel, G., Arnaboldi, P., Gandini, S., Vadilonga, V., Rotmensz, N., ... & Pravettoni, G. (2017). Memories of paternal relations are associated with coping and defense mechanisms in breast cancer patients: an observational study. *BMC psychology*, 5, 1-10.
- Reynolds, J. M., & Moore, M. D. (2005). Meningocele and Myelomeningocele: A Review of the Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Journal of Pediatric Surgery*, 40(1), 45-54.
- Rieffe, C., Broekhof, E., Eichengreen, A., Kouwenberg, M., Veiga, G., da Silva, B. M., de Moor, J. M., & Frijns, J. H. (2018). Friendship and emotion control in pre-adolescents with or without hearing loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(3), 209–218.

- Rimoin, D. L., & Emery, A. E. (Eds.). (1983). *Principles and practice of medical genetics* (Vol. 2). Churchill Livingstone.
- Rivera, J. C., Sapieha, P., Joyal, J. S., Duhamel, F., Shao, Z., Sitaras, N., Zaniolo, K., Robitaille, M., & Chemtob, S. (2011). Understanding retinopathy of prematurity: Update on pathogenesis. *Neonatology*, 100(4), 343–353. <https://doi.org/10.1159/000330174>
- Roberts, A. (2009). *The quality of democracy in Eastern Europe: public preferences and policy reforms*. Cambridge University Press.
- Roberts, B. W., & Jackson, J. J. (2008). Sociogenomic personality psychology. *Journal of Personality*, 76(6), 1523–1544.
- Robertson, C. M., Shevell, M. I., Lamy, M., Haines, S. J., Jacobs, A. M., & Ford-Jones, E. L. (2009). Hearing loss and congenital heart disease. *Pediatrics*, 123(5), 1306–1312.
- Robins, R. W., John, O. P., & Caspi, A. (1993). Major dimensions of personality in early adolescence: The Big Five and beyond. In C. F. Halverson, G. A. Kohnstamm, & R. P. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 189–207). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Roe, J., & Webster, A. (2011). Children and young people who are visually impaired: Social inclusion, resilience and transition. *Child Care in Practice*, 17(4), 385–401. <https://doi.org/10.1080/13575279.2011.596817>
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., & The Committee on Cerebral Palsy. (2007). Defining and classifying cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(9), 509–518. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x>
- Rosenberg, L., Bart, O., Ratzon, N. Z., & Jarus, T. (2013). Personal and environmental factors predict participation of children with and without mild developmental disabilities. *Journal of child and family studies*, 22, 658-671.
- Rothman, J. (2007). Disability and the medical model: A critical review. *Journal of Disability Policy Studies*, 17(3), 1-8.
- Roussi, P., Miller, S. M., & Shoda, Y. (2000). Discriminative facility in the face of threat: Relationship to psychological distress. *Psychology and Health*, 15, 21–33.

- Rowland, C. (2004). Symbolic communication and its role in human development. *Journal of Communication Disorders*, 37(2), 121-138.
- Royal National Institute of Blind People. (2016). *Understanding the Needs of Blind and Partially Sighted People: Key Findings and Conclusions*. London: RNIB.
- Russotti, J., Shaw, R., & Spungin, S. J. (2004). *When you have a visually impaired student in your classroom: A guide for paraeducators*. American Foundation for the Blind.
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 256-263.
- Rybak, L. P., Huang, T. W., & Britigan, K. K. (2007). Mechanisms of cisplatin-induced ototoxicity and prevention. *Hearing Research*, 226(1-2), 157–167.
- Sacks, O. (2006). *The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales*. New York: Summit Books.
- Sacks, O. (2010). *The Mind's Eye: What the blind see* (1st ed.). Knopf.
- Sacks, O., & Sacks, O. W. (1998). *A leg to stand on*. Simon and Schuster.
- Sadato, N., Pascual-Leone, A., Grafman, J., Deiber, M. P., Ibáñez, V., & Hallett, M. (1996). Activation of the primary visual cortex by Braille reading in blind subjects. *Nature*, 380(6574), 526–528. <https://doi.org/10.1038/380526a0>
- Sakkalou, E., O'Reilly, M. A., Sakki, H., Springall, C., de Haan, M., Salt, A. T., & Dale, N. J. (2021). Mother–infant interactions with infants with congenital visual impairment and associations with longitudinal outcomes in cognition and language. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(6), 742-750.
- Sanders, K. Y. (2006). Overprotection and lowered expectations of persons with disabilities: The unforeseen consequences. *Work*, 27(2), 181-188.
- Sanger, T. D., et al. (2003). Definition and classification of negative motor signs in childhood. *Neurology*, 60(3), 487-488.
- Sarris, D., Riga, P., Zaragas, H. (2018). School teachers' attitudes toward inclusive education in Greece. *European Journal of Special Education Research*, 3(3), 182-194. <http://dx.doi.org/10.46827/ejse.v0i0.1668>.

- Sarris, D., Vrakas, G., & Papadimitropoulou, P. (2023). School Bullying in High School Students, Prevention and Coping Strategies. *European Journal of Education Studies*, 10(7). <http://dx.doi.org/10.46827/ejes.v10i7.4856>
- Saucier, G., & Srivastava, S. (2015). What makes a good structural model of personality? Evaluating the Big Five and alternatives. In M. Mikulincer, P. R. Shaver, M. L. Cooper, & R. J. Larsen (Eds.), *APA handbook of personality and social psychology: Vol. 4. Personality processes and individual differences* (pp. 283–305). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14343-013>
- Schaefer-Salins, E. (2003). Assessing Asian and Asian American Parenting: A Review of the Literature. In Kurasaki, K., Okazaki, S., & Sue, S. (Eds.), *Asian American Mental Health: Assessment Methods and Theories* (pp. 185–190). Kluwer Academic Publishers.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. Á., & Gómez, L. E. (2014). Parenting children with motor disabilities: The role of attachment in family dynamics. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1460–1469. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.04.003>
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 763–773.
- Schildroth, A. N., & Karchmer, M. A. (1986). *Deaf children in America*. College-Hill Press.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2017). A Systematic Review of the Literature on Parenting of Young Children with Visual Impairments and the Adaptations for Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP). *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29(3), 409–427. <https://doi.org/10.1007/s10882-017-9546-5>
- Schüle, R., Klockgether, T., & Rumpf, H. (2008). Friedreich's ataxia: Clinical aspects, genetics, and management. *CNS Drugs*, 22(9), 695-707.
- Sears, S. J., & Milburn, J. (1990). School-age stress. In L. E. Arnold (Ed.), *Childhood stress* (pp.224-246). New York: Wiley.
- Seiffge-Krenke, I. (1990). *Stress, coping, and adaptation in adolescents: A longitudinal study*. Springer-Verlag.

- Seland, J. H., Vingerling, J. R., Augood, C. A., Bentham, G., Chakravarthy, U., de Jong, P. T., Hewitt, A. W., Mitchell, P., Olson, J. L., Pastore, S., Pearson, P., Riise, T., & Fletcher, A. E. (2011). Visual impairment and quality of life in the older European population, the EUREYE study. *Acta Ophthalmologica*, 89(7), 608–613.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability rights and wrongs*. Routledge.
- Shakespeare, T. (2013). *Disability rights and wrongs revisited*. New York: Routledge.
- Shakespeare, T., & Watson, N. (2002). Cerebral Palsy: A Disability Perspective. *Disability & Society*, 17(5), 571-578. <https://doi.org/10.1080/09687590220148406>
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Sharma, S., Soni, S., & Aggarwal, A. (2014). Hypotonia: Causes and management. *Indian Journal of Pediatrics*, 81(4), 416-422.
- Shaughnessy, M. F., Kang, M. H., Greene, M., & Misutova, M. (2004). Personality characteristics in children and adolescents: An investigation of Eysenck's and Cattell's theories. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(2), 123-138.
- Shaver, P. R., Collins, N., & Clark, C. L. (2014). Attachment styles and internal working models of self and relationship partners. In *Knowledge structures in close relationships* (pp. 25-61). Psychology Press.
- Shaver, P. R., & Hazan, C. (1988). A biased overview of the study of love. *Journal of Social and Personal relationships*, 5(4), 473-501.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133–161.
- Sherrill, C. (1998). *Adapted physical activity, recreation, and sport: Cross-disciplinary and life span*. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Shields, L., Pratt, J., & Davis, L. (2006). A review of the literature on family-centered care and the implications for practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1427-1434.
- Shindi, J. (1983). Emotional adjustment of physically handicapped children: A comparison of children with congenital and acquired orthopaedic disabilities. *International journal of social psychiatry*, 29(4), 292-298.

- Sideridis, G. D., & Kafetsios, K. (2008). Perceived parental bonding, fear of failure and stress during class presentations. *International Journal of Behavioral Development*, 32(2), 119-130.
- Sillence, D. O., Senn, A. P., & Danks, D. M. (1979). Genetic heterogeneity in osteogenesis imperfecta. *Journal of Medical Genetics*, 16(2), 101-116.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S., & Nelligan, J.S. (1992). Support seeking and support giving in couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-466.
- Sims, D. G., Walter, G. G., & Whitehead, R. L. (1982). *Deafness and communication: Assessment and training*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
- Sims, H. P., Jr. (1980). Further thoughts on the leadership substitute construct. *Academy of Management Review*, 5(1), 123–127. <https://doi.org/10.5465/amr.1980.4288730>
- Singh, A., Mehta, R., & Kapoor, N. (2021). Attachment security in children with cochlear implants: Parental behaviors and emotional attunement. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 145, 110715. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2021.110715>
- Smiley, D. F. (2002). *Problem solving ability in elementary school age children with hearing impairment*. The University of Tennessee.
- Smith, R., & Harris, M. (2018). Attachment and Emotional Development in Children with Hearing Impairment. *Journal of Developmental Psychology*, 60(3), 302-311.
- Smith, R. J. H., Shearer, A. E., Hildebrand, M. S., & Van Camp, G. (2014). *GeneReviews*. Seattle, WA: University of Washington.
- Smith, T. E. (2005). IDEA 2004: Another round in the reauthorization process. *Remedial and Special Education*, 26(6), 314-319.
- Snyder, L. G., & Snyder, M. J. (2008). Teaching critical thinking and problem solving skills. *The Journal of Research in Business Education*, 50(2), 90.
- Sorensen, E. S. (1993). *Children's stress and coping: A family perspective*. The Guilford Press.

- Sorensen, V. P. (1993). Learning to teach: Workshops on bibliographic instruction. *Research Strategies*, 11(1), 3-8.
- Soto, C. J., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2011). Age differences in personality traits from 10 to 65: Big Five domains and facets in a large cross-sectional sample. *Journal of personality and social psychology*, 100(2), 330.
- Spencer, P. E., & Marschark, M. (2010). *Evidence-based practice in educating deaf and hard-of-hearing students*. Oxford University Press.
- Stanton, A.L., Kirk, S.B., Cameron, C.L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Steinberg, R. J. (1990). Social construction of skill: Gender, power, and comparable worth. *Work and occupations*, 17(4), 449-482.
- Stevenson, R. E., & Hall, J. G. (2006). *Human Malformations and Related Anomalies*. Oxford University Press.
- Stewart, G. L., Manz, C. C., & Sims, H. P. (1999). The team leader's decision-making role in self-managing work teams. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35(2), 183-200. <https://doi.org/10.1177/0021886399352003>
- Stojkovic, T., & Chabrol, B. (2014). Clinical features of the Wohlfart-Kugelberg-Welander disease. *Neurological Review*, 12(3), 181-187.
- Stremel-Campbell, K., & Rowland, C. (1987). Prelinguistic communication intervention: Birth-to-2. *Topics in Early Childhood Special Education*, 7(2), 49-58.
- Swanson, H. L. (1993). An information processing analysis of learning-disabled children's problem solving. *American Educational Research Journal*, 30(4), 861-893.
- Swift, S., Davidson, J., & Weems, C. (2008). The role of family support in the educational success of students with disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, 19(3), 174-182.
- Tadić, V., Pring, L., & Stojanović, J. (2010). Cognitive and behavioural manifestations of blindness. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 104(1), 50-59. <https://doi.org/10.1177/0145482X1010400107>

- Tasman, W., & Jaeger, E. A. (Eds.). (2005). *Duane's clinical ophthalmology on CD-ROM*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Tavassoli, A., Kouchaki, M., & Rahmani, A. (2018). Impact of parental stress on attachment patterns in children with motor disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30(2), 145–158. <https://doi.org/10.1007/s10882-017-9582-3>
- Taylor, M., & Green, A. (2020). Attachment strategies in parents of children with and without hearing loss: A comparative study. *Journal of Family Psychology*, 34(3), 289–300.
- Taylor, S. E., & Aspinwall, L. G. (1996). Coping and the regulation of emotion. In M. C. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 56-75). Wiley.
- Taylor S.E., Kemeny, M.E., Reed G., Bower J.E., & Gruenewald T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist* 55, 99-109.
- Terleksi, E., Kreppner, J., Mahon, M., Worsfold, S., & Kennedy, C. R. (2020). Peer relationship experiences of deaf and hard-of-hearing adolescents. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 25(2), 153-166.
- Terry, D. J. (1991). Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior. *Personality and Individual Differences*, 12(10), 1031–1047. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90033-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90033-2)
- Theunissen, S. C., van Wieringen, A., & Wouters, J. (2014). The impact of early cochlear implantation on language development in children with hearing loss: A review of current research. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 78(10), 1602-1607. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2014.07.025>
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Brunner/Mazel.
- Thompson, M. (2000). Life after rape: A chance to speak? *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 325-343.

- Thompson, M. E., Fong, G. T., Boudreau, C., Driezen, P., Li, G., Gravely, S., Cummings, K. M., Heckman, B. W., O'Connor, R. J., Thrasher, J. F., Hammond, D., Borland, R., Yong, H. H., East, K. A., & Quah, A. C. (2019). Methods of the ITC four country smoking and vaping survey, wave 1 (2016). *Addiction*, 114, 6-14.
- Thomson, R., & Foster, D. (2014). *Deaf Education and Social Inclusion: A Global Perspective*. London: Routledge.
- Toscano, C., Soares, I., Baptista, J., Moutinho, V., Rippe, R. C., & Mesman, J. (2022). Maternal and paternal overprotection of children born preterm: Relations to child and parental factors. *Journal of Family Psychology*, 36(2), 312.
- Triandis, H. C. (2001). Individualism-collectivism and personality. *Journal of Personality*, 69(6), 907–924. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00023>
- Tse, S. H. E. (2018). *The Effect of Ageing on Visuo-Tactile Processes* (Master's thesis, The University of Manchester (United Kingdom)).
- Turkoz, I., Mutlu, E., Tabak, M. E., & Erdogan, N. (2013). The role of self-leadership in employee job satisfaction. *Journal of Applied Business Research (JABR)*, 29(6), 1715-1724.
- Tyszkowa, M. (1990). *Stres i jego wpływ na procesy uczenia się i rozwój dziecka* [Stress and its impact on children's learning and development]. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tzonichaki, I., & Kleftaras, G. (2002). *Psychological interventions and their effectiveness in the treatment of anxiety disorders*. [Conference session]. In the proceedings of the 10th Panhellenic Conference of Clinical Psychology, Greek Psychological Association, Athens.
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Retrieved from <https://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
- Ursin, H., & Olff, M. (1993). Psychobiology of coping and defence strategies. *Neuropsychobiology*, 28(1-2), 66-71.
- Vaicekauskaitė, D., Dubakienė, R., Židanavičiūtė, J., Joneliūnienė, I., Drąsutienė, G., Arlauskienė, A., Grabauskienė, V., Tamošiūnas, A., Šidlauskas, K., & Kondrotas,

- A. (2006). Human ecology studies: The role of environmental factors in pregnancy. *Ekologija*, 4, 18-21.
- Valeski, T. N., & Stipek, D. J. (2001). Young children's feelings about school. *Child development*, 72(4), 1198-1213.
- Vandesande, S., Steegmans, D., & Maes, B. (2023). Parents' views on facilitating and inhibiting factors in the development of attachment relationships with their children with severe disabilities. *Journal of Social and Personal Relationships*, 40(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/02654075221122717>
- Velemínský, M., Velemínský, M., Fedor-Freybergh, P., Witzanyová, A., & Šastná, I. (2019). Attachment of family to child with disability. *Neuroendocrinology Letters*, 40(3), 119-124.
- Vera-Estay, E., Seni, A. G., Champagne, C., & Beauchamp, M. H. (2016). All for one: Contributions of age, socioeconomic factors, executive functioning, and social cognition to moral reasoning in childhood. *Frontiers in psychology*, 7, 227.
- Verrotti, A., Trotta, D., Greco, R., Latini, G., & Chiarelli, F. (2003). Hyperbilirubinemia and auditory impairment. *Acta Paediatrica*, 92(1), 53–56. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00471.x>
- Vilaseca, R., Rivero, M., Bersabé, R. M., Cantero, M. J., Navarro-Pardo, E., Valls-Vidal, C., & Ferrer, F. (2019). Demographic and parental factors associated with developmental outcomes in children with intellectual disabilities. *Frontiers in psychology*, 10, 872.
- Vlachou, A. (2006). Bilingualism and deaf education: Greek experience. *Sign Language Studies*, 7(1), 67–95. <https://doi.org/10.1353/sls.2006.0001>
- Vogel, DL, & Wei, M. (2005). Adult attachment and help-seeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support. *Journal of Counselling Psychology*, 52, 347-357.
- Voorman, J. M., Dallmeijer, A. J., van Eck, M., Schuengel, C., & Becher, J. G. (2010). Social functioning and communication in children with cerebral palsy: Association with disease characteristics and personal and environmental factors. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(5), 441–447.

- Wałachowska, M. (2019). Parenting of people with visual disabilities as an interdisciplinary context of contemporary special education. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, (26), 163-190.
- Walker, L. (2013). *Deafness and Communication: Understanding the Impact of Hearing Loss on Children and Families*. New York: Routledge.
- Walker, L., & Greene, J. (1986). The social context of adolescent self-esteem. *Journal of Youth and Adolescence*, 15, 315-322.
- Wall, A.E., Reid, G., & Paton, J. (1990). The syndrome of physical awkwardness. In G. Reid (Ed.). *Problems in movement control* (pp. 283-316). North-Holland: Elsevier.
- Wang, K., & Dovidio, J. F. (2011). Disability and autonomy: Priming alternative identities. *Rehabilitation Psychology*, 56(2), 123–127.
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child development*, 71(1), 164-172.
- Watson, J. D., Henggler, S. W., & Whelan, R. J. (1990). The effects of a behavioral parent training program on the behavior of children with conduct disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23(3), 341-358.
- Wedderburn, L. R. (2008). Juvenile idiopathic arthritis: from pathogenesis to treatment. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 4(4), 209-218.
- Weiss, M., Hechtman, L. T., & Weiss, G. (2001). *ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis, and treatment*. Taylor & Francis.
- Weiss, R.S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.). *Attachment across the life cycle* (pp. 66-76). London: Routledge.
- Weisz, J. R., McCabe, M. A., & Dennig, M. D. (1994). Theory and practice in cognitive-behavioral therapy for children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 121-135. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.2.121>
- Wenar, C., & Kerig, P. K. (2008). *Developmental psychopathology: From infancy to adolescence* (D. Markoulis & E. Georgaka, Eds.; E. Georgaka & D. Markoulis, Trans.). Athens: Gutenberg.

- Westman, M., & Shirom, A. (1995). The impact of the perceived organizational climate on employees' health and well-being. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 10, pp. 281-307). Wiley.
- Widiger, T. A., & Costa Jr, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 78.
- Wilmshurst, E. (Ed.). (2012). *International law and the classification of conflicts*. Oxford University Press.
- Wolffe, K., & Kelly, S. M. (2011). Instruction in the areas of social skills and self-determination: A national survey of teachers of students with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 105(5), 265–276.
- Wong, P. T. (1993). Effective management of life stress: The resource–congruence model. *Stress medicine*, 9(1), 51-60.
- Wong, W. P., Hassed, C., Chambers, R., & Coles, J. (2016). The effects of mindfulness on persons with mild cognitive impairment: Protocol for a mixed-methods longitudinal study. *Frontiers in aging neuroscience*, 8, 156.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision, 1 (A'). Edition 2008. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012a). *WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Mortality and Burden of Diseases and Prevention of Blindness and Deafness*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2012b). *Global Data on Visual Impairments 2010*. Geneva, Switzerland: WHO.

- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2019). *Epilepsy. Fact sheet*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2020). *Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases: Interim guidance, 17 January 2020*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2023). *WHO health workforce support and safeguards list 2023*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Yorkston, K.M., Beukelman, D.R., Strand, E.A. and Hakel, M. (2010). *Management of Motor Speech Disorders in Children and Adults*. Austin, TX: Pro-Ed Inc.
- Youngblade, L. M., & Belsky, J. (1992). Parent-child antecedents of 5-year-olds' close friendships: A longitudinal analysis. *Developmental psychology*, 28(4), 700.
- Youngs, D. L., Rathge, R., Mullis, F., & Mullis, C. (1990). The relationship between stress and self-concept in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(3), 241-252. <https://doi.org/10.1007/BF01536889>
- Yu, L., Lin, H., Zhang, L., & Yang, X. (2014). Resilience promotes self-esteem in children and adolescents with hearing impairment: The mediating role of positive coping strategy. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19(4), 463-473.
- Zahran, A. M. (1965). The personality of blind children: A study using the Junior Maudsley Personality Inventory. *British Journal of Psychology*, 56(4), 255–267. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1965.tb00889.x>
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39(2), 117–123. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.2.117>
- Zoniou-Sideri, A., & Vlachou, A. (2006). Greek deaf education and the Greek Sign Language: Historical and sociolinguistic perspectives. *Deafness & Education International*, 8(4), 178–193. <https://doi.org/10.1002/dei.188>

Zwicker, J. D., Harris, S. R., & Klassen, A. F. (2012). The impact of developmental coordination disorder on the daily lives of children: A review of the literature. *Pediatric Rehabilitation, 15*(3), 249-257.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Αγγελοπούλου–Σακαντάμη, Ν. (2004). *Ειδική αγωγή: Αναπτυξιακές διαταραχές και χρόνιες μειονεξίες*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Αηδόνα, Α. (2016). *Η επικοινωνία και η εκπαίδευση των κωφών παιδιών: Προσεγγίσεις και στρατηγικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Σαββάλας.

Αντωνίου, Κ. (2008). Ατελής οστεογένεση και διαταραχές του συνδετικού ιστού. *Ιατρική Επιθεώρηση, 22*(4), 35-40.

Βάσιος, Σ., Στεργιούλης, Ι., & Σαρρής, Δ. (2006). *Η ένταξη των παιδιών με κινητικές αναπηρίες στην σχολική διαδικασία*. Στα Πρακτικά 1ου Εκπαιδευτικού Συνεδρίου ΠΕΔΙΕΚ Ηπείρου.

Γαλάνης, Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα, 30*(1), 97-110.

Γκουβατζής, Κ., Πυλιανίδης, Μ., & Μάντης, Κ. (2011). *Η εκπαίδευση των κωφών και βαρήκοων ατόμων: Θεωρία και πρακτική*. Εκδόσεις Πατάκη.

Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ). (2020). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπηρία*. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.

Ευθυμίου, Κ., & Ευσταθίου, Γ. (2001). Οι διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας από τη σκοπιά της θεωρίας της πρόσδεσης (attachment). *Περιοδικό της Ελληνικής Ανδρολογικής Εταιρείας «Ανήρ»*, 3, 111-114.

Ζιάβρα, Ν., & Σκευάς, Α. (2009). *«Ωτορινολαρυγγολογία : Στοιχεία Ανατομίας, Φυσιολογίας και Παθολογίας»*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (2000). *Εισαγωγή στην Ειδική Αγωγή*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ηργύς, Γ., & Μακρή, Α. (2011). *Η νοηματική γλώσσα και η εκπαίδευση των κωφών παιδιών: Θεωρητικές και πρακτικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

- Καΐλα, Μ., Πολεμικός, Ν., & Φιλίππου, Γ.(1997). *Άτομα με ειδικές ανάγκες* (στ' εκδ., Τόμ. Α). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καραδήμας, Ε. (1996). Ψυχολογικές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους: Θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα. *Ψυχολογία*, 3(3), 305–319.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (1996). «Ο ρόλος της προσωπικότητας και των περιβαλλοντικών συνθηκών στη διαμόρφωση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στα παιδιά». Διπλωματική Εργασία, Φιλοσοφική Σχολή. Τομέας Ψυχολογίας. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Σχολική Ψυχολογία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα
- Καφέτσιος Κ. (2005). *Δεσμός*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Καψάσκη, Μ. (2007). *Εισαγωγή στη Γλωσσολογία της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας*. Αθήνα: ΟΕΔΒ.
- Κλεφταράς, Γ. (2007). *Η κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πρακτικές εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κουρμπέτης, Β., & Χατζοπούλου, Μ. (2010). “Μπορώ και με τα μάτια μου”. *Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για κωφούς μαθητές*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Κουτάντος, Σ. (2005). *Εκπαιδευτική ένταξη και μαθητές με αναπηρία: Θεωρητικές προσεγγίσεις και εφαρμογές*. Εκδόσεις Σαββάλας.
- Κρουσταλάκης, Γ. (2005). «Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο». Αθήνα: Offset.
- Κυπριωτάκης, Α. (2000). *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Λιοδάκης, Δ. (2000). *Εκπαιδευτικά προγράμματα για τυφλούς*. Αθήνα: Ατραπός.
- Μπεζεβέγκης, Η., & Παυλόπουλος, Β. (2002). Ερωτηματολόγιο «Διαστάσεις προσωπικότητας παιδιών και εφήβων»(Ε-ΔΠΡΟΠΕ) για παιδιά 2-4, 5-7, 8-10, και 11-13 ετών. Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση (Επιμ.). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*, 254-262.
- Μπεζεβέγκης, Η. (2001). Άγχος, αγχογόνες καταστάσεις και η αντιμετώπισή τους σε παιδιά και εφήβους. Στο Ε. Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα & Η. Μπεζεβέγκης (επιμ.), *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους* (σελ.29-60). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Μπεζεβέγκης, Η., & Παυλόπουλος, Β. (1999a). Η επίδραση χαρακτηριστικών της οικογένειας στην αξιολόγηση της προσωπικότητας των παιδιών από τους γονείς. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 99-120.
- Μπεζεβέγκης, Η., & Παυλόπουλος, Β. (1999b). Το μοντέλο των Πέντε Παραγόντων της Προσωπικότητας για παιδιά: Μια διαπολιτισμική μελέτη. *Ψυχολογία*, 6, 174-182.
- Μπεζεβέγκης, Η., Παυλόπουλος, Β., & Μουρουσάκη, Σ. (1996). Χαρακτηριστικά της παιδικής προσωπικότητας, όπως παρουσιάζονται στη φυσική γλώσσα των γονέων. *Ψυχολογία*, 3, 46-57.
- Μόττη-Στεφανίδη, Φ. (1996). *Ψυχολογία της Προσωπικότητας. Πανεπιστημιακές σημειώσεις*, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Φιλοσοφίας Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα.
- Νικολόπουλος, Τ., & Παπαδημητρίου, Α. (2010). *Η κατάσταση των κωφών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Νόμος 2817/2000, Ειδική Εκπαίδευση και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ Α' 78/14.03.2000.
- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. (2016). *Θέματα ένταξης και υποστήριξης μαθητών με αναπηρία στην εκπαίδευση*. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας.
- Παπαδόπουλος, Κ. (2006). *Εκπαίδευση Ατόμων με προβλήματα όρασης (Πανεπιστημιακές σημειώσεις)*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Παπαδόπουλος, Κ. (2007). *Εκπαίδευση Ατόμων με προβλήματα όρασης (Πανεπιστημιακές σημειώσεις)*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π., & Βίκη, Α. (2009). *Καινοτόμες Προσεγγίσεις στην Ειδική Αγωγή. Εκπαιδευτική έρευνα για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού*. Αθήνα: Σιδέρης.
- Παυλόπουλος, Β. (1998). *Αντιλήψεις γονέων για τη δομή και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας παιδιών σχολικής ηλικίας: Συμβολή στη Θεωρία των Πέντε Παραγόντων (Διδακτορική διατριβή)*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τομέας Ψυχολογίας.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες: Σύγχρονες τάσεις εκπαίδευσης και ειδικής υποστήριξης. Τόμος Α'.* Αθήνα: Horizon.

- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2003). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες: Οικογένεια και σχολική ένταξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Ατραπός.
- Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, Σ. (1995). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα: Ατραπός.
- Σαρρής, Δ. (2009). *Εισαγωγή στη γνωστική και ψυχαναλυτική θεωρία της ανάπτυξης του παιδιού. Αντιμετώπιση μαθησιακών δυσκολιών μέσα από το παραμύθι και τη μαριονέτα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 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.
- Τζούδα, Β. (2005). *Εκπαιδευτικές και επαγγελματικές προσδοκίες μαθητών με κινητική αναπηρία στη δευτεροβάθμια δημόσια ειδική εκπαίδευση στην Ελλάδα: μια μελέτη για τους παράγοντες των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών προσδοκιών των μαθητών με κινητική αναπηρία των ειδικών σχολείων δε.. (Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών. Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών. Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης)*.
- Τσιναρέλης, Γ. (2005). *Εκπαίδευση και άτομα με προβλήματα όρασης*. Αθήνα.
- Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. (2004). *Διαπολιτισμική εκπαίδευση: Θεωρητικές και πρακτικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.
- Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠΕΠΘ) (2004a). *Προγράμματα Σπουδών για Μαθητές με Αναπηρία Ακοής*. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων.
- Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠΕΠΘ). (2004b). *Πολιτική για τη νοηματική γλώσσα και την εκπαίδευση των κωφών και βαρήκοων ατόμων*. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων.
- Χαρμπάτσης, Χ. (2017). *Η γονεϊκή προσκόλληση ως παράμετρος εκφοβισμού και θυματοποίησης ατόμων με αναπηρία*. Ιωάννινα.
- Χατζηχαράλαμπος, Ε. (2000). *Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μερικώς βλεπόντων και τυφλών ατόμων- Διαταραχές αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης*. Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 8-18 και αφορά τη διεξαγωγή έρευνας σχετικά με την επίδραση της γονεϊκής προσκόλλησης ως παράγοντα διαμόρφωσης της προσωπικότητας ατόμων με αναπηρία και η συμβολή της ως προς την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά. Η σχετική έρευνα πραγματοποιείται από τον φοιτητή Χαρμπάτση Χρήστο, υπό την επιστημονική επίβλεψη και καθοδήγηση του Δημήτριου Σαρρή, Αναπληρωτή Καθηγητή του Παιδαγωγικού τμήματος Νηπιαγωγών και Διευθυντή του Εργαστηρίου Ειδικής και Θεραπευτικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Παρακαλώ διαβάστε το ερωτηματολόγιο με προσοχή και απαντήστε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια, επιλέγοντας την απάντηση που σας εκφράζει. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μην σκέφτεστε πολύ για κάθε πρόταση. Απαντήστε αυθόρμητα. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Παρακαλώ είναι εξαιρετικά σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Σε περίπτωση που θέλεις να σου αποσταλεί περίληψη των αποτελεσμάτων της παρούσας ερευνητικής διατριβής ή για άλλες διευκρινίσεις, μπορείς να επικοινωνήσεις στην εξής ηλεκτρονική διεύθυνση: x.xarbatsis@uoi.gr

Σε ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σου στην έρευνα.

Με εκτίμηση,

Χαρμπάτσης Χρήστος

ΜΕΓΑΛΗ ΠΡΟΣΟΧΗ Δ

ΣΤΙΣ 2 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ (7 ΚΑΙ 8) ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΜΟΝΟ ΤΗΣ ΜΙΑΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ. ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΗΛΙΚΙΑ 8-10 ΕΤΩΝ ΑΠΑΝΤΟΥΝ ΜΟΝΟ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ 7ΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ, ΕΝΩ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΗΛΙΚΙΑ 11-18 ΑΠΑΝΤΟΥΝ ΜΟΝΟ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ 8^{ΗΣ} ΕΝΟΤΗΤΑΣ!!!

ΕΝΟΤΗΤΑ 1**Ατομικά στοιχεία**

1. Έχετε κάποιο είδος αναπηρίας;	
Κανένα	①
Οπτική αναπηρία	②
Ακουστική αναπηρία	③
Κινητική αναπηρία	④

10. Αν ανήκεις στα άτομα με οπτική αναπηρία, επίλεξε σε ποια κατηγορία ανήκεις.	
Μερικώς βλέποντας	①
Άτομο με ολική τύφλωση	②

11. Αν ανήκεις στα άτομα με οπτική αναπηρία, επίλεξε σε ποια κατηγορία ανήκεις.	
Αγωγής	①
Νευροαισθητήρια	②
Μεικτή	③

12. Αν ανήκεις στα άτομα με ακουστική αναπηρία, επίλεξε σε ποια κατηγορία ανήκεις.	
Ήπια απώλεια ακοής	①
Μέτρια απώλεια ακοής	②
Σοβαρή απώλεια ακοής	③
Πολύ σοβαρή απώλεια ακοής	④
Βαθιά απώλεια ακοής	⑤

13. Αν ανήκεις στα άτομα με κινητική αναπηρία, επίλεξε σε ποια κατηγορία ανήκεις.	
Επίκτητη κινητική αναπηρία	①
Συγγενής κινητική αναπηρία	②

14. Γράψε την ονομασία της κινητικής σου αναπηρίας.

7. Φύλο	
Αγόρι	①
Κορίτσι	②

8. Ηλικία	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
8-10	①
11-13	②
14-16	③
17-18	④
19-22	⑤

9. Γράψε την ακριβή σου ηλικία.

10. Ποια είναι η ακριβής ηλικία της μητέρας σου;

11. Ποια είναι η ακριβής ηλικία του πατέρα σου;

12. Τόπος κατοικίας	
Αστική περιοχή	①
Ημιαστική περιοχή	②
Αγροτική περιοχή	③

13. Αδέλφια:	
Ναι	①
Όχι	②

14. Πόσα άτομα ζουν συνολικά στο σπίτι της οικογένειας;	
3	①
4	②
5	③
6	④
7 και άνω	⑤

15. Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	
Δημοτικό	①
Γυμνάσιο	②
Λύκειο	③
Κολλέγιο	④
Πανεπιστήμιο	⑤
Δεν πήγε σχολείο	⑥
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	⑦

16. Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	
Δημοτικό	①
Γυμνάσιο	②
Λύκειο	③
Κολλέγιο	④
Πανεπιστήμιο	⑤
Δεν πήγε σχολείο	⑥
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	⑦

17. Επάγγελμα μητέρας	
Δημόσιος υπάλληλος	①
Ιδιωτικός υπάλληλος	②
Ελεύθερος επαγγελματίας	③
Άλλο	④

18. Ποιο είναι το ακριβές επάγγελμα της μητέρας σου;

19. Επάγγελμα πατέρα	
Δημόσιος υπάλληλος	①
Ιδιωτικός υπάλληλος	②
Ελεύθερος επαγγελματίας	③
Άλλο	④

20. Ποιο είναι το ακριβές επάγγελμα του πατέρα σου;

21. Οικογενειακή κατάσταση μητέρας	
Παντρεμένη	①
Διαζευγμένη	②
Σε διάσταση	③
Ξαναπαντρεμένη	④
Δεν ζει/απεβίωσε	⑤

22. Οικογενειακή κατάσταση πατέρα	
Παντρεμένη	①
Διαζευγμένη	②
Σε διάσταση	③
Ξαναπαντρεμένη	④
Δεν ζει/απεβίωσε	⑤

ΕΝΟΤΗΤΑ 2

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιγράφει διάφορες στάσεις και συμπεριφορές των γονιών. Προσπαθώντας να θυμηθείς τη μητέρα σου, επέλεξε την πιο κατάλληλη απάντηση. Διάλεξε την απάντηση/απαντήσεις που σε εκφράζει/εκφράζουν περισσότερο με βάση την παρακάτω κλίμακα, σύμφωνα με την οποία κάθε αριθμός αντιστοιχίζεται με μια συγκεκριμένη απάντηση.

Βαθμολογική κλίμακα

Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Λίγες φορές	Σχεδόν ποτέ
①	②	③	④

1	Η μητέρα μου μού μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή.	①	②	③	④
2	Η μητέρα μου δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα.	①	②	③	④
3	Η μητέρα μου με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν.	①	②	③	④

4	Η μητέρα έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου.	①	②	③	④
5	Η μητέρα φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου.	①	②	③	④
6	Η μητέρα μου ήταν τρυφερή απέναντί μου.	①	②	③	④
7	Της μητέρας μου άρεσε να παίρνω μόνοι/η μου αποφάσεις.	①	②	③	④
8	Η μητέρα μου δεν ήθελε να μεγαλώσω.	①	②	③	④
9	Η μητέρα μου προσπαθούσε να ελέγχει ότι έκανα.	①	②	③	④
10	Η μητέρα μου εισέβαλε στην προσωπική μου ζωή.	①	②	③	④
11	Της μητέρας μου της άρεσε να συζητάει μαζί μου.	①	②	③	④
12	Η μητέρα μου συχνά μου χαμογελούσε.	①	②	③	④
13	Της μητέρας μου της άρεσε να με 'νταντεύει'.	①	②	③	④
14	Η μητέρα μου δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω.	①	②	③	④
15	Η μητέρα μου με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου.	①	②	③	④
16	Η μητέρα μου με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η.	①	②	③	④
17	Η μητέρα μου με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η.	①	②	③	④
18	Η μητέρα μου δε μου μιλούσε πολύ.	①	②	③	④
19	Η μητέρα μου προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτή	①	②	③	④
20	Η μητέρα μου αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία της δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου.	①	②	③	④
21	Η μητέρα μου μού έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν.	①	②	③	④
22	Η μητέρα μου με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα.	①	②	③	④
23	Η μητέρα μου ήταν υπερπροστατευτική απέναντί μου.	①	②	③	④
24	Η μητέρα μου δεν με επαινούσε.	①	②	③	④
25	Η μητέρα μου μού επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα.	①	②	③	④

ΕΝΟΤΗΤΑ 3

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιγράφει διάφορες στάσεις και συμπεριφορές των γονιών.

*Προσπαθώντας να θυμηθείς τον **πατέρα** σου, επέλεξε την πιο κατάλληλη απάντηση.*

Βαθμολογική κλίμακα

Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Λίγες φορές	Σχεδόν ποτέ
①	②	③	④

1	Ο πατέρας μου μού μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή.	①	②	③	④
2	Ο πατέρας μου δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα.	①	②	③	④
3	Ο πατέρας μου με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν.	①	②	③	④
4	Ο πατέρας μου έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου.	①	②	③	④
5	Ο πατέρας μου φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου.	①	②	③	④
6	Ο πατέρας μου ήταν τρυφερή απέναντί μου.	①	②	③	④
7	Του πατέρα μου άρεσε να παίρνω μόνος/η μου αποφάσεις.	①	②	③	④
8	Ο πατέρας μου δεν ήθελε να μεγαλώσω.	①	②	③	④
9	Ο πατέρας μου προσπαθούσε να ελέγχει ότι έκανα.	①	②	③	④
10	Ο πατέρας μου εισέβαλε στην προσωπική μου ζωή.	①	②	③	④
11	Του πατέρα μου της άρεσε να συζητάει μαζί μου.	①	②	③	④
12	Ο πατέρας μου συχνά μου χαμογελούσε.	①	②	③	④
13	Του πατέρα μου της άρεσε να με 'νταντεύει'.	①	②	③	④
14	Ο πατέρας μου δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω.	①	②	③	④
15	Ο πατέρας μου με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου.	①	②	③	④
16	Ο πατέρας μου με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η.	①	②	③	④
17	Ο πατέρας μου με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η.	①	②	③	④
18	Ο πατέρας μου δε μου μιλούσε πολύ.	①	②	③	④

19	Ο πατέρας μου προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτή	①	②	③	④
20	Ο πατέρας μου αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία της δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου.	①	②	③	④
21	Ο πατέρας μου μού έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν.	①	②	③	④
22	Ο πατέρας μου με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα.	①	②	③	④
23	Ο πατέρας μου ήταν υπερπροστατευτική απέναντί μου.	①	②	③	④
24	Ο πατέρας μου δεν με επαινούσε.	①	②	③	④
25	Ο πατέρας μου μού επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα.	①	②	③	④

ΕΝΟΤΗΤΑ 4

Όλοι αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή μας ζωή προβλήματα, τα οποία μας αναστατώνουν, μας ανησυχούν, μας στενοχωρούν. Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να δούμε πώς τα παιδιά της ηλικίας σου αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους, τι κάνουν δηλαδή όταν τους συμβαίνει κάτι που τους προκαλεί ανησυχία, στενοχώρια, αναστάτωση. Σκέψου ένα **γεγονός που σε ανησύχησε, σε στενοχώρησε τον τελευταίο καιρό**. Δώσε μια περιγραφή αυτού του γεγονότος και μετά σημείωσε το τετράγωνο που δείχνει πόσο σε ανησύχησε, σε αναστάτωσε το πρόβλημα αυτό. Το πρόβλημα ήταν:

.....

.....

.....

.....

.....

Με στενοχώρησε:	
Λίγο	①
Αρκετά	②
Πολύ	③

ΕΝΟΤΗΤΑ 5

Στη συνέχεια υπάρχουν μερικές προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές περιγράφουν τρόπους τους οποίους τα παιδιά της ηλικίας σου συνήθως χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους. Θα θέλαμε να μας πεις πόσο συχνά εσύ χρησιμοποιήσες καθέναν από τους παρακάτω τρόπους για να αντιμετωπίσεις το πρόβλημα που περιέγραψες παραπάνω. Για κάθε πρόταση θα βάλεις σε κύκλο την επιλογή που δείχνει πόσο συχνά έκανες αυτό που λέει η πρόταση.

Βαθμολογική κλίμακα

Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
①	②	③	④

1	Άρχισα να το ξεχνάω κι έτσι δεν έκανα τίποτα.	①	②	③	④
2	Με ενθάρρυναν και με καθησύχασαν οι γονείς μου.	①	②	③	④
3	Μίλησα σε κάποιον που αισθάνομαι δικό μου και πήρα συμβουλές.	①	②	③	④
4	Άρχισα να κάνω καινούρια πράγματα για να μην σκέφτομαι αυτό που με απασχολούσε.	①	②	③	④
5	Άλλαξα τρόπο σκέψης, για να αντιμετωπίσω το πρόβλημα.	①	②	③	④
6	Δεν έκανα τίποτα.	①	②	③	④
7	Σκέφτηκα ότι έπρεπε εγώ να κάνω κάτι για το πρόβλημα.	①	②	③	④
8	Προσπάθησα να ηρεμήσω και να ξεχάσω το πρόβλημα.	①	②	③	④
9	Ξέσπασα σε κλάματα.	①	②	③	④
10	Προσπάθησα να μην έρχομαι σε επαφή με προβλήματα ή με καταστάσεις που μου θύμιζαν το πρόβλημα.	①	②	③	④
11	Συζήτησα με άλλους που αντιμετώπιζαν παρόμοιο πρόβλημα.	①	②	③	④

12	Κλείστηκα στον εαυτό μου.	①	②	③	④
13	Προσπάθησα να πλησιάσω το άτομο με το οποίο είχα πρόβλημα, για να το λύσουμε μαζί.	①	②	③	④
14	Δεν έκανα τίποτα γιατί μου φάνηκε ότι δεν υπήρχε λύση.	①	②	③	④
15	Σκέφτηκα μια λύση και τη συζήτησα με τους γονείς μου.	①	②	③	④
16	Αποφάσισα ότι δεν μπορούσα να κάνω τίποτα.	①	②	③	④
17	Προσπάθησα ακόμη περισσότερο, για να λύσω το πρόβλημα.	①	②	③	④
18	Συζήτησα το πρόβλημα με τον εαυτό μου.	①	②	③	④
19	Απομονώθηκα, κλείστηκα στο δωμάτιό μου.	①	②	③	④
20	Μίλησα με τους γονείς μου για να λύσουμε μαζί το πρόβλημα.	①	②	③	④
21	Άρχισα να σκέφτομαι άλλα πράγματα, περισσότερο ευχάριστα.	①	②	③	④
22	Σκέφτηκα ότι άλλοι πρέπει να λύσουν το πρόβλημα και όχι εγώ.	①	②	③	④
23	Προσπάθησα να προσφέρω τη βοήθειά μου για να λυθεί το πρόβλημα.	①	②	③	④
24	Συζήτησα το πρόβλημα με φίλους-ες μου.	①	②	③	④
25	Προσπάθησα να ασχολούμαι με άλλα πράγματα.	①	②	③	④
26	Ζήτησα βοήθεια από κάποιο άτομο της οικογένειάς μου.	①	②	③	④
27	Προσπάθησα να επανορθώσω τη "ζημιά" .	①	②	③	④
28	Προσπάθησα να κάνω κάτι, αλλά ήταν πολύ δύσκολο.	①	②	③	④
29	Συζήτησα το πρόβλημα με τους γονείς μου.	①	②	③	④
30	Έπεισα τον εαυτό μου ότι θα πάω καλύτερα στο μέλλον.	①	②	③	④
31	Προσπάθησα να βελτιωθώ, να γίνω καλύτερος.	①	②	③	④
32	Ζήτησα από κάποιον να μεσολαβήσει, για να λυθεί το πρόβλημα.	①	②	③	④

33	Αποφάσισα να αλλάξω συμπεριφορά, για να πετύχω τη λύση του προβλήματος.	①	②	③	④
34	Σκέφτηκα ότι υπάρχουν και χειρότερα και δεν ωφελεί να στενοχωριέμαι.	①	②	③	④
35	Σκέφτηκα ότι δεν είναι στο χέρι μου να αντιμετωπίσω το πρόβλημα.	①	②	③	④

ΕΝΟΤΗΤΑ 6

Στη συνέχεια ακολουθούν δυο ερωτηματολόγια προσωπικότητας. Εάν το παιδί είναι 8-10 ετών απαντά **μόνο** τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της **7ης ενότητας** που έχει τίτλο ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ 8-10 ΕΤΩΝ, ενώ αν το παιδί είναι 11-18 ετών απαντά **μόνο** τις ερωτήσεις της **8ης ενότητας** με τίτλο ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ 11-18 ΕΤΩΝ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΑΜΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ 7

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ 8-10 ΕΤΩΝ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προτάσεις/φράσεις οι οποίες περιγράφουν **χαρακτηριστικά-γνωρίσματα της προσωπικότητας**, της ιδιοσυγκρασίας, της συμπεριφοράς των παιδιών. Σκεφθείτε τη συμπεριφορά του δικού σας παιδιού κατά τους **τελευταίους 12 μήνες**. Αφού διαβάσετε προσεκτικά κάθε πρόταση-γνώρισμα, επιλέξτε πόσο το γνώρισμα αυτό ταιριάζει στο παιδί σας, δηλαδή πόσο αντιπροσωπεύει τη συμπεριφορά του. Θα βάλετε σε κύκλο το:

- 1, αν ένα χαρακτηριστικό δεν ταιριάζει **σχεδόν καθόλου** στο παιδί σας,
- 2, αν ταιριάζει **λίγο** στο παιδί σας,
- 3, αν ταιριάζει **αρκετά** στο παιδί σας,
- 4, αν ταιριάζει **πολύ** στο παιδί σας, και
- 5, αν ταιριάζει **πάρα πολύ** στο παιδί σας.

Προσπαθήστε να περιγράψετε το παιδί σας όπως είναι τους τελευταίους 12 μήνες και όχι όπως ήταν πριν από λίγα χρόνια, ούτε όπως θα θέλατε εσείς να είναι. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Δεν χρειάζεται να σκέφτεστε πολλή ώρα για κάθε πρόταση-γνώρισμα. Σημειώστε την απάντηση που σας έρχεται αυθόρμητα στο νου. Είναι πολύ σημαντικό να διαβάσετε και να απαντήσετε σε όλες τις προτάσεις.

Βαθμολογική κλίμακα

Σχεδόν καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
①	②	③	④	⑤

1	Είναι κοινωνικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
2	Έχει κρίση μεγάλου ατόμου.	①	②	③	④	⑤
3	Είναι υποχωρητικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
4	Σέβεται τους μεγαλύτερους.	①	②	③	④	⑤
5	Είναι ζωηρό παιδί.	①	②	③	④	⑤
6	Είναι λιγόλογο.	①	②	③	④	⑤
7	Είναι τελειομανής.	①	②	③	④	⑤
8	Είναι φρόνιμο παιδί.	①	②	③	④	⑤
9	Έχει θέληση.	①	②	③	④	⑤
10	Είναι δραστήριο παιδί.	①	②	③	④	⑤
11	Είναι στοργικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
12	Έχει πολλά ενδιαφέροντα.	①	②	③	④	⑤
13	Κάνει εύκολα φίλεις.	①	②	③	④	⑤
14	Είναι ώριμο για την ηλικία του.	①	②	③	④	⑤
15	Είναι υπάκουο παιδί.	①	②	③	④	⑤
16	Ξέρει να πετυχαίνει αυτό που θέλει.	①	②	③	④	⑤
17	Είναι καλόβολο παιδί.	①	②	③	④	⑤

18	Έχει μεγάλη ενεργητικότητα.	①	②	③	④	⑤
19	Είναι απαιτητικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
20	Ακολουθεί ένα πρόγραμμα σε ό,τι κάνει.	①	②	③	④	⑤
21	Κάνει παρέα με όλα τα παιδιά.	①	②	③	④	⑤
22	Είναι πειθαρχημένο παιδί.	①	②	③	④	⑤
23	Έχει σύστημα στο διάβασμά του.	①	②	③	④	⑤
24	Έχει έντονη προσωπικότητα.	①	②	③	④	⑤
25	Είναι νευρικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
26	Είναι ευαίσθητο.	①	②	③	④	⑤
27	Είναι ομιλητικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
28	Επιβάλλεται στα άλλα παιδιά.	①	②	③	④	⑤
29	Αν αρχίσει κάτι, θέλει να το ολοκληρώσει.	①	②	③	④	⑤
30	Έχει πάντα όρεξη για συζήτηση.	①	②	③	④	⑤
31	Κοιτάζει μόνο το συμφέρον του.	①	②	③	④	⑤
32	Παραδέχεται τα λάθη του.	①	②	③	④	⑤
33	Είναι συνεπής στις υποχρεώσεις του.	①	②	③	④	⑤
34	Είναι αθλητικός τύπος.	①	②	③	④	⑤
35	Είναι μοναχικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
36	Είναι επιμελής.	①	②	③	④	⑤
37	Είναι κλειστό παιδί.	①	②	③	④	⑤
38	Τα θέλει όλα δικά του.	①	②	③	④	⑤
39	Αισθάνεται ανασφάλεια.	①	②	③	④	⑤
40	Είναι εργατικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
41	Είναι ατίθασο παιδί.	①	②	③	④	⑤
42	Του αρέσει να βγαίνει έξω.	①	②	③	④	⑤
43	Είναι υπεύθυνο παιδί.	①	②	③	④	⑤

44	Είναι καλός μαθητής/ καλή μαθήτρια.	①	②	③	④	⑤
45	Είναι εγωιστής/ εγωίστρια.	①	②	③	④	⑤
46	Αντιμιλάει στους γονείς.	①	②	③	④	⑤
47	Έχει τάση να απομονώνεται.	①	②	③	④	⑤
48	Είναι εύστροφο παιδί.	①	②	③	④	⑤
49	Είναι τακτικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
50	Μαλώνει με τα άλλα παιδιά. Φιλονικεί.	①	②	③	④	⑤
51	Έχει αυτοπεποίθηση.	①	②	③	④	⑤
52	Παίρνει πρωτοβουλίες.	①	②	③	④	⑤
53	Είναι πεισματάρικο.	①	②	③	④	⑤
54	Του αρέσουν τα παιχνίδια με κίνηση.	①	②	③	④	⑤
55	Είναι έξυπνο παιδί.	①	②	③	④	⑤
56	Του αρέσει να παίζει με τα άλλα παιδιά.	①	②	③	④	⑤
57	Χρειάζεται πίεση για να διαβάσει τα μαθήματα.	①	②	③	④	⑤
58	Θυμώνει εύκολα.	①	②	③	④	⑤
59	Κάνει λάθη από τη βιασύνη του	①	②	③	④	⑤
60	Έχει καλή συμπεριφορά στο σχολείο.	①	②	③	④	⑤
61	Στενοχωριέται όταν του κάνουν παρατηρήσεις.	①	②	③	④	⑤
62	Θέλει να περνάει το δικό του.	①	②	③	④	⑤
63	Μιλάει άσχημα.	①	②	③	④	⑤
64	Είναι ευέξαπτο, οξύθυμο.	①	②	③	④	⑤
65	Είναι αφηρημένο παιδί.	①	②	③	④	⑤
66	Είναι επιθετικό.	①	②	③	④	⑤
67	Πληγώνεται εύκολα.	①	②	③	④	⑤
68	Επιμένει στη γνώμη του, ακόμα κι αν είναι λανθασμένη.	①	②	③	④	⑤
69	Είναι ήσυχο παιδί.	①	②	③	④	⑤

70	Θέλει να διακρίνεται, να προβάλλεται.	①	②	③	④	⑤
71	Χρειάζεται κίνητρα για να κάνει κάτι.	①	②	③	④	⑤
72	Είναι ισχυρογνώμων.	①	②	③	④	⑤
73	Έχει ευχέρεια στο λόγο του.	①	②	③	④	⑤
74	Είναι απρόσεκτο παιδί.	①	②	③	④	⑤
75	Του αρέσει το σχολείο. Το αγαπάει.	①	②	③	④	⑤
76	Είναι αργό στις κινήσεις του.	①	②	③	④	⑤
77	Βαριέται εύκολα.	①	②	③	④	⑤
78	Είναι γενναιόδωρο.	①	②	③	④	⑤
79	Είναι δύσκολο παιδί.	①	②	③	④	⑤
80	Έχει για όλα μια απάντηση.	①	②	③	④	⑤
81	Είναι ακατάστατο παιδί.	①	②	③	④	⑤
82	Είναι αδιάφορο για το σχολείο.	①	②	③	④	⑤
83	Είναι κυκλοθυμικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
84	Προτιμάει να μένει στο σπίτι.	①	②	③	④	⑤
85	Θέλει να είναι ο αρχηγός της παρέας.	①	②	③	④	⑤
86	Με την πρώτη δυσκολία τα παρατάει.	①	②	③	④	⑤
87	Είναι ευγενικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
88	Είναι φιλικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
89	Είναι επιπόλαιο.	①	②	③	④	⑤
90	Του αρέσουν τα χάδια.	①	②	③	④	⑤
91	Είναι ευχάριστο παιδί.	①	②	③	④	⑤
92	Είναι τεμπέλικο.	①	②	③	④	⑤
93	Παραπονιέται συχνά.	①	②	③	④	⑤
94	Είναι καλό παιδί.	①	②	③	④	⑤
95	Έχει δική του άποψη σε πολλά θέματα.	①	②	③	④	⑤

96	Του αρέσει η καθαριότητα.	①	②	③	④	⑤
97	Είναι αντιδραστικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
98	Δύσκολα προσαρμόζεται σε νέες καταστάσεις.	①	②	③	④	⑤
99	Δείχνει κατανόηση στους άλλους.	①	②	③	④	⑤
100	100. Ζηλεύει.	①	②	③	④	⑤
101	Είναι καλόκαρδο παιδί.	①	②	③	④	⑤
102	Φέρνει αντιρρήσεις στους γονείς.	①	②	③	④	⑤
103	Έχει καλούς τρόπους.	①	②	③	④	⑤
104	Του/της αρέσουν αστεία.	①	②	③	④	⑤
105	Έχει κριτική ικανότητα.	①	②	③	④	⑤
106	Είναι προσεκτικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
107	Αγαπάει τους φίλους του.	①	②	③	④	⑤
108	Είναι συναισθηματικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
109	Προσφέρει τη βοήθειά του στους άλλους.	①	②	③	④	⑤
110	Δύσκολα ανοίγεται στους άλλους.	①	②	③	④	⑤
111	Είναι ήρεμο παιδί.	①	②	③	④	⑤
112	Δύσκολα το περιορίζεις σε ένα πρόγραμμα.	①	②	③	④	⑤
113	Είναι ανεξάρτητο παιδί.	①	②	③	④	⑤
114	Έχει γρήγορη αντίληψη.	①	②	③	④	⑤
115	Είναι οργανωμένο παιδί.	①	②	③	④	⑤
116	Συμπάσχει όταν βλέπει κάποιον να υποφέρει.	①	②	③	④	⑤
117	Κλαίει με το παραμικρό.	①	②	③	④	⑤
118	Αντιμετωπίζει μόνο του τα προβλήματα.	①	②	③	④	⑤
119	Είναι φιλότιμο παιδί.	①	②	③	④	⑤
120	Είναι συμπονετικό.	①	②	③	④	⑤
121	Εκμεταλλεύεται την αδυναμία που του/της δείχνουμε.	①	②	③	④	⑤

ΕΝΟΤΗΤΑ 8**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ 11-18 ΕΤΩΝ****ΟΔΗΓΙΕΣ**

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προτάσεις/φράσεις, οι οποίες περιγράφουν **χαρακτηριστικά-γνωρίσματα της προσωπικότητας**, της ιδιοσυγκρασίας, της συμπεριφοράς των παιδιών και των εφήβων. Σκέψου τη δική σου συμπεριφορά κατά τους **τελευταίους 12 μήνες**. Αφού διαβάσετε προσεκτικά κάθε πρόταση-γνώρισμα, επιλέξτε πόσο το γνώρισμα αυτό ταιριάζει σε σένα προσωπικά, δηλαδή πόσο αντιπροσωπεύει τη συμπεριφορά σου. Θα βάλεις σε κύκλο το:

- 1, αν ένα χαρακτηριστικό δεν σου ταιριάζει **σχεδόν καθόλου**,
- 2, αν σου ταιριάζει **λίγο**,
- 3, αν σου ταιριάζει **αρκετά**,
- 4, αν σου ταιριάζει **πολύ**, και
- 5, αν σου ταιριάζει **πάρα πολύ**.

Προσπάθησε να **περιγράψεις τον εαυτό σου** όπως είσαι τους **τελευταίους 12 μήνες** και όχι όπως ήσουν πριν από λίγα χρόνια, ούτε όπως θα ήθελες να είσαι. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Δεν χρειάζεται να σκέφτεσαι πολλή ώρα για κάθε πρόταση γνώρισμα. Σημείωσε την απάντηση που σου έρχεται αυθόρμητα στο νου. Είναι πολύ σημαντικό να διαβάσεις και να απαντήσεις σε όλες τις προτάσεις.

Βαθμολογική κλίμακα

Σχεδόν καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
①	②	③	④	⑤

1	Είμαι επιμελής σε ό,τι κάνω.	①	②	③	④	⑤
2	Μαλώνω/τσακώνομαι με τα άλλα παιδιά.	①	②	③	④	⑤
3	Είμαι έξυπνος/η.	①	②	③	④	⑤

4	Είμαι συζητήσιμος/η, «παίρνω από λόγια».	①	②	③	④	⑤
5	Προσαρμόζομαι εύκολα σε καινούριο περιβάλλον.	①	②	③	④	⑤
6	Είμαι αγαπητό παιδί.	①	②	③	④	⑤
7	Αντιμιλάω στους γονείς μου.	①	②	③	④	⑤
8	Είμαι μελετηρός/ή.	①	②	③	④	⑤
9	Έχω πολλούς φίλους/φίλες.	①	②	③	④	⑤
10	Τρώω μόνο ό,τι μου αρέσει.	①	②	③	④	⑤
11	Είμαι συναισθηματικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
12	Έχω παρατηρητικότητα.	①	②	③	④	⑤
13	Είμαι αδιάφορος/η για το σχολείο.	①	②	③	④	⑤
14	Είμαι χαρούμενος/η.	①	②	③	④	⑤
15	Δέχομαι πρόθυμα συμβουλές.	①	②	③	④	⑤
16	Είμαι επιθετικός/ή.	①	②	③	④	⑤
17	Έχω έντονη προσωπικότητα.	①	②	③	④	⑤
18	Είμαι μοναχικό παιδί.	①	②	③	④	⑤
19	Είμαι τελειομανής, θέλω να τα κάνω όλα τέλεια.	①	②	③	④	⑤
20	Είμαι φιλικός/ή.	①	②	③	④	⑤
21	Έχω μεταπτώσεις στη συμπεριφορά μου.	①	②	③	④	⑤
22	Είμαι εφευρετικός/ή.	①	②	③	④	⑤
23	Επιμένω στη γνώμη μου, ακόμα κι αν είναι λανθασμένη.	①	②	③	④	⑤
24	Είμαι εκδηλωτικός/ή.	①	②	③	④	⑤
25	Έχω κριτική ικανότητα.	①	②	③	④	⑤
26	Είμαι συνεπής στις υποχρεώσεις μου.	①	②	③	④	⑤
27	Κλαίω εύκολα.	①	②	③	④	⑤
28	Είμαι οργανωμένος/η, έχω πρόγραμμα σε ό,τι κάνω.	①	②	③	④	⑤
29	Είμαι ζωηρό παιδί.	①	②	③	④	⑤

30	Προτιμώ να μένω στο σπίτι.	①	②	③	④	⑤
31	Δείχνω κατανόηση.	①	②	③	④	⑤
32	Αλλάζω εύκολα διάθεση, είμαι κυκλοθυμικός/ή.	①	②	③	④	⑤
33	Έχω πολλά ενδιαφέροντα.	①	②	③	④	⑤
34	Είμαι τίμιο άτομο, έντιμος χαρακτήρας.	①	②	③	④	⑤
35	Είμαι αυθόρμητος/η.	①	②	③	④	⑤
36	Θέλω να είμαι ο αρχηγός της παρέας.	①	②	③	④	⑤
37	Είμαι κλειστός χαρακτήρας.	①	②	③	④	⑤
38	Χρειάζομαι πίεση για να διαβάσω τα μαθήματά μου.	①	②	③	④	⑤
39	Είμαι δυναμικός χαρακτήρας.	①	②	③	④	⑤
40	Προσφέρω πρόθυμα τη βοήθειά μου.	①	②	③	④	⑤
41	Έχω απρόβλεπτες αντιδράσεις.	①	②	③	④	⑤
42	Είμαι τεμπέλης/α.	①	②	③	④	⑤
43	Έχω δική μου άποψη και την εκφράζω.	①	②	③	④	⑤
44	Μου αρέσει να έχω πολλούς ανθρώπους γύρω μου.	①	②	③	④	⑤
45	Είμαι ακατάστατο, «τσαπατσούλικο» άτομο.	①	②	③	④	⑤
46	Έχω φαντασία.	①	②	③	④	⑤
47	Προσπαθώ να γίνομαι καλύτερος/η, να βελτιώνομαι.	①	②	③	④	⑤
48	Είμαι ξεροκέφαλος/η, πεισματάρης/α.	①	②	③	④	⑤
49	Είμαι προσεκτικός/ή.	①	②	③	④	⑤
50	Απογοητεύομαι αν με αποπάρουν.	①	②	③	④	⑤
51	Είμαι καλόκαρδο παιδί.	①	②	③	④	⑤
52	Με ενδιαφέρει μόνο ο εαυτός μου, είμαι ατομιστής/ατομίστρια.	①	②	③	④	⑤
53	Μαθαίνω εύκολα.	①	②	③	④	⑤
54	Μου αρέσει να βγαίνω έξω.	①	②	③	④	⑤
55	Είμαι αμελής.	①	②	③	④	⑤

56	Παραπονιέμαι συχνά, γκρινιάζω.	①	②	③	④	⑤
57	Είμαι δημιουργικό άτομο.	①	②	③	④	⑤
58	Δύσκολα κάνω φιλίες.	①	②	③	④	⑤
59	Είμαι τακτικός/ή, νοικοκυρεμένος/η.	①	②	③	④	⑤
60	Δείχνω στοργή προς τους άλλους.	①	②	③	④	⑤
61	Έχω καλή μνήμη.	①	②	③	④	⑤
62	Είμαι εγωιστής/εγωίστρια.	①	②	③	④	⑤
63	Μου αρέσει να παίζω με τα άλλα παιδιά.	①	②	③	④	⑤
64	Είμαι ισχυρογνώμων.	①	②	③	④	⑤
65	Όταν αρχίσω κάτι, θα το ολοκληρώσω οπωσδήποτε.	①	②	③	④	⑤
66	Είμαι ευγενικός/ή.	①	②	③	④	⑤
67	Ενδιαφέρομαι για καθετί καινούριο.	①	②	③	④	⑤
68	Είμαι κοινωνικός/ή.	①	②	③	④	⑤
69	Συμπάσχω όταν κάποιος υποφέρει.	①	②	③	④	⑤
70	Μου αρέσει να συμμετέχω σε συζητήσεις.	①	②	③	④	⑤
71	Θέλω όλο να παίρνω και λιγότερο να δίνω.	①	②	③	④	⑤
72	Είμαι υπεύθυνος/η.	①	②	③	④	⑤
73	Βρίσκομαι συνέχεια σε κίνηση.	①	②	③	④	⑤
74	Είμαι ευαίσθητος/η.	①	②	③	④	⑤
75	Δείχνω σεβασμό στους μεγαλύτερους.	①	②	③	④	⑤
76	Είμαι νευρικός/ή.	①	②	③	④	⑤
77	Παίρνω πρωτοβουλίες.	①	②	③	④	⑤
78	Θέλω να περνάει το δικό μου.	①	②	③	④	⑤
79	Είμαι ανοιχτός τύπος.	①	②	③	④	⑤
80	Αντιδρώ έντονα όταν με μαλώσουν.	①	②	③	④	⑤
81	Νοιάζομαι για τα προβλήματα των άλλων.	①	②	③	④	⑤

82	Δείχνω διαρκώς αφηρημένος/η.	①	②	③	④	⑤
83	Ζηλεύω.	①	②	③	④	⑤
84	Συμβιβάζομαι εύκολα.	①	②	③	④	⑤
85	Έχω γρήγορη αντίληψη.	①	②	③	④	⑤
86	Προτιμάω να μη μένω μόνος/η.	①	②	③	④	⑤
87	Έχω υπερβολικές απαιτήσεις. Είμαι απαιτητικός/ή.	①	②	③	④	⑤
88	Είμαι ανεξάρτητος/η.	①	②	③	④	⑤
89	Έχω την τάση να προστατεύω τα άλλα παιδιά.	①	②	③	④	⑤
90	Πληγώνομαι με την παραμικρή παρατήρηση.	①	②	③	④	⑤
91	Είμαι αντιδραστικό άτομο.	①	②	③	④	⑤
92	Μου αρέσει/άρεσε το σχολείο	①	②	③	④	⑤
93	Είμαι ώριμος/η για την ηλικία μου.	①	②	③	④	⑤
94	Μου αρέσουν τα χάδια.	①	②	③	④	⑤
95	Έχω άγχος. Αγχώνομαι εύκολα.	①	②	③	④	⑤
96	Ενδιαφέρομαι για τις σχέσεις μου με το άλλο φύλο.	①	②	③	④	⑤
97	Έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου. Νιώθω σιγουριά.	①	②	③	④	⑤
98	Είμαι φιλότιμος/η.	①	②	③	④	⑤
99	Θυμώνω εύκολα. Είμαι απότομος χαρακτήρας.	①	②	③	④	⑤

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ-ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Ιωάννινα, 13 Μαρτίου 2023
Αριθμ. Πρωτ.: 13255

Προς

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

τον κ. Χρήστο Χαρμπατσή
Υποψήφιο Διδάκτορα
Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

τηλ.: 26510-08454
fax : 26510-07200
e-mail: ebonos@uoi.gr,
ederveni@uoi.gr

Αξιότιμε κύριε Χαρμπατσή,

Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων εξέτασε στην τελευταία Συνεδρίασή της στις 8 Μαρτίου 2023 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: «Η γονεϊκή προσκόλληση ως παράγοντας διαμόρφωσης της προσωπικότητας των τυφλών παιδιών (και παιδιών με αναπηρίες) και η συμβολή της ως προς την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων».

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση

Ελευθέριος Μπόνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Γεωπονίας
Αντιπρόεδρος της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας