



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η μετατραυματική κατάσταση πατέρων ατόμων με αναπηρία ως
επιδραστικός παράγοντας στην ψυχική υγεία τους και στον γονεϊκό
τους ρόλο». Εκπαιδευτικές προεκτάσεις.»**

© Βασιλική Δημητρακάκη

Επιβλέπων: Σπυρίδων – Γεώργιος Σούλης
Καθηγητής Ειδικής Παιδαγωγικής,
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2026

MASTERS THESIS

“The post-traumatic condition of parents of individuals with disabilities as a factor influencing their mental health and their parenting role. Educational implications.”

© Vasiliki Dimitrakaki

Ioannina, 2026

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, 25/05/2026

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής:

Δρ., Σπυρίδων – Γεώργιος Σούλης

Καθηγητής, Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

2. Μέλος επιτροπής:

Δρ., Ελένη Μορφίδη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

3. Μέλος επιτροπής:

Δρ., Κυπριωτάκη Μαρία

Καθηγήτρια, Π.Τ.Π.Ε. Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της, περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Η Δηλούσα

Δημητρακάκη Βασιλική

© Δημητρακάκη, Βασιλική 2026.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υποβάλλονται πραγματοποιείται σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του Ν.4624/2019 και του Κανονισμού (Ε.Ε.) 2016/679. 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 Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα του Ιδρύματος είναι η κα. Σταυρούλα Σταθαρά τηλ. 2651007321, email: dpo@uoi.gr.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση» του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές και ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλους όσους στάθηκαν δίπλα μου και συνέβαλαν, ο καθένας με τον δικό του τρόπο, στην πορεία και την ολοκλήρωση αυτής της ιδιαίτερα σημαντικής διαδρομής.

Πρωτίστως, θα ήθελα να εκφράσω τη βαθιά μου εκτίμηση και τις θερμές μου ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Σπυρίδων–Γεώργιο Σούλη, Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η συνεργασία μαζί του, τόσο κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών όσο και σε προγενέστερα στάδια της ακαδημαϊκής μου πορείας, αποτέλεσε για εμένα πολύτιμη εμπειρία και σημαντικό σημείο αναφοράς. Η επιστημονική του καθοδήγηση, η συνέπεια, το ήθος, η εμπιστοσύνη και η διαρκής υποστήριξη του συνέβαλαν ουσιαστικά όχι μόνο στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, αλλά και στη συνολική μου ακαδημαϊκή και προσωπική εξέλιξη.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνονται, επίσης, στα μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής, τη κ. Ελένη Μορφίδη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, τον κ. Μαυρίδη και τον κ. Καμαριάνο, Καθηγητές του Παιδαγωγικού Τμήματος, καθώς και τη κ. Μαρία Κυπριωτάκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Παιδαγωγικού Τμήματος Προσχολικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Κρήτης. Η επιστημονική τους κατάρτιση, οι εύστοχες παρατηρήσεις, η υποστήριξη και η διάθεσή τους να μοιραστούν τη γνώση και την εμπειρία τους συνέβαλαν ουσιαστικά όχι μόνο στη βελτίωση και στην επιστημονική αρτιότητα της παρούσας εργασίας, αλλά και στη συνολική μου ακαδημαϊκή καλλιέργεια και εξέλιξη. Η παρουσία και η στάση τους κατά τη διάρκεια των σπουδών μου αποτέλεσαν σημαντικό εφόδιο για

τη διαμόρφωση της επιστημονικής μου σκέψης και της επαγγελματικής μου πορείας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω σε όλους τους φορείς, τις σχολικές μονάδες, τους συλλόγους και όσους συνέβαλαν στη διαδικασία συλλογής των δεδομένων της έρευνας. Η πολύτιμη συνεργασία και η πρόθυμη ανταπόκρισή τους υπήρξαν καθοριστικές για την υλοποίηση της μελέτης.

Ξεχωριστή μνεία αξίζει στους πατέρες που συμμετείχαν στην έρευνα, για την εμπιστοσύνη, την ειλικρίνεια και τη γενναιοδωρία με την οποία μοιράστηκαν προσωπικές εμπειρίες, σκέψεις και βιώματα. Η συμβολή τους υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μέσα από τις προσωπικές τους αφηγήσεις αναδείχθηκε η ανθρώπινη διάσταση ενός ιδιαίτερα ευαίσθητου και σημαντικού ζητήματος.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη προς την οικογένειά μου, τους κοντινούς μου ανθρώπους και φυσικά τους συμφοιτητές και πλέον φίλους μου για την αδιάκοπη στήριξη, την υπομονή, την κατανόηση και την πίστη τους σε εμένα όλα αυτά τα χρόνια. Η παρουσία τους αποτέλεσε σταθερό σημείο δύναμης και στήριξης σε κάθε δυσκολία και σε κάθε βήμα αυτής της διαδρομής. Χωρίς την αγάπη και τη στήριξή τους, η ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας δεν θα ήταν η ίδια.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στους γονείς μου, για την αστείρευτη αγάπη, τη στήριξη και τις αξίες που μου χάρισαν όλα αυτά τα χρόνια. Για την πίστη τους σε εμένα, ακόμη και στις στιγμές που εγώ η ίδια αμφέβαλλα για τις δυνατότητές μου.

Στον αδερφό μου, για τη διακριτική του παρουσία, τη δύναμη και τη στήριξή του σε κάθε στάδιο αυτής της διαδρομής.

Η παρούσα εργασία είναι αφιερωμένη σε εκείνους που στάθηκαν δίπλα μου με αγάπη, υπομονή και αληθινή πίστη στα όνειρά μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της μετατραυματικής κατάστασης πατέρων ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), οπτική και ακουστική αναπηρία, καθώς και η μελέτη της σχέσης της με την ψυχική τους υγεία και τον γονεϊκό τους ρόλο. Εξετάστηκαν οι αντιλήψεις των πατέρων σχετικά με την αναπηρία του παιδιού τους, η ψυχολογική ακαμψία και το εσωτερικευμένο στίγμα που ενδέχεται να βιώνουν. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 πατέρες ατόμων με αναπηρία από διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ποσοτική ερευνητική μεθοδολογία και η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μέτρια επίπεδα δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχολογικής δυσφορίας, ενώ παράλληλα εμφάνισαν σχετικά αυξημένη αίσθηση γονεϊκής επάρκειας και ικανοποίησης από τον γονεϊκό τους ρόλο. Διαπιστώθηκε επίσης ότι υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής επιβάρυνσης συνδέονταν με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία, μεγαλύτερη βιωματική αποφυγή και εντονότερο εσωτερικευμένο στίγμα. Παράλληλα, εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών αναπηρίας ως προς επιμέρους διαστάσεις της ψυχολογικής επιβάρυνσης και της αντίληψης του γονεϊκού ρόλου. Τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι πίσω από τη σταθερότητα και τη λειτουργικότητα που συχνά καλούνται να διατηρούν οι πατέρες ατόμων με αναπηρία, αλλά και από τη συχνά διακριτική και εσωτερικευμένη διαχείριση των δυσκολιών τους ενυπάρχει ένα σύνθετο ψυχολογικό φορτίο, το οποίο παραμένει συχνά αθέατο αλλά ιδιαίτερα σημαντικό για την κατανόηση της πατρικής εμπειρίας.

Λέξεις-κλειδιά: Μετατραυματική κατάσταση, Πατέρες ατόμων με αναπηρία, Ψυχική Υγεία, Γονεϊκός ρόλος.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the post-traumatic state of fathers of individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD), visual and hearing impairments, as well as to examine its relationship to their mental health and their parental role. The study examined the fathers' perceptions regarding their child's disability, psychological rigidity, and the internalized stigma they may experience. The study sample consisted of 100 fathers of individuals with disabilities from various regions of Greece. Quantitative research methodology was used for data collection, and data analysis was conducted using descriptive and inferential statistics. The statistical analysis revealed that the participants exhibited moderate levels of secondary post-traumatic stress and psychological distress, while at the same time exhibiting a relatively increased sense of parental competence and satisfaction with their parental role. It was also found that higher levels of post-traumatic burden were associated with increased psychological distress, greater experiential avoidance, and more intense internalized stigma. At the same time, differences were identified among disability categories regarding specific dimensions of psychological burden and perceptions of the parental role. The findings reveal that behind the stability and functionality that fathers of individuals with disabilities are often called upon to maintain, as well as their often discreet and internalized management of their difficulties, lies a complex psychological burden, which often remains unseen but is particularly important for understanding the paternal experience.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, Fathers of individuals with disabilities, Mental health, Parental role.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	vi
ΑΦΙΕΡΩΣΗ	viii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ix
ABSTRACT	x
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	xi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	xvi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	xx
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΛΩΝ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΩΝ	xxi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΜΕΡΟΣ Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	5
Λειτουργικοί ορισμοί εννοιών	6
1. ΑΝΑΠΗΡΙΑ	9
1.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση της αναπηρίας	9
1.2. Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).....	11
1.2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου.....	11
1.2.2. Συμπτωματολογία – Χαρακτηριστικά	12
1.2.3. Επιπτώσεις στην οικογένεια	13
1.3. Οπτική Αναπηρία	14
1.3.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου.....	14
1.3.2. Ταξινόμηση οπτικής αναπηρίας.....	14
1.3.3. Χαρακτηριστικά οπτικής αναπηρίας.....	15
1.3.4. Επιπτώσεις στην οικογένεια	16
1.4. Ακουστική Αναπηρία	17
1.4.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου.....	17
1.4.2. Ταξινόμηση ακουστικής αναπηρίας.....	17

1.4.3. Χαρακτηριστικά ακουστικής αναπηρίας	19
1.4.4. Επιπτώσεις στην οικογένεια	19
2. Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	21
2.1. Ο ρόλος του πατέρα στην σύγχρονη οικογένεια	21
2.2. Πατέρες ατόμων με αναπηρία	22
2.3. Διαφορές πατέρων - μητέρων.....	23
2.4. Πατέρες παιδιών με ΔΑΦ vs αισθητηριακές αναπηρίες	25
2.5. Πατρική γονεϊκή στρατηγική	27
2.5.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την πατρική γονεϊκή στρατηγική	28
2.5.2. Σχέση με ψυχική υγεία (mental health) και το στρες (stress)	30
3. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ	32
3.1. Ορισμός τραύματος.....	32
3.2. Μετατραυματικό στρες (PTSD).....	32
3.3. Δευτερογενές τραυματικό στρες	33
3.4. Η δημιουργία της μετατραυματικής κατάστασης-επιβάρυνσης και οι παράγοντες που επιδρούν σε αυτή	35
3.5. Οι επιπτώσεις της μετατραυματικής κατάστασης-επιβάρυνσης	37
4. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	39
4.1. Εννοιολογική προσέγγιση και θεωρητικό υπόβαθρο	39
4.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία	40
4.3. Ψυχική υγεία πατέρων ατόμων με αναπηρία	41
4.5. Ψυχική υγεία πατέρα σε σχέση με την μετατραυματική επιβάρυνση	43
5. ΓΟΝΕΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ.....	45
5.1. Εννοιολογική προσέγγιση της γονεϊκής επάρκειας (Parental Competence)	45
5.2. Αυτοαποτελεσματικότητα πατέρων	45
5.3. Η επίδραση της μετατραυματικής επιβάρυνσης στον γονεϊκό ρολό	46
5.3.1. Αντίληψη της αναπηρίας – γνωστικές αναπαραστάσεις.....	48
5.3.2. Αντίληψη πατέρων.....	49

5.3.3. Η αντίληψη της αναπηρίας και η ψυχολογική προσαρμογή των πατέρων	50
5.3.4. Στίγμα - Εννοιολογική προσέγγιση	51
5.3.5. Εσωτερικευμένο στίγμα στους γονείς ατόμων με αναπηρία.....	52
5.3.6. Στίγμα και οικογένεια.....	53
9. Ψυχολογική Ευελιξία - Εννοιολογική Προσέγγιση.....	55
9.2. Θεωρία ACT.....	56
6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	58
6.1. Η διερεύνηση της σχέσης του δευτερογενούς τραυματικού στρες με την ψυχική υγεία	58
6.2. Εμπειρικές έρευνες για την επίδραση της μετατραυματικής επιβάρυνσης στον γονεϊκό ρόλο των πατέρων.....	61
6.3. Διερεύνηση του ρόλου της ψυχολογικής ευελιξίας στην ψυχική προσαρμογή των πατέρων	63
6.4. Διερεύνηση του εσωτερικευμένου στίγματος και ψυχικής επιβάρυνσης γονέων παιδιών με αναπηρία	65
6.5. Διερεύνηση της αντίληψης της αναπηρίας και η επίδρασή της στην ψυχική υγεία των πατέρων	67
6.6. Διερεύνηση διαφορών μεταξύ πατέρων παιδιών με ΔΑΦ και πατέρων παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες	69
6.7. Σύνοψη βιβλιογραφικών ευρημάτων και η αναγκαιότητα της παρούσας έρευνας	71
ΜΕΡΟΣ Β΄ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	73
7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ	74
7.1. Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα	74
7.3. Ερευνητικό εργαλείο	76
7.3.1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων	77
7.3.2. Ψυχομετρικά Εργαλεία	77
7.3.3. Έλεγχος Αξιοπιστίας Τελικής Έρευνας.....	82
7.4. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	86
7.6. Ηθική και Δεοντολογία της Έρευνας	92

7.7. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων	92
8. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	95
8.1. Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων.....	95
8.1.1. <i>EE1: Ποιο είναι το επίπεδο δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης των πατέρων παιδιών με αναπηρία;</i>	102
8.2. Επαγωγική Στατιστική	104
8.2.1. <i>EE2: Υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ πατέρων παιδιών με ΔΑΦ και αισθητηριακές αναπηρίες ως προς την ψυχική υγεία, τη μετατραυματική επιβάρυνση και τον γονεϊκό ρόλο;</i>	104
8.2.2. <i>EE3: Ποια είναι η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας των πατέρων;</i>	106
8.2.3. <i>EE4: Ποια είναι η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και γονεϊκού ρόλου των πατέρων;</i>	107
8.2.4. <i>EE5: Ποιος είναι ο ρόλος της αντίληψης της αναπηρίας, της ψυχολογικής ευελιξίας και του εσωτερικευμένου στίγματος στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας των πατέρων;</i>	107
8.2.5. <i>EE6: Διαφοροποιείται η σχέση μεταξύ μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας ανάλογα με τον τύπο αναπηρίας, το επίπεδο ψυχολογικής ευελιξίας και το εσωτερικευμένο στίγμα;</i>	108
8.2.6. <i>EE7: Πώς σχετίζεται η αντίληψη της αναπηρίας με τη μετατραυματική επιβάρυνση και την ψυχική υγεία των πατέρων;</i>	110
8.2.7. <i>EE8: Ποιοι παράγοντες προβλέπουν την ψυχική υγεία και τον γονεϊκό ρόλο των πατέρων;</i>	110
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	123
9.1. Ερμηνεία ευρημάτων.....	123
9.2. Συζήτηση	139
9.3. Συμπεράσματα.....	149
9.4. Πρακτικές εφαρμογές και προτάσεις.....	152
9.5. Περιορισμοί της έρευνας.....	153
9.6. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	155

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	157
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄	169
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄	27

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

	ΣΕΛ.
Πίνακας 1.1: Επίπεδα σοβαρότητας της ΔΑΦ	12
Πίνακας 1.2: Ταξινόμηση επιπέδων οπτικής αναπηρίας.....	15
Πίνακας 1.3: Ταξινόμηση επιπέδων ακουστικής αναπηρίας.....	18
Πίνακας 7.1: Αξιοπιστία και Περιγραφικά GHQ-28.....	83
Πίνακας 7.2: Αξιοπιστία και Περιγραφικά B-IPQ	83
Πίνακας 7.3: Αξιοπιστία και Περιγραφικά STSS.....	84
Πίνακας 7.4: Αξιοπιστία και Περιγραφικά AAQ-II.....	84
Πίνακας 7.5: Αξιοπιστία και Περιγραφικά ASS	85
Πίνακας 7.6: Αξιοπιστία και Περιγραφικά PSOC-SF	86
Πίνακας 7.7: Δημογραφικά χαρακτηριστικά – Ηλικία γονέα, ηλικία και φύλο παιδιού	88
Πίνακας 7.8: Κύρια διάγνωση παιδιού	88
Πίνακας 7.9: Βαθμός σοβαρότητας αναπηρίας και χρόνος από την πρώτη διάγνωση	89
Πίνακας 7.10: Εκπαιδευτική βαθμίδα που φοιτά το παιδί.....	89
Πίνακας 7.11: Παρουσία δύσκολων συμπεριφορών	90
Πίνακας 7.12: Οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, εκπαίδευση, απασχόληση, εισόδημα, κατοικία	90
Πίνακας 7.13: Λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (0–10).....	91
Πίνακας 7.14: Επιμορφωτικά σεμινάρια και αναπηρία γονέα	92

Πίνακας 8.1: GHQ-28 – Σωματικά Συμπτώματα	95
Πίνακας 8.2: GHQ-28 – Άγχος και Αϋπνία.....	96
Πίνακας 8.3: GHQ-28 – Κοινωνική Δυσλειτουργία	97
Πίνακας 8.4: GHQ-28 – Σοβαρή Κατάθλιψη.....	97
Πίνακας 8.5: B-IPQ – Αντίληψη της αναπηρίας του παιδιού	98
Πίνακας 8.6: AAQ-II – Ψυχολογική Ακαμψία / Βιωματική Αποφυγή.....	98
Πίνακας 8.7: ASS – Γνωστική Διάσταση.....	99
Πίνακας 8.8: ASS – Συναισθηματική Διάσταση.....	100
Πίνακας 8.9: ASS – Συμπεριφορική Διάσταση.....	100
Πίνακας 8.10: PSOC-SF – Γονεϊκή Επάρκεια / Αποτελεσματικότητα.....	101
Πίνακας 8.11: PSOC-SF – Ικανοποίηση από τον Γονεϊκό Ρόλο.....	101
Πίνακας 8.12: STSS – Επίπεδα	102
Πίνακας 8.13: STSS – Εισβολή / Επαναβίωση	103
Πίνακας 8.14: STSS – Αποφυγή.....	103
Πίνακας 8.15: STSS – Διέγερση.....	104
Πίνακας 8.16: Σύγκριση ψυχικής υγείας (GHQ-28) ανά τύπο αναπηρίας – t-test.....	105
Πίνακας 8.17: Σύγκριση STSS ανά τύπο αναπηρίας – t-test.....	105
Πίνακας 8.18: Σύγκριση PSOC-SF ανά τύπο αναπηρίας – Mann-Whitney U....	106
Πίνακας 8.19: Συσχέτιση STSS – GHQ-28 (Pearson)	106
Πίνακας 8.20: Συσχέτιση STSS – PSOC-SF (Spearman)	107

Πίνακας 8.21: Συσχέτιση AAQ-II & B-IPQ – GHQ-28 (Pearson)	107
Πίνακας 8.22: Συσχέτιση ASS – GHQ-28 (Spearman).....	108
Πίνακας 8.23: Συσχέτιση STSS–GHQ-28 ανά τύπο αναπηρίας	108
Πίνακας 8.24: Μερική Συσχέτιση STSS–GHQ-28 με έλεγχο AAQ-II.....	109
Πίνακας 8.25: Μερική Συσχέτιση STSS–GHQ-28 με έλεγχο ASS	109
Πίνακας 8.26: Συσχέτιση B-IPQ με GHQ-28 και STSS (Pearson).....	110
Πίνακας 8.27: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και σωματικών συμπτωμάτων (GHQ-28)	112
Πίνακας 8.28: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και άγχους/αϋπνίας (GHQ-28).....	113
Πίνακας 8.29: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και κοινωνικής δυσλειτουργίας (GHQ-28)	115
Πίνακας 8.30: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και σοβαρής κατάθλιψης (GHQ-28).....	116
Πίνακας 8.31: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και συνολικής ψυχολογικής δυσφορίας (GHQ-28 συνολικό σκορ).....	117
Πίνακας 8.32: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και γονεϊκής επάρκειας/αποτελεσματικότητας (PSOC-SF).....	118
Πίνακας 8.33: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και γονεϊκής ικανοποίησης (PSOC-SF).....	120

Πίνακας 8.34: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και συνολικού γονεϊκού ρόλου (PSOC-SF συνολικό σκορ)..... 121

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Συντομογραφία	Πλήρης όρος
AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire-II
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
APA	American Psychiatric Association
ASD	Autism Spectrum Disorder
ASS	Affiliate Stigma Scale
B-IPQ	Brief Illness Perception Questionnaire
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition, text revision)
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (<i>αν αναφέρεται</i>)
GHQ-28	General Health Questionnaire-28
ICD-11	International Classification of Diseases, 11th Revision
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (<i>αν αναφέρεται</i>)
IDEA	Individuals with Disabilities Education Act (<i>αν αναφέρεται</i>)
PSOC-SF	Parenting Sense of Competence Scale – Short Form
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
STS	Secondary Traumatic Stress
STSS	Secondary Traumatic Stress Scale
WHO	World Health Organization
ΔΑΦ	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος
ΕΕ	Ερευνητικό Ερώτημα
ΠΜΣ	Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΠΤΔΕ	Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης
Σ.Μ.Ε.Α.Ε.	Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΛΩΝ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΩΝ

Σύμβολο	Ερμηνεία
α	Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's Alpha
M	Μέσος όρος
N	Μέγεθος δείγματος / αριθμός συμμετεχόντων
p	Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας
r	Συντελεστής συσχέτισης Pearson
ρ (rho)	Συντελεστής συσχέτισης Spearman
t	Στατιστικός δείκτης t-test
TA	Τυπική απόκλιση
U	Στατιστικός δείκτης Mann-Whitney U
IQR	Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γέννηση ενός παιδιού συνδέεται συνήθως με προσδοκίες, ελπίδες και προσωπικές αναπαραστάσεις για το μέλλον, διαμορφώνοντας για τους γονείς ένα πλαίσιο νοήματος γύρω από την ανάπτυξη, την εξέλιξη και την οικογενειακή ζωή. Ωστόσο, όταν ανακύπτει μια αναπηρία ή τίθεται μια διάγνωση, όπως η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), η οπτική ή η ακουστική αναπηρία, η γονεϊκή εμπειρία συχνά επαναπροσδιορίζεται μέσα από νέες απαιτήσεις, αβεβαιότητες και ψυχολογικές προκλήσεις. Η καθημερινότητα μεταβάλλεται, οι προσδοκίες αναδιαμορφώνονται και οι γονείς καλούνται να προσαρμοστούν σε μια πραγματικότητα που χαρακτηρίζεται από αυξημένες ανάγκες φροντίδας, εκπαιδευτικής υποστήριξης, κοινωνικής διαχείρισης και συναισθηματικής ανθεκτικότητας.

Η διαδικασία αυτή φαίνεται να αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τους πατέρες, μια ομάδα που για μεγάλο χρονικό διάστημα παρέμεινε λιγότερο ορατή στην ερευνητική βιβλιογραφία, καθώς το ενδιαφέρον εστιαζόταν κυρίως στις μητέρες. Παρότι οι πατέρες συχνά εμφανίζονται κοινωνικά ως περισσότερο λειτουργικοί ή λιγότερο εκφραστικοί ως προς τη συναισθηματική τους εμπειρία, η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η φροντίδα παιδιού με αναπηρία ενδέχεται να συνοδεύεται από αυξημένο ψυχικό φορτίο, άγχος, συναισθηματική κόπωση και δυσκολίες προσαρμογής. Στην περίπτωση της ΔΑΦ, οι δυσκολίες κοινωνικής επικοινωνίας, συμπεριφοράς και λειτουργικής προσαρμογής του παιδιού φαίνεται να ενισχύουν το γονεϊκό στρες, ενώ στις αισθητηριακές αναπηρίες οι απαιτήσεις διαχείρισης της επικοινωνίας, της εκπαίδευσης, της κοινωνικής ένταξης και της λειτουργικής αυτονομίας δημιουργούν διαφορετικές αλλά εξίσου απαιτητικές μορφές προσαρμογής.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η εμπειρία της πατρότητας μπορεί να συνοδεύεται από φαινόμενα δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης, δηλαδή από μια μορφή ψυχικής επιβάρυνσης που προκύπτει μέσω της διαρκούς έκθεσης στη δυσκολία, στον φόβο, στην αβεβαιότητα και στη συναισθηματική ένταση που συνοδεύει την εμπειρία της αναπηρίας. Η επιβάρυνση αυτή ενδέχεται να εκδηλώνεται μέσα από επαναλαμβανόμενες ανησυχίες, αποφυγή δύσκολων συναισθημάτων, αυξημένη εγρήγορση ή συναισθηματική εξάντληση,

επηρεάζοντας την ψυχική υγεία, τον τρόπο άσκησης του γονεϊκού ρόλου και τη συνολική προσαρμογή του πατέρα.

Η διεθνής βιβλιογραφία των τελευταίων ετών αναδεικνύει ότι η εμπειρία της αναπηρίας δεν επηρεάζει αποκλειστικά το παιδί, αλλά μετασχηματίζει ουσιαστικά και την ψυχοκοινωνική λειτουργία της οικογένειας, επηρεάζοντας ιδιαίτερα την ψυχική προσαρμογή των γονέων. Παρότι μεγάλο μέρος των ερευνών έχει επικεντρωθεί στις μητέρες, αυξάνεται σταδιακά το ενδιαφέρον για τη διερεύνηση της εμπειρίας των πατέρων παιδιών με ΔΑΦ και αισθητηριακές αναπηρίες, αναγνωρίζοντας ότι η πατρική εμπλοκή συνδέεται με σύνθετες ψυχολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διεργασίες (Khourri, 2024; Seymour et al., 2025; Hunt-Jackson, 2007; Ostergren Clark, 2021).

Ειδικότερα, ένα πρώτο σώμα ερευνών εξετάζει τη μετατραυματική επιβάρυνση, το γονεϊκό στρες και τη συναισθηματική εξάντληση, δείχνοντας ότι η μακροχρόνια φροντίδα παιδιού με αναπηρία μπορεί να συνοδεύεται από αυξημένη ψυχική ένταση, υπερεργήγορση, αποφυγή δύσκολων εμπειριών και επίμονη συναισθηματική επιβάρυνση (Figley, 1995; Bride et al., 2004; Strauss et al., 2024; Greenlee et al., 2023; Rattaz et al., 2022).

Ένας δεύτερος άξονας εστιάζει στην ψυχική υγεία των πατέρων, αναδεικνύοντας τη σχέση ανάμεσα στην αναπηρία του παιδιού και σε δυσκολίες όπως το άγχος, η ψυχική κόπωση, η συναισθηματική δυσφορία και η καταθλιπτική συμπτωματολογία, ιδιαίτερα στους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ και αισθητηριακές αναπηρίες (Li et al., 2022; Mukherjee & Beresford, 2023; Gunjawate et al., 2022; Seymour et al., 2025).

Παράλληλα, αυξανόμενο ενδιαφέρον παρουσιάζουν έρευνες που εξετάζουν την ψυχολογική ευελιξία και την ψυχική προσαρμογή, δείχνοντας ότι η δυσκολία αποδοχής αρνητικών συναισθημάτων και η ψυχολογική ακαμψία συνδέονται με μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση, ενώ η ευελιξία λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στο στρες και στις δυσκολίες της γονεϊκότητας (Hayes et al., 2006; Whittingham et al., 2022; Reich et al., 2025).

Ένας ακόμη σημαντικός άξονας αφορά την αντίληψη της αναπηρίας, το εσωτερικευμένο στίγμα και την κοινωνική υποστήριξη, καθώς ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς νοηματοδοτούν τη διάγνωση, αντιλαμβάνονται τις συνέπειες της αναπηρίας ή βιώνουν κοινωνικές στάσεις γύρω από αυτή φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά την ψυχική τους προσαρμογή (Leventhal et al., 2016; Mak & Cheung, 2008; Sealy et al., 2023).

Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν έρευνες που εξετάζουν τη γονεϊκή επάρκεια, την πατρική εμπλοκή και τον γονεϊκό ρόλο, υποστηρίζοντας ότι η ψυχολογική επιβάρυνση δεν συνεπάγεται απαραίτητα μειωμένη λειτουργικότητα, αλλά συχνά συνυπάρχει με προσπάθεια διατήρησης της σταθερότητας και της υπευθυνότητας απέναντι στο παιδί (Lamb, 2010; Kreiser & Segal, 2025; Weinstein & Zloof Golombick, 2025).

Με βάση τα παραπάνω, η παρούσα μελέτη στηρίζεται στην παραδοχή ότι η εμπειρία της πατρότητας παιδιού με αναπηρία δεν επηρεάζει μονοδιάστατα την ψυχική λειτουργικότητα των πατέρων, αλλά διαμορφώνεται μέσα από ένα σύνθετο πλέγμα αλληλεπιδρώντων παραγόντων. Η μετατραυματική επιβάρυνση, η ψυχική υγεία, η αντίληψη της αναπηρίας, η ψυχολογική ευελιξία, το εσωτερικευμένο στίγμα, η κοινωνική υποστήριξη και η γονεϊκή επάρκεια φαίνεται να αλληλεπιδρούν, επηρεάζοντας τον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες αντιλαμβάνονται, διαχειρίζονται και προσαρμόζονται στις απαιτήσεις της φροντίδας παιδιού με ΔΑΦ, οπτική ή ακουστική αναπηρία. Υπό αυτό το πρίσμα, η ψυχική προσαρμογή των πατέρων δεν αντιμετωπίζεται ως αποτέλεσμα ενός μεμονωμένου παράγοντα, αλλά ως δυναμική διαδικασία που επηρεάζεται από τη νοηματοδότηση της εμπειρίας, τη συναισθηματική διαχείριση, τις κοινωνικές συνθήκες και τις απαιτήσεις του γονεϊκού ρόλου.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης της δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης με την ψυχική υγεία και τον γονεϊκό ρόλο των πατέρων ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, οπτική και ακουστική αναπηρία, καθώς και η εξέταση του ρόλου παραγόντων όπως η ψυχολογική ευελιξία, η αντίληψη της αναπηρίας, το εσωτερικευμένο στίγμα και η κοινωνική υποστήριξη στην ψυχική τους προσαρμογή. Παράλληλα, επιδιώκεται η διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων μεταξύ των ομάδων πατέρων ανάλογα με τη μορφή αναπηρίας του παιδιού.

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται σε επιμέρους κεφάλαια, τα οποία οργανώνονται με τρόπο ώστε να παρουσιάζεται σταδιακά το θεωρητικό, ερευνητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο της μελέτης. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εισαγωγή της έρευνας, το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο αυτή εδράζεται, ο σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα και η συνολική οργάνωση της εργασίας.

Στα επόμενα κεφάλαια αναπτύσσεται το θεωρητικό υπόβαθρο της μελέτης, με έμφαση στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, την οπτική και ακουστική αναπηρία, στις

ψυχολογικές και κοινωνικές προκλήσεις που συνδέονται με αυτές, καθώς και στη διερεύνηση της μετατραυματικής επιβάρυνσης, της ψυχικής υγείας, της ψυχολογικής ευελιξίας, της αντίληψης της αναπηρίας, του εσωτερικευμένου στίγματος, της κοινωνικής υποστήριξης, της πατρικής εμπλοκής, της γονεϊκής επάρκειας και του γονεϊκού ρόλου των πατέρων παιδιών με αναπηρία. Παράλληλα, παρουσιάζονται και οργανώνονται θεματικά οι σχετικές εμπειρικές έρευνες που αφορούν τις παραπάνω διαστάσεις, με στόχο την αποτύπωση της υφιστάμενης γνώσης και την ανάδειξη των ερευνητικών κενών.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται το μεθοδολογικό μέρος της έρευνας, στο οποίο περιγράφονται αναλυτικά ο ερευνητικός σχεδιασμός, το δείγμα της μελέτης (N=100) αποτελούνταν από πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (72,0%), οπτική αναπηρία (17,0%) και ακουστική αναπηρία (17,0%) και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, η διαδικασία επιλογής του δείγματος, τα κριτήρια συμμετοχής, η διαδικασία συλλογής των δεδομένων και τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αποτύπωση της μετατραυματικής επιβάρυνσης, της ψυχικής υγείας, της ψυχολογικής ευελιξίας, της αντίληψης της αναπηρίας, του εσωτερικευμένου στίγματος, της κοινωνικής υποστήριξης και της γονεϊκής επάρκειας.

Επιπλέον, παρουσιάζονται οι διαδικασίες ελέγχου αξιοπιστίας των εργαλείων, οι στατιστικές μέθοδοι που εφαρμόστηκαν, καθώς και η περιγραφή των αναλύσεων συσχέτισης, συγκριτικής διερεύνησης και διαμεσολάβησης που πραγματοποιήθηκαν για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων.

Ακολουθεί το κεφάλαιο παρουσίασης των αποτελεσμάτων, όπου παρουσιάζονται αρχικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και στη συνέχεια τα αποτελέσματα της περιγραφικής, επαγωγικής και διαμεσολαβητικής στατιστικής ανάλυσης, οργανωμένα με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζεται η συζήτηση και ερμηνεία των ευρημάτων σε συνάρτηση με το θεωρητικό πλαίσιο και τη διεθνή βιβλιογραφία, παρατίθενται τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας, οι περιορισμοί της μελέτης και προτάσεις για μελλοντική ερευνητική διερεύνηση και πρακτική αξιοποίηση των ευρημάτων.

ΜΕΡΟΣ Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Λειτουργικοί ορισμοί εννοιών

Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) («Autism Spectrum Disorders»): είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία, σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2022), χαρακτηρίζεται από επίμονες δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, καθώς και από την παρουσία περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων προτύπων συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων. Στην ίδια κατεύθυνση, Τα χαρακτηριστικά της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος εμφανίζονται ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία και διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τη βαρύτητα, τη μορφή και τον βαθμό λειτουργικότητας μεταξύ των ατόμων (American Psychiatric Association, 2022; Lord et al., 2020). Επιπλέον, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι δυσκολίες που σχετίζονται με τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε βασικούς τομείς της καθημερινής ζωής, όπως η κοινωνική συμμετοχή, η επικοινωνία και η προσαρμογή στο περιβάλλον (World Health Organization, 2023).

Οπτική Αναπηρία («Visual Impairment»): αναφέρεται σε σημαντική μείωση ή απώλεια της όρασης, η οποία δεν μπορεί να αποκατασταθεί πλήρως με συνήθη ιατρικά μέσα και επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινή ζωή. Σύμφωνα με τον World Health Organization (2023), η οπτική αναπηρία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, που εκτείνονται από τη χαμηλή όραση έως την πλήρη τύφλωση, με σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τη σοβαρότητα και τις επιπτώσεις. Αντίστοιχα, η απώλεια όρασης επηρεάζει σημαντικά βασικούς τομείς της καθημερινής λειτουργικότητας, όπως η κινητικότητα, η μαθησιακή διαδικασία, η αυτονομία και η κοινωνική συμμετοχή (World Health Organization, 2023). Παράλληλα, η οπτική αναπηρία μπορεί να είναι συγγενής ή επίκτητη και να διαφοροποιείται σημαντικά ως προς τη βαρύτητα, τη λειτουργικότητα και τις ανάγκες υποστήριξης του ατόμου, ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά και το κοινωνικό περιβάλλον (Burton et al., 2021).

Ακουστική Αναπηρία («Hearing Impairment»): αναφέρεται σε μερική ή ολική απώλεια της ακοής, η οποία δεν μπορεί να αποκατασταθεί πλήρως με ιατρικά ή τεχνολογικά μέσα και επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου, ιδιαίτερα στον τομέα της επικοινωνίας και της κοινωνικής συμμετοχής. Σύμφωνα με τον World Health Organization (2023), η

ακουστική αναπηρία καλύπτει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, που εκτείνονται από τη βαρηκοΐα έως την πλήρη κώφωση, με σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τον βαθμό απώλειας και τις επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή. Παράλληλα, η American Speech-Language-Hearing Association (2022) υπογραμμίζει ότι οι δυσκολίες στην ακοή επηρεάζουν άμεσα την ανάπτυξη του λόγου, τη μαθησιακή διαδικασία και την κοινωνική αλληλεπίδραση. Η ακουστική αναπηρία μπορεί να είναι συγγενής ή επίκτητη και να διαφοροποιείται σημαντικά ως προς τη βαρύτητα, τη λειτουργικότητα και τις ανάγκες υποστήριξης του ατόμου, ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά, την ηλικία εμφάνισης και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται το άτομο (World Health Organization, 2021).

Δευτερογενές Τραυματικό Στρες («Secondary Traumatic Stress»):

αναφέρεται στην εμφάνιση συμπτωμάτων παρόμοιων με εκείνα της μετατραυματικής διαταραχής στρες (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD), τα οποία δεν προκύπτουν από την άμεση έκθεση του ατόμου σε ένα τραυματικό γεγονός, αλλά από τη συνεχή συναισθηματική επαφή με το τραύμα, τον πόνο ή τη δυσκολία άλλων ατόμων. Ο Figley (1995), ο οποίος θεμελίωσε θεωρητικά την έννοια του δευτερογενούς τραυματικού στρες, περιέγραψε το φαινόμενο ως το «κόστος της φροντίδας» (cost of caring) για τα άτομα που βρίσκονται σε υποστηρικτικό ή φροντιστικό ρόλο. Το STS μπορεί να εκδηλωθεί μέσω συμπτωμάτων όπως παρεισφρητικές σκέψεις, συναισθηματική εξάντληση, αποφυγή, αυξημένο άγχος και υπερεργήγορση, επηρεάζοντας σημαντικά την ψυχική λειτουργικότητα, τη συναισθηματική ισορροπία και την καθημερινή ζωή του ατόμου (Figley, 1995· Bride et al., 2004).

Τραύμα («Trauma»): αναφέρεται στην ψυχολογική αντίδραση που προκαλείται έπειτα από την έκθεση του ατόμου σε ένα ιδιαίτερα απειλητικό ή έντονα στρεσογόνο γεγονός, το οποίο υπερβαίνει τις δυνατότητες διαχείρισης και προσαρμογής του. Σύμφωνα με το DSM-5-TR της American Psychiatric Association (2022), ως τραυματικά γεγονότα ορίζονται καταστάσεις που περιλαμβάνουν πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας, είτε μέσω άμεσης εμπειρίας είτε μέσω έμμεσης έκθεσης, οπότε δεν σχετίζεται μόνο με το ίδιο το γεγονός, αλλά και με τον τρόπο με τον οποίο το άτομο το βιώνει και το επεξεργάζεται ψυχολογικά. Για παράδειγμα η χρόνια και συναισθηματικά απαιτητική εμπειρία της φροντίδας παιδιού με αναπηρία, μπορεί να

οδηγήσει σε αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και στην εμφάνιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με την συμπτωματολογία του τραύματος.

Ψυχική Υγεία («Mental Health»): ορίζεται ως μια κατάσταση ψυχικής ευεξίας, κατά την οποία το άτομο είναι σε θέση να διαχειρίζεται τις καθημερινές δυσκολίες, να λειτουργεί αποτελεσματικά και να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό του περιβάλλον. Η έννοια αυτή δεν περιορίζεται μόνο στην απουσία ψυχικής διαταραχής, αλλά περιλαμβάνει τη συνολική ψυχολογική και συναισθηματική λειτουργικότητα του ατόμου (World Health Organization, 2022).

Γονεϊκή Επάρκεια / Γονεϊκός Ρόλος («Parental Competence / Parenting Role»): αναφέρεται στην αντίληψη που διαμορφώνει ο γονέας σχετικά με την ικανότητά του να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες του παιδιού και να ασκεί με επάρκεια και λειτουργικότητα τον γονεϊκό του ρόλο. Η έννοια αυτή συνδέεται άμεσα με το αίσθημα γονεϊκής αυτοαποτελεσματικότητας, την ικανοποίηση από τον γονεϊκό ρόλο και την ικανότητα διαχείρισης των απαιτήσεων που προκύπτουν κατά τη φροντίδα και ανατροφή του παιδιού (Johnston & Mash, 1989). Παράλληλα, η γονεϊκή επάρκεια επηρεάζεται από ψυχολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και από τον βαθμό προσαρμογής του γονέα στις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού (Jones & Prinz, 2005).

1. ΑΝΑΠΗΡΙΑ

1.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση της αναπηρίας

Η έννοια της αναπηρίας έχει αποτελέσει αντικείμενο διαφορετικών θεωρητικών και κοινωνικών προσεγγίσεων στη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς ο τρόπος κατανόησής της επηρεάζεται από τις κυρίαρχες αντιλήψεις κάθε ιστορικής και κοινωνικής περιόδου. Παράλληλα, η αναπηρία βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από κάθε άτομο, ανάλογα με τους λειτουργικούς περιορισμούς, τις περιβαλλοντικές συνθήκες και τις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Για τον λόγο αυτό, δεν υπάρχει ένας απόλυτα κοινά αποδεκτός ορισμός της αναπηρίας, αλλά ποικίλες εννοιολογικές αποδόσεις που βασίζονται σε διαφορετικά θεωρητικά και επιστημονικά πλαίσια (Lindemann, Cherney, & Ahumada, 2017· Σούλης, 2008). Στις αρχικές προσεγγίσεις, η αναπηρία ερμηνευόταν κυρίως μέσα από το ιατρικό μοντέλο, το οποίο εστίαζε στη βλάβη του οργανισμού. Στο πλαίσιο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εισήγαγε τη διάκριση μεταξύ «βλάβης» (impairment), «αναπηρίας» (disability) και «μειονεξίας» (handicap), επιχειρώντας να περιγράψει τη μετάβαση από τη σωματική δυσλειτουργία στους περιορισμούς δραστηριότητας και τελικά στις κοινωνικές επιπτώσεις (World Health Organization, 1980). Παρόλο που η προσέγγιση αυτή αποτέλεσε σημαντικό βήμα, θεωρήθηκε με την πάροδο του χρόνου ότι δεν αποδίδει πλήρως την πραγματικότητα της αναπηρίας.

Η σύγχρονη βιβλιογραφία ενισχύει αυτή την προσέγγιση, υπογραμμίζοντας ότι παράγοντες όπως η κοινωνική στάση, η προσβασιμότητα και η ύπαρξη υποστηρικτικών δομών επηρεάζουν καθοριστικά την εμπειρία της αναπηρίας (Shakespeare et al., 2021· Krahn, Walker, & Correa-De-Araujo, 2021). Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία, η οποία ορίζει ότι τα άτομα με αναπηρία είναι εκείνα που αντιμετωπίζουν μακροχρόνιες σωματικές, νοητικές, διανοητικές ή αισθητηριακές δυσκολίες, οι οποίες, σε συνδυασμό με κοινωνικά εμπόδια, περιορίζουν την ισότιμη συμμετοχή τους στην κοινωνία (United Nations, 2006). Η αναπηρία δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομικό χαρακτηριστικό του παιδιού, αλλά μια πολυδιάστατη κατάσταση που επηρεάζει το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Οι ψυχολογικές, κοινωνικές και εκπαιδευτικές απαιτήσεις που συνοδεύουν την αναπηρία επηρεάζουν ουσιαστικά και τους γονείς, οι οποίοι καλούνται να προσαρμοστούν σε νέες συνθήκες ζωής (Σούλης, 2020).

Συνολικά, η αναπηρία μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σύνθετο και δυναμικό φαινόμενο, το οποίο διαμορφώνεται μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του. Η εμπειρία της δεν είναι ίδια για όλους, αλλά διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος της αναπηρίας, τις διαθέσιμες υποστηρικτικές δομές και τις κοινωνικές συνθήκες. Η κατανόηση αυτής της πολυδιάστατης φύσης της αναπηρίας κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να προσεγγιστούν ουσιαστικά οι επιπτώσεις που επιφέρει όχι μόνο στο ίδιο το άτομο, αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον και ειδικότερα στους γονείς, όπως εξετάζεται στην παρούσα έρευνα. Δεν αφορά αποκλειστικά το άτομο αλλά επηρεάζει και το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο, αναδεικνύοντας την ανάγκη υποστηρικτικών και συμπεριληπτικών πρακτικών που να ανταποκρίνονται τόσο στις ανάγκες του παιδιού όσο και της οικογένειας (Σούλης, 2008).

Η κατηγοριοποίηση των μορφών αναπηρίας βασίζεται σε διαφορετικά κριτήρια, τα οποία σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά και τις λειτουργικές δυσκολίες του ατόμου. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, μία ευρέως αποδεκτή προσέγγιση διακρίνει τις αναπηρίες σε κινητικές, αισθητηριακές, νοητικές-γνωστικές και συναισθηματικές, ανάλογα με τον τομέα της λειτουργικότητας που επηρεάζεται (World Health Organization, 2001 οπ.αναφ Σούλης, 2020). Οι κινητικές αναπηρίες αφορούν περιορισμούς στη σωματική δραστηριότητα, οι αισθητηριακές σχετίζονται με δυσκολίες στην όραση και την ακοή, οι νοητικές-γνωστικές με τη μάθηση και τη γνωστική λειτουργία, ενώ οι συναισθηματικές επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τη συναισθηματική προσαρμογή. Η κατηγοριοποίηση αυτή δεν είναι απόλυτη, αλλά χρησιμοποιείται ευρέως για την κατανόηση των διαφορετικών αναγκών των ατόμων με αναπηρία (Shakespeare et al., 2021). Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και στις αισθητηριακές αναπηρίες, συγκεκριμένα στην οπτική και την ακουστική, καθώς συνδέονται με διαφοροποιημένες απαιτήσεις φροντίδας και ιδιαίτερες επιπτώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον και στη γονεϊκή εμπειρία.

1.2. Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

1.2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ¹) αποτελεί μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία έχει απασχολήσει εκτενώς τη διεθνή επιστημονική κοινότητα λόγω της πολυπλοκότητας και της ετερογένειας που τη χαρακτηρίζει. Ο όρος “αυτισμός” χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Leo Kanner για να περιγράψει παιδιά που παρουσίαζαν σημαντικές δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην επικοινωνία και στη συμπεριφορική προσαρμογή, χαρακτηριστικά τα οποία αργότερα αποτέλεσαν βασικούς άξονες της σύγχρονης κατανόησης της ΔΑΦ (Kanner, 1943). Ετυμολογικά, ο όρος προέρχεται από την ελληνική λέξη “εαυτός”, στοιχείο που χρησιμοποιήθηκε ιστορικά για να περιγράψει την εσωστρεφή διάσταση που αποδιδόταν παλαιότερα σε ορισμένα άτομα με αυτισμό.

Σύμφωνα με το DSM-5, η ΔΑΦ χαρακτηρίζεται από επίμονες δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, καθώς και από περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων, τα οποία διαφοροποιούνται ως προς τη βαρύτητα και τις ανάγκες υποστήριξης του ατόμου (American Psychiatric Association, 2013). Η έννοια του «φάσματος» αποτυπώνει ακριβώς αυτή την ποικιλομορφία, καθώς τα άτομα με ΔΑΦ διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τις γνωστικές τους ικανότητες, τις κοινωνικές δεξιότητες, την επικοινωνία και την προσαρμογή στην καθημερινή ζωή (Lord et al., 2020· Lai, Lombardo, & Baron-Cohen, 2014).

Σύμφωνα με το DSM-5-TR, η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος ταξινομείται σε τρία επίπεδα σοβαρότητας, με βασικό κριτήριο τον βαθμό υποστήριξης που απαιτείται για τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινή ζωή (βλ. Πίνακα 1.1.). Η ταξινόμηση αυτή βασίζεται κυρίως στις δυσκολίες που εμφανίζονται στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, καθώς και στην παρουσία περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων προτύπων συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, στο Επίπεδο 1 το άτομο «απαιτεί υποστήριξη», στο Επίπεδο 2 «απαιτεί ενισχυμένη υποστήριξη», ενώ στο Επίπεδο 3 «απαιτεί ιδιαίτερα ενισχυμένη υποστήριξη», καθώς οι δυσκολίες εμφανίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό

¹ ΔΑΦ: Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος. Με το παρόν ακρωνύμιο θα συναντάται ο όρος στην παρούσα έρευνα.

και επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα και την προσαρμογή του ατόμου (American Psychiatric Association, 2022).

Πίνακας 1.1: Επίπεδα σοβαρότητας της ΔΑΦ

Επίπεδο σοβαρότητας	Κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση	Περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές
Επίπεδο 1 «Απαιτεί υποστήριξη»	Δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στην επικοινωνία χωρίς υποστήριξη.	Δυσκολία στην ευελιξία σκέψης, στην οργάνωση και στην προσαρμογή σε αλλαγές.
Επίπεδο 2 «Απαιτεί ουσιαστική υποστήριξη»	Εμφανείς δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία ακόμη και με υποστήριξη.	.Συχνές επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και έντονη δυσκολία προσαρμογής.
Επίπεδο 3 «Απαιτεί πολύ ουσιαστική υποστήριξη»	Σοβαρές δυσκολίες στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία με πολύ περιορισμένη αλληλεπίδραση.	.Έντονες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και σοβαρή δυσκολία διαχείρισης αλλαγών στην καθημερινότητα.

Πηγή: Προσαρμογή από το *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR), American Psychiatric Association, 2022.

1.2.2. Συμπτωματολογία – Χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5-TR), η ΔΑΦ ορίζεται ως μία χρόνια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από δύο βασικούς άξονες: (α) επίμονες δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση και (β) περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων (American Psychiatric Association, 2022). Τα χαρακτηριστικά αυτά εμφανίζονται ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία και επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής του.

Η αιτιολογία της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος θεωρείται πολυπαραγοντική, καθώς φαίνεται να εμπλέκονται γενετικοί, νευροβιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, δεν υπάρχει μία μοναδική αιτία εμφάνισης της ΔΑΦ, αλλά ένας συνδυασμός παραγόντων που επηρεάζουν τη νευροαναπτυξιακή πορεία του ατόμου (World Health Organization, 2023). Παράλληλα, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση στον αριθμό των διαγνώσεων, γεγονός

που αποδίδεται κυρίως στη βελτίωση των διαγνωστικών εργαλείων, στη διεύρυνση των διαγνωστικών κριτηρίων και στην αυξημένη ευαισθητοποίηση της κοινωνίας γύρω από τη διαταραχή (Maenner et al., 2021). Η κατανόηση της ετερογένειας και της πολυπλοκότητας της ΔΑΦ θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στη λειτουργικότητα, στην επικοινωνία και στις ανάγκες υποστήριξης συνδέονται με διαφορετικές απαιτήσεις φροντίδας και προσαρμογής. Οι απαιτήσεις αυτές επηρεάζουν όχι μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον και ιδιαίτερα τους γονείς. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν συχνά αυξημένα επίπεδα γονεϊκού στρες και ψυχολογικής επιβάρυνσης, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά τη συναισθηματική τους προσαρμογή και τη συνολική λειτουργικότητα της οικογένειας (Hayes & Watson, 2013). Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος εξετάζεται ως μία από τις βασικές κατηγορίες αναπηρίας, με έμφαση στις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην ψυχική υγεία των πατέρων και στον γονεϊκό τους ρόλο.

1.2.3. Επιπτώσεις στην οικογένεια

Οι οικογένειες παιδιών με ΔΑΦ συχνά καλούνται να ανταποκριθούν σε σύνθετες εκπαιδευτικές, κοινωνικές και ψυχολογικές απαιτήσεις, γεγονός που μπορεί να επιβαρύνει την καθημερινή λειτουργικότητα και την ψυχική προσαρμογή των γονέων (Hallahan et al., 2022; Heward, 2011; Mukherjee & Beresford, 2023). Οι δυσκολίες που σχετίζονται με την κοινωνική επικοινωνία, τη συμπεριφορά και την προσαρμογή του παιδιού συχνά δημιουργούν αυξημένες απαιτήσεις για τους γονείς, επηρεάζοντας τη συναισθηματική τους κατάσταση, τη γονεϊκή λειτουργικότητα και τις οικογενειακές σχέσεις (Hallahan et al., 2022; Heward, 2011; Mukherjee & Beresford, 2023). Οι οικογένειες παιδιών με ΔΑΦ καλούνται συχνά να ανταποκριθούν σε σύνθετες εκπαιδευτικές, κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες, γεγονός που ενδέχεται να επιβαρύνει σημαντικά την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, στους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, οι απαιτήσεις αυτές φαίνεται να συνδέονται με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και μακροχρόνιες δυσκολίες προσαρμογής, οι οποίες μεταβάλλονται ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και τις απαιτήσεις φροντίδας (Khouri, 2024; Seymour et al., 2025). Παράλληλα, ο Σούλης (2020) αναφέρει ότι η εμπειρία της αναπηρίας επηρεάζει όχι μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα, καθώς οι γονείς συχνά χρειάζεται να

αναδιαμορφώσουν τους ρόλους, τις προσδοκίες και την καθημερινή τους λειτουργία προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού.

1.3. Οπτική Αναπηρία

1.3.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου

Η οπτική αναπηρία αναφέρεται σε σημαντική μείωση ή απώλεια της όρασης, η οποία δεν μπορεί να διορθωθεί πλήρως με συνήθη ιατρικά ή οπτικά μέσα και επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινή ζωή. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η οπτική αναπηρία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, από τη χαμηλή όραση έως την πλήρη τύφλωση, με διαφοροποιήσεις ως προς τη σοβαρότητα και τις επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ατόμου (World Health Organization, 2023). Οι δυσκολίες που σχετίζονται με την απώλεια όρασης επηρεάζουν βασικούς τομείς της καθημερινότητας, όπως η κινητικότητα, η αυτονομία, η πρόσβαση στην εκπαίδευση και η κοινωνική συμμετοχή (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2022). Παράλληλα, η οπτική αναπηρία μπορεί να είναι συγγενής ή επίκτητη και να διαφοροποιείται σημαντικά ως προς τις ανάγκες υποστήριξης και προσαρμογής του ατόμου, ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά και το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται και λειτουργεί (Heward, 2011).

1.3.2. Ταξινόμηση οπτικής αναπηρίας

Η ταξινόμηση της οπτικής αναπηρίας βασίζεται κυρίως στον βαθμό απώλειας της όρασης και στη λειτουργική ικανότητα του ατόμου, αποτελώντας σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση των αναγκών του και τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η οπτική αναπηρία περιλαμβάνει διαφορετικά επίπεδα λειτουργικής δυσκολίας, όπως η ήπια, η μέτρια και η σοβαρή μείωση της όρασης, καθώς και η τύφλωση, με βασικά κριτήρια την οπτική οξύτητα και το οπτικό πεδίο (World Health Organization, 2023). Η κατηγοριοποίηση αυτή συμβάλλει στην ακριβέστερη αποτύπωση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου και στη διαμόρφωση εξατομικευμένων παρεμβάσεων εκπαιδευτικής και κοινωνικής υποστήριξης (βλ. Πίνακα 1.2.). Παράλληλα, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στη λειτουργική διάσταση της όρασης, δηλαδή στην

ικανότητα του ατόμου να αξιοποιεί την υπολειπόμενη όρασή του στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, στοιχείο που επηρεάζει σημαντικά τις ανάγκες εκπαίδευσης, προσαρμογής και αυτονομίας (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2022· Heward, 2011).

Πίνακας 1.2: Ταξινόμηση επιπέδων οπτικής αναπηρίας

Κατηγορία Όρασης	Οπτική Οξύτητα (με καλύτερη διόρθωση)	Περιγραφή
Φυσιολογική όραση	$\geq 6/12$	Δεν παρατηρείται σημαντικός περιορισμός στην όραση
Ήπια οπτική δυσκολία	$< 6/12$ έως $6/18$	Μικρή μείωση όρασης με περιορισμένες επιπτώσεις στην καθημερινότητα
Μέτρια οπτική αναπηρία	$< 6/18$ έως $6/60$	Σημαντική δυσκολία σε δραστηριότητες όπως ανάγνωση και μετακίνηση
Σοβαρή οπτική αναπηρία	$< 6/60$ έως $3/60$	Πολύ περιορισμένη όραση και αυξημένη ανάγκη υποστήριξης
Τύφλωση	$< 3/60$ ή περιορισμένο οπτικό πεδίο	Πλήρης ή σχεδόν πλήρης απώλεια όρασης

Πηγή: Προσαρμογή από τον World Health Organization (2023), Blindness and vision impairment.

* Ο πρώτος αριθμός (6) δείχνει την απόσταση από την οποία εξετάζεται το άτομο (6 μέτρα). Ο δεύτερος αριθμός δείχνει από ποια απόσταση μπορεί να δει το ίδιο αντικείμενο ένα άτομο με φυσιολογική όραση. όσο μεγαλώνει ο δεύτερος αριθμός, τόσο μεγαλύτερη είναι η δυσκολία στην όραση.

1.3.3. Χαρακτηριστικά οπτικής αναπηρίας

Τα χαρακτηριστικά της οπτικής αναπηρίας διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τον βαθμό και το είδος της απώλειας όρασης, επηρεάζοντας ουσιαστικά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε πολλαπλά επίπεδα της καθημερινής ζωής. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν περιορισμούς στην πρόσληψη και επεξεργασία οπτικών ερεθισμάτων, γεγονός που δυσχεραίνει δραστηριότητες όπως η ανάγνωση, η γραφή, ο προσανατολισμός και η ασφαλής μετακίνηση στον χώρο (World

Health Organization, 2023). Οι δυσκολίες αυτές επηρεάζουν σημαντικά την αυτονομία, την κινητικότητα και τη συμμετοχή του ατόμου στις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ συχνά απαιτούνται προσαρμογές και υποστηρικτικά μέσα για την ενίσχυση της λειτουργικότητας και της ανεξάρτητης διαβίωσης (Heward, 2011). Παράλληλα, η περιορισμένη πρόσβαση σε οπτικές πληροφορίες μπορεί να επηρεάσει και την κοινωνική αλληλεπίδραση, καθώς δυσχεραίνεται η κατανόηση μη λεκτικών στοιχείων επικοινωνίας, όπως οι εκφράσεις του προσώπου και η γλώσσα του σώματος (Mason & McCall, 1997). Συνολικά, η οπτική αναπηρία δεν περιορίζεται μόνο στη βιολογική διάσταση της όρασης, αλλά επηρεάζει τη λειτουργική, κοινωνική και προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου.

1.3.4. Επιπτώσεις στην οικογένεια

Η παρουσία ενός παιδιού με οπτική αναπηρία επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία και στη δυναμική της οικογένειας, καθώς οι αυξημένες ανάγκες φροντίδας, υποστήριξης και προσαρμογής επηρεάζουν πολλαπλές πτυχές της καθημερινότητας. Οι γονείς συχνά καλούνται να αναδιαμορφώσουν το οικογενειακό περιβάλλον και να προσαρμόσουν τις καθημερινές δραστηριότητες, με στόχο την ενίσχυση της αυτονομίας, της κινητικότητας και της λειτουργικότητας του παιδιού, διαδικασία που μπορεί να συνοδεύεται από αυξημένες απαιτήσεις και συναισθηματική επιβάρυνση (Heward, 2011). Οι γονείς καλούνται συχνά να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη φροντίδα, στην εκπαίδευση και στην ενίσχυση της αυτονομίας του παιδιού, γεγονός που μπορεί να επιβαρύνει συναισθηματικά και πρακτικά την οικογενειακή ζωή (Holbrook & Koenig, 2000). Παράλληλα, οι δυσκολίες πρόσβασης σε οπτικά κοινωνικά ερεθίσματα ενδέχεται να επηρεάζουν την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και τη διαδικασία κοινωνικοποίησης του παιδιού, γεγονός που συχνά οδηγεί τους γονείς σε μεγαλύτερη εμπλοκή και αυξημένο αίσθημα ευθύνης σχετικά με την κοινωνική προσαρμογή και ένταξη του παιδιού (Mason & McCall, 1997).

Οι δυσκολίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης και πρόσβασης σε οπτικά κοινωνικά ερεθίσματα ενδέχεται να ενισχύσουν το άγχος και την ανησυχία των γονέων σχετικά με την κοινωνική προσαρμογή και τη μελλοντική ανεξαρτησία του παιδιού. Η συνεχής ανάγκη υποστήριξης και καθοδήγησης μπορεί να επηρεάσει τη συναισθηματική ισορροπία και τη συνολική ποιότητα ζωής της οικογένειας (Warren, 1994). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η περιορισμένη πρόσβαση σε υποστηρικτικές υπηρεσίες και δομές μπορεί να επιβαρύνει περαιτέρω τις οικογένειες, καθώς αυξάνει την ανάγκη για συνεχή

φροντίδα και περιορίζει τις δυνατότητες κοινωνικής υποστήριξης (World Health Organization, 2023). Ως αποτέλεσμα, η οπτική αναπηρία δεν επηρεάζει μόνο τη λειτουργικότητα του ίδιου του παιδιού, αλλά διαμορφώνει ένα σύνθετο πλαίσιο προκλήσεων που επεκτείνεται στη συναισθηματική κατάσταση, στις οικογενειακές σχέσεις και στη συνολική ποιότητα ζωής όλων των μελών της οικογένειας.’

1.4. Ακουστική Αναπηρία

1.4.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου

Η ακουστική αναπηρία αναφέρεται στη μερική ή ολική απώλεια της ακοής, η οποία επηρεάζει σε διαφορετικό βαθμό την ικανότητα του ατόμου να προσλαμβάνει και να επεξεργάζεται ακουστικά ερεθίσματα της καθημερινής ζωής. Η απώλεια ακοής μπορεί να εμφανίζεται από τη γέννηση ή να είναι επίκτητη και διαφοροποιείται ως προς τη σοβαρότητα, τη λειτουργικότητα και τις ανάγκες υποστήριξης του ατόμου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ακουστική αναπηρία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δυσκολιών, από ήπια έως πλήρη απώλεια ακοής, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνία, την κοινωνική συμμετοχή και την πρόσβαση στην εκπαίδευση (World Health Organization, 2021). Παράλληλα, η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση δεν περιορίζεται μόνο στη βιολογική διάσταση της ακοής, αλλά εξετάζει και τη λειτουργική επίδραση της απώλειας ακοής στην ανάπτυξη της γλώσσας, στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στην καθημερινή προσαρμογή του ατόμου (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2022). Επιπλέον, η ακουστική αναπηρία συνδέεται συχνά με αυξημένες ανάγκες επικοινωνιακής και εκπαιδευτικής υποστήριξης, ιδιαίτερα κατά την παιδική ηλικία, καθώς η περιορισμένη πρόσβαση στον προφορικό λόγο μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη γλωσσικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (Marschark & Spencer, 2011).

1.4.2. Ταξινόμηση ακουστικής αναπηρίας

Η ταξινόμηση της ακουστικής αναπηρίας βασίζεται κυρίως στον βαθμό απώλειας της ακοής, ο οποίος αποτυπώνεται σε decibels hearing level (dB HL), αλλά και στον τρόπο με τον οποίο η απώλεια αυτή επηρεάζει την επικοινωνία και τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινή ζωή. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η απώλεια ακοής

μπορεί να κυμαίνεται από ήπια έως σοβαρή ή πλήρη, ενώ τα άτομα με πολύ σοβαρή απώλεια ακοής ενδέχεται να αξιοποιούν εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας, όπως η νοηματική γλώσσα (World Health Organization, 2021). Η ταξινόμηση της ακουστικής αναπηρίας (βλ. Πίνακα 1.3.) πραγματοποιείται με βάση τα ακουομετρικά ευρήματα και τον βαθμό δυσκολίας στην πρόσληψη και επεξεργασία του προφορικού λόγου, καθώς οι διαφοροποιήσεις στον βαθμό απώλειας της ακοής συνδέονται με διαφορετικές ανάγκες επικοινωνιακής και εκπαιδευτικής υποστήριξης (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2022). Παράλληλα, η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση επισημαίνει ότι η ακουστική αναπηρία δεν πρέπει να εξετάζεται αποκλειστικά ως βιολογική απώλεια της ακοής, αλλά και ως παράγοντας που επηρεάζει τη γλωσσική ανάπτυξη, τη μάθηση, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη συμμετοχή του ατόμου στην καθημερινή ζωή (Marschark & Spencer, 2011). Για τον λόγο αυτό, η έγκαιρη αξιολόγηση και η παροχή κατάλληλων παρεμβάσεων, όπως ακουστικά βοηθήματα, κοχλιακά εμφυτεύματα και εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη, θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές για τη λειτουργική ανάπτυξη και προσαρμογή του ατόμου.

Πίνακας 1.3: Ταξινόμηση επιπέδων ακουστικής αναπηρίας

Βαθμός Απώλειας Ακοής	Εύρος (dB HL)	Περιγραφή
Φυσιολογική ακοή	-10 έως 20 dB	Δεν παρατηρείται δυσκολία στην αντίληψη της ομιλίας
Ήπια απώλεια ακοής	21–40 dB	Δυσκολία στην κατανόηση χαμηλόφωνης ομιλίας
Μέτρια απώλεια ακοής	41–55 dB	Σημαντική δυσκολία στην κατανόηση της ομιλίας χωρίς ενίσχυση
Μέτρια-σοβαρή απώλεια	56–70 dB	Πολύ περιορισμένη κατανόηση της ομιλίας, ανάγκη για ακουστικά βοηθήματα
Σοβαρή απώλεια ακοής	71–90 dB	Η ομιλία δεν γίνεται κατανοητή χωρίς ισχυρή ενίσχυση
Βαθιά απώλεια ακοής (κώφωση)	>90 dB	Πολύ περιορισμένη ή καθόλου αντίληψη της ομιλίας

Πηγή: Προσαρμογή από τον World Health Organization (2021), *World report on hearing*.

1*Τα dB HL (decibels hearing level) αποτελούν μονάδα μέτρησης της έντασης του ήχου και χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση του βαθμού απώλειας ακοής.¹

1.4.3. Χαρακτηριστικά ακουστικής αναπηρίας

Τα χαρακτηριστικά της ακουστικής αναπηρίας διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τον βαθμό και το είδος της απώλειας ακοής, επηρεάζοντας ουσιαστικά την επικοινωνία και τη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα άτομα με ακουστική αναπηρία ενδέχεται να παρουσιάζουν δυσκολίες στην αντίληψη και κατανόηση της ομιλίας, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με αυξημένο θόρυβο, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά την καθημερινή επικοινωνία και τη συμμετοχή σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (World Health Organization, 2021). Η απώλεια ακοής, ιδιαίτερα όταν εμφανίζεται σε πρώιμα στάδια ανάπτυξης, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ανάπτυξη του λόγου, τη γλωσσική εξέλιξη και τη μαθησιακή διαδικασία, καθώς η περιορισμένη πρόσβαση στον προφορικό λόγο δυσχεραίνει την ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων (Marschark & Spencer, 2011). Παράλληλα, οι δυσκολίες στην ακουστική πρόσληψη πληροφοριών ενδέχεται να επηρεάζουν και την κοινωνική αλληλεπίδραση, καθώς περιορίζεται η δυνατότητα συμμετοχής σε συζητήσεις και η κατανόηση κοινωνικών σημάτων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη κοινωνική συμμετοχή και συναισθηματική απομόνωση (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2022). Συνολικά, η ακουστική αναπηρία δεν επηρεάζει μόνο τη βιολογική λειτουργία της ακοής, αλλά συνδέεται άμεσα με τη γλωσσική, γνωστική, κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου.

1.4.4. Επιπτώσεις στην οικογένεια

Η ακουστική αναπηρία επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία της οικογένειας, κυρίως λόγω των δυσκολιών στην επικοινωνία που επηρεάζουν την καθημερινή αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι οικογένειες παιδιών με απώλεια ακοής συχνά αντιμετωπίζουν προκλήσεις που σχετίζονται με την πρόσβαση σε υπηρεσίες διάγνωσης, παρέμβασης και υποστήριξης, γεγονός που μπορεί να αυξήσει το άγχος και την ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων (World Health Organization, 2021). Παράλληλα, οι γονείς συχνά χρειάζεται να προσαρμόσουν τον τρόπο επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με το παιδί, αξιοποιώντας εναλλακτικές μορφές

επικοινωνίας και υποστηρικτικές στρατηγικές, διαδικασία που απαιτεί χρόνο, εκπαίδευση και συναισθηματική προσαρμογή (Marschark & Spencer, 2011). Οι επικοινωνιακές δυσκολίες και οι αυξημένες ανάγκες υποστήριξης ενδέχεται να επηρεάσουν τη συναισθηματική σύνδεση γονέα–παιδιού, καθώς και τη συνολική λειτουργικότητα της οικογένειας, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα στάδια προσαρμογής μετά τη διάγνωση (Mooges, 2001). Επιπλέον, οι οικογένειες συχνά εκφράζουν ανησυχία σχετικά με τη γλωσσική ανάπτυξη, τη μαθησιακή πορεία και την κοινωνική ένταξη του παιδιού, γεγονός που επηρεάζει τη συναισθηματική ισορροπία και την ποιότητα ζωής όλων των μελών της οικογένειας (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2022). Συνολικά, η ακουστική αναπηρία διαμορφώνει ένα σύνθετο πλαίσιο προκλήσεων που επεκτείνεται στις οικογενειακές σχέσεις, στην καθημερινή λειτουργικότητα και στη συνολική ψυχοκοινωνική προσαρμογή της οικογένειας.

2. Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

2.1. Ο ρόλος του πατέρα στην σύγχρονη οικογένεια

Στη σύγχρονη οικογένεια, ο ρόλος του πατέρα έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές, καθώς δεν περιορίζεται πλέον αποκλειστικά στην οικονομική υποστήριξη, αλλά περιλαμβάνει ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα και την ανατροφή των παιδιών. Οι Cabrera et al. (2018) επισημαίνουν ότι η αυξημένη εμπλοκή των πατέρων στην καθημερινή ζωή των παιδιών συνδέεται με θετικά αναπτυξιακά αποτελέσματα, τόσο σε γνωστικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Η αλλαγή αυτή αντανακλά ευρύτερες κοινωνικές και πολιτισμικές μεταβολές που επηρεάζουν τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας και επαναπροσδιορίζουν τις σύγχρονες αντιλήψεις γύρω από την πατρότητα και τη γονεϊκή συμμετοχή..

Πέρα από την πρακτική συμβολή, η παρουσία του πατέρα συμβάλλει καθοριστικά στη διαμόρφωση ενός υποστηρικτικού συναισθηματικού πλαισίου. Σύμφωνα με τον Lamb (2010), η ποιότητα της σχέσης πατέρα–παιδιού σχετίζεται με την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, τη συναισθηματική ρύθμιση και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης. Αν και η συγκεκριμένη μελέτη είναι παλαιότερη, εξακολουθεί να αποτελεί βασική θεωρητική αναφορά για τον ρόλο του πατέρα.

Όπως επισημαίνουν οι Cabrera et al. (2018), αλλά και επιβεβαιώνει η σύγχρονη βιβλιογραφία Kirsten L. Ostergren Clark (2021) η αυξημένη εμπλοκή των πατέρων στην καθημερινή ζωή των παιδιών συνδέεται με βελτιωμένα αναπτυξιακά αποτελέσματα, ενισχύοντας καθοριστικά τη συναισθηματική ρύθμιση, την κοινωνική επάρκεια και τη γνωστική τους ανάπτυξη Lapková, et al., (2024) . Οι πατέρες, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο για την ουσιαστική τους συμβολή στην οικογένεια Seymour et al., (2025), υιοθετώντας αυτό που ορίζεται ως «αρρενωπότητα της φροντίδας» (caring masculinity) – δηλαδή ενσωματώνοντας τη στοργή, την ενσυναίσθηση και την καθημερινή φροντίδα στον πυρήνα της ανδρικής και γονεϊκής τους ταυτότητας Kirsten L. Ostergren Clark (2021)

Η έννοια της πατρικής γονεϊκής στρατηγικής που αναφέρεται και σε παρακάτω υποενότητα πιο αναλυτικά αφορά στον τρόπο με τον οποίο ο πατέρας οργανώνει τις στάσεις και τις συμπεριφορές του απέναντι στο παιδί, λαμβάνοντας υπόψη τις απαιτήσεις της

οικογενειακής ζωής. Οι Cabrera et al. (2018) τονίζουν ότι η πατρική εμπλοκή δεν είναι στατική, αλλά προσαρμόζεται δυναμικά στις ανάγκες του παιδιού και στις συνθήκες της οικογένειας, γεγονός που καθιστά τον ρόλο του ιδιαίτερα ευέλικτο.

Στο πλαίσιο της αναπηρίας, ο ρόλος του πατέρα καθίσταται πιο σύνθετος και απαιτητικός, καθώς οι ανάγκες φροντίδας και υποστήριξης αυξάνονται σημαντικά. Οι Dabrowska και Pisula (2010) επισημαίνουν ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία βιώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους και προσαρμοστικών απαιτήσεων, γεγονός που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον γονεϊκό τους ρόλο. Η αναπηρία του παιδιού συχνά συνεπάγεται αυξημένες απαιτήσεις προσαρμογής για την οικογένεια, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάζουν τη συναισθηματική κατάσταση, την καθημερινή λειτουργικότητα και τη συνολική ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων, ενώ παράλληλα η ανάγκη διαχείρισης σύνθετων εκπαιδευτικών, κοινωνικών και φροντιστικών απαιτήσεων καθιστά σημαντική την ανάπτυξη στρατηγικών προσαρμογής και οικογενειακής υποστήριξης (Κυπριωτάκη & Γεωργιάδη, 2005).

Παρά τις δυσκολίες, η ενεργή συμμετοχή των πατέρων στην οικογενειακή ζωή συμβάλλει σημαντικά στη συνολική λειτουργία της οικογένειας. Σύμφωνα με τους Flippin και Crais (2011), η εμπλοκή των πατέρων συνδέεται με καλύτερη προσαρμογή της οικογένειας και με θετικά αποτελέσματα για την ανάπτυξη του παιδιού, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου υπάρχει αναπηρία. Συνεπώς, ο σύγχρονος πατέρας αποτελεί βασικό πυλώνα υποστήριξης και συνοχής της οικογένειας.

2.2. Πατέρες ατόμων με αναπηρία

Η εμπειρία της πατρότητας σε οικογένειες όπου υπάρχει παιδί με αναπηρία διαφοροποιείται σημαντικά, καθώς οι πατέρες καλούνται να ανταποκριθούν σε αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας και υποστήριξης. Έρευνες δείχνουν ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία βιώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους και ψυχολογικής επιβάρυνσης σε σύγκριση με πατέρες παιδιών τυπικής ανάπτυξης, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της διάγνωσης και της προσαρμογής (Dabrowska & Pisula, 2010). Ακόμη και στην ενήλικη ζωή, η αναδρομική αξιολόγηση της πατρικής παρουσίας από άτομα με αναπηρία φαίνεται να συνδέεται με αυξημένο αίσθημα συναισθηματικής ασφάλειας, θετικότερη ανάπτυξη της προσωπικής ταυτότητας και μεγαλύτερη ψυχολογική ανθεκτικότητα, αναδεικνύοντας τη σημασία του ενεργού πατρικού

ρόλου στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών (Larková et al., 2024). Ωστόσο οι αυξημένες απαιτήσεις που προκύπτουν από την αναπηρία του παιδιού συχνά συνοδεύονται από διαφοροποιημένες ανάγκες ενημέρωσης, συναισθηματικής υποστήριξης και προσαρμογής των γονέων, οι οποίοι καλούνται να αναδιοργανώσουν πτυχές της καθημερινής και οικογενειακής λειτουργίας τους (Σούλης, 2002)

Η εμπλοκή των πατέρων στη φροντίδα παιδιών με αναπηρία παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία σχετίζονται με κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τους Cabrera et al. (2018), οι πατέρες τείνουν να εμπλέκονται περισσότερο σε πρακτικές και υποστηρικτικές δραστηριότητες, αν και τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενη συμμετοχή τους και στη συναισθηματική φροντίδα. Οι πατέρες παιδιών με αναπηρία συχνά υιοθετούν περισσότερο εσωτερικευμένες στρατηγικές διαχείρισης του στρες και της συναισθηματικής επιβάρυνσης, προσπαθώντας παράλληλα να διατηρήσουν τη λειτουργικότητα και τη σταθερότητα της οικογένειας (Gray, 2003).

Η εμπειρία των πατέρων επηρεάζεται επίσης από τη φύση και τη σοβαρότητα της αναπηρίας του παιδιού. Οι Hayes και Watson (2013), σε μετα-ανάλυση, έδειξαν ότι οι γονείς παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές, όπως η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα στρες σε σχέση με άλλες κατηγορίες αναπηρίας. Τα ευρήματα αυτά εξακολουθούν να επιβεβαιώνονται και σε πιο πρόσφατες μελέτες, υποδεικνύοντας ότι οι απαιτήσεις φροντίδας και οι δυσκολίες επικοινωνίας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες επιβάρυνσης.

Τέλος, η ενεργή συμμετοχή των πατέρων στη φροντίδα παιδιών με αναπηρία φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη συνολική προσαρμογή της οικογένειας. Σύμφωνα με τους Flippin και Crais (2011), η εμπλοκή των πατέρων σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα τόσο για το παιδί όσο και για τη λειτουργία της οικογένειας, ενώ η συνεργασία μεταξύ των γονέων συμβάλλει στη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης και στην ενίσχυση της οικογενειακής συνοχής.

2.3. Διαφορές πατέρων - μητέρων

Οι εμπειρίες των πατέρων και των μητέρων παιδιών με αναπηρία παρουσιάζουν κοινά στοιχεία, αλλά και σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται και εκφράζεται η γονεϊκή επιβάρυνση. Οι Dabrowska και Pisula (2010) έδειξαν ότι τόσο οι

μητέρες όσο και οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν αυξημένο γονεϊκό στρες, ωστόσο οι τρόποι αντιμετώπισης και διαχείρισης του άγχους μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με τον γονεϊκό ρόλο και τις ευθύνες που αναλαμβάνει κάθε γονέας. Οι πατέρες παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα γονεϊκής αναστοχαστικής λειτουργίας (reflective functioning) και αναζητούν λιγότερο υποστήριξη, κάτι που εξηγείται από τις στερεοτυπικές κοινωνικές προσδοκίες για το ρόλο των φύλων Reich et al., (2025).

Στη βιβλιογραφία επισημαίνεται ότι οι μητέρες συχνά αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας σε σύγκριση με τους πατέρες, κυρίως επειδή αναλαμβάνουν μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής φροντίδας και της οργάνωσης των θεραπευτικών ή εκπαιδευτικών αναγκών του παιδιού. Οι Jones et al. (2013), εξετάζοντας γονείς παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, διαπίστωσαν ότι οι μητέρες ανέφεραν υψηλότερη ψυχολογική δυσφορία από τους πατέρες, ενώ τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού αποτελούσαν σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης και για τους δύο γονείς.

Από την άλλη πλευρά, οι πατέρες φαίνεται ότι συχνά βιώνουν την αναπηρία του παιδιού μέσα από διαφορετικά πεδία πίεσης, όπως η οικονομική ευθύνη, η πρακτική υποστήριξη της οικογένειας και η προσπάθεια διατήρησης σταθερότητας στο οικογενειακό περιβάλλον. Η έρευνα των Krauss (1993), ανέδειξε ότι οι πατέρες και οι μητέρες δεν βιώνουν το στρες με τον ίδιο τρόπο: οι μητέρες ανέφεραν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε προσωπικούς και οικογενειακούς τομείς, ενώ οι πατέρες παρουσίαζαν διαφορετικές πηγές άγχους που σχετίζονταν με το παιδί και τη σχέση τους μαζί του. Οι Wade et al. (2023) αναφέρουν ότι, παρότι οι περισσότεροι πατέρες δήλωσαν υψηλά επίπεδα γονεϊκής αυτοαποτελεσματικότητας και θετικής γονεϊκής εμπλοκής, οι μητέρες εμφάνιζαν συχνότερα διαφορετική αντίληψη σχετικά με την ποιότητα της συν-γονεϊκότητας και της υποστήριξης μέσα στην οικογένεια. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν διαφοροποιήσεις στον τρόπο με τον οποίο πατέρες και μητέρες βιώνουν και αξιολογούν τον γονεϊκό τους ρόλο και την ψυχολογική επιβάρυνση.

Η έρευνα των Weinstein & Zloof Golombick (2025) ευθυγραμμίζεται πλήρως με τον Krauss, εξηγώντας το γιατί οι πατέρες εστιάζουν στη σχέση με το παιδί. Σύμφωνα με τη μελέτη, οι μητέρες τείνουν να εστιάζουν στη μακροπρόθεσμη ανάπτυξη και τις γνωστικές δεξιότητες του παιδιού, χρησιμοποιώντας πιο άμεσες και διδακτικές στρατηγικές, γεγονός που δικαιολογεί τη γενικότερη και πιο "βαριά" επιβάρυνσή τους. Οι πατέρες, αντίθετα, έχουν μια πιο «σχεσιακή» (relationship-oriented) προσέγγιση, εστιάζοντας στη

βραχυπρόθεσμη κοινωνική και σωματική αλληλεπίδραση και αποζητώντας απλώς να βλέπουν το παιδί χαρούμενο. Εντυπωσιακό είναι επίσης το εύρημα ότι, όταν οι πατέρες εμπλέκονται ενεργά σε θεραπείες και βελτιώνεται η επικοινωνία τους με το παιδί, το δικό τους συναισθηματικό φορτίο (στρες) μειώνεται άμεσα. Αντιθέτως, στις μητέρες η εμπλοκή από μόνη της δεν μειώνει το στρες, διότι η δική τους επιβάρυνση εξαρτάται από ευρύτερους παράγοντες, όπως το επίπεδο αναπηρίας του παιδιού και η κοινωνική υποστήριξη της οικογένειας.

Όσον αφορά τις διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης (Coping Strategies), οι διαφορετικές πηγές στρες συνεπάγονται και διαφορετικούς τρόπους διαχείρισης. Οι Reich et al. (2025) διαπιστώνουν ότι οι μητέρες αναζητούν περισσότερο κοινωνική υποστήριξη και υιοθετούν προορατικές (proactive) στρατηγικές αντιμετώπισης, ενώ οι πατέρες καταφεύγουν πολύ συχνότερα στην αποφυγή (avoidance) ή την αποστασιοποίηση. Οι πατέρες αισθάνονται επίσης ότι έχουν χαμηλότερη "γονεϊκή αναστοχαστική λειτουργία" από τις μητέρες, δυσκολευόμενοι περισσότερο να "διαβάσουν" τον εσωτερικό κόσμο του αυτιστικού παιδιού

Εν κατακλείδι ενώ οι μητέρες επωμίζονται το μεγαλύτερο βάρος της καθημερινής φροντίδας, εστιάζοντας στη μακροπρόθεσμη ανάπτυξη του παιδιού με άμεσες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία (van der Lubbe et al., 2023), οι πατέρες εστιάζουν πρωτίστως στην ποιότητα της βραχυπρόθεσμης, αμοιβαίας αλληλεπίδρασης και του παιχνιδιού (Weinstein & Zloof Golombick, 2025). Μάλιστα, η ενεργή εμπλοκή του πατέρα στο θεραπευτικό πλαίσιο βρέθηκε να μειώνει άμεσα το δικό του συναισθηματικό φορτίο, καθώς διευκολύνει την επικοινωνία με το παιδί του, κάτι που δεν ισχύει στον ίδιο βαθμό για τις μητέρες των οποίων το στρες εξαρτάται από πολλαπλούς κοινωνικούς παράγοντες. Επιπρόσθετα, οι πατέρες βιώνουν το δικό τους μοναδικό άγχος ως ένα «διπλό βάρος» ανάμεσα στην ανάγκη τους να λειτουργούν ως οικονομικοί πάροχοι και ως συναισθηματικοί υποστηρικτές, αντιμετωπίζοντας συχνά δυσκολίες στη διαχείριση του στρες λόγω στερεοτυπικών προσδοκιών (Lapková et al., 2024; Reich et al., 2025).

2.4. Πατέρες παιδιών με ΔΑΦ vs αισθητηριακές αναπηρίες

Η εμπειρία των πατέρων διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με το είδος της αναπηρίας του παιδιού, καθώς οι απαιτήσεις φροντίδας και οι ψυχοκοινωνικές προκλήσεις δεν είναι

ίδιες σε όλες τις περιπτώσεις. Στην περίπτωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος, η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι γονείς, συμπεριλαμβανομένων των πατέρων, βιώνουν αυξημένα επίπεδα στρες σε σύγκριση με άλλες μορφές αναπηρίας, κυρίως λόγω των δυσκολιών στην κοινωνική επικοινωνία και των προβλημάτων συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τη διαταραχή (Hayes & Watson, 2013). Οι Flippin και Crais (2011) υπογράμμισαν την ανάγκη μεγαλύτερης εμπλοκής των πατέρων σε παρεμβάσεις για παιδιά με αυτισμό, καθώς η συμμετοχή τους μπορεί να ενισχύσει την επικοινωνιακή ανάπτυξη του παιδιού και να λειτουργήσει υποστηρικτικά για ολόκληρη την οικογένεια

Στην περίπτωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος, η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι γονείς, συμπεριλαμβανομένων των πατέρων, βιώνουν αυξημένα επίπεδα στρες σε σύγκριση με άλλες μορφές αναπηρίας, κυρίως λόγω των δυσκολιών στην κοινωνική επικοινωνία και των προβλημάτων συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τη διαταραχή (Hayes & Watson, 2013). Φαίνεται να βιώνουν την πατρότητα μέσα από μια σύνθετη διαδικασία συναισθηματικής προσαρμογής, κατά την οποία οι σχέσεις, οι προσδοκίες και η καθημερινή εμπλοκή τους επηρεάζονται από τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού και τις απαιτήσεις της φροντίδας (Kypriotaki & Markodimitraki, 2016). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από τους van der Lubbe et al. (2023), οι οποίοι επισημαίνουν ότι οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ αναφέρουν σημαντικά υψηλότερο γονεϊκό στρες συγκριτικά με γονείς παιδιών με άλλα νευροαναπτυξιακά σύνδρομα, όπως το Σύνδρομο Down ή η Εγκεφαλική Παράλυση van der Lubbe et al., (2023). Άλλωστε, οι προκλητικές συμπεριφορές, οι διαταραχές ύπνου και τα ελλείμματα στην επικοινωνία του αυτιστικού παιδιού αποτελούν πρωταρχικές αιτίες ψυχολογικής δυσφορίας, απομόνωσης και υποβάθμισης της ποιότητας ζωής των πατέρων Khouri (2024); Seymour et al., (2025).

Αντίθετα, στις αισθητηριακές αναπηρίες, όπως η οπτική και η ακουστική, οι δυσκολίες σχετίζονται κυρίως με λειτουργικούς περιορισμούς και όχι τόσο με απρόβλεπτες συμπεριφορές, γεγονός που φαίνεται να διαφοροποιεί την εμπειρία των γονέων. Έρευνες υποδεικνύουν ότι, αν και οι οικογένειες αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις, το επίπεδο ψυχολογικής επιβάρυνσης είναι συχνά χαμηλότερο σε σχέση με τις οικογένειες παιδιών με αυτισμό, καθώς οι ανάγκες είναι περισσότερο προβλέψιμες και μπορούν να αντιμετωπιστούν με συγκεκριμένες παρεμβάσεις και υποστηρικτικά μέσα (Dabrowska & Pisula, 2010).

Η διαφοροποίηση αυτή αποτυπώνεται και στον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες βιώνουν και διαχειρίζονται τον γονεϊκό τους ρόλο. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, η ένταση του γονεϊκού στρες σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τη φύση των δυσκολιών του παιδιού, με τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ να εμφανίζουν συχνότερα αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση λόγω των απαιτήσεων συμπεριφορικής διαχείρισης και της κοινωνικής προσαρμογής (Giannotti et al., 2023) (). Αντίθετα, στις αισθητηριακές αναπηρίες, η εμπλοκή των πατέρων φαίνεται να επικεντρώνεται περισσότερο στην πρακτική υποστήριξη και στην ενίσχυση της αυτονομίας του παιδιού.

Συνολικά, οι διαφορές μεταξύ των δύο κατηγοριών αναπηρίας αναδεικνύουν ότι η φύση της αναπηρίας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση της πατρικής εμπειρίας. Η κατανόηση αυτών των διαφοροποιήσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική για την παρούσα μελέτη, καθώς επιτρέπει τη διερεύνηση των διαφορετικών επιπέδων ψυχολογικής επιβάρυνσης και γονεϊκής προσαρμογής μεταξύ πατέρων παιδιών με ΔΑΦ και πατέρων παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες.

2.5. Πατρική γονεϊκή στρατηγική

Η πατρική γονεϊκή στρατηγική αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ο πατέρας οργανώνει και εφαρμόζει πρακτικές φροντίδας, υποστήριξης και διαπαιδαγώγησης, προσαρμόζοντας τη συμμετοχή του στις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας. Η έννοια αυτή συνδέεται άμεσα με την πατρική εμπλοκή, η οποία περιλαμβάνει τη συναισθηματική διαθεσιμότητα, την ενεργή αλληλεπίδραση και την ανάληψη ευθύνης απέναντι στις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας (Lamb, 2010· Altenburger et al., 2022). Σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, η πατρική εμπλοκή αποτελεί μια δυναμική και πολυδιάστατη διαδικασία, η οποία επηρεάζεται από ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικογενειακούς παράγοντες, όπως η ψυχική υγεία, η κοινωνική υποστήριξη και οι απαιτήσεις της καθημερινότητας (Cabrera et al., 2018, 2023). Υπό αυτό το πρίσμα, ο πατρικός ρόλος φαίνεται να διαμορφώνεται μέσα από ένα πλέγμα προσωπικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν τη συμμετοχή, τη συναισθηματική διαθεσιμότητα και την άσκηση της πατρικής λειτουργίας, καθώς η ποιότητα της εμπλοκής του πατέρα δεν συνδέεται αποκλειστικά με την πρόθεση συμμετοχής αλλά και με το ευρύτερο οικογενειακό και ψυχοκοινωνικό πλαίσιο στο οποίο αναπτύσσεται ο γονεϊκός ρόλος (Κυπριωτάκη, 2002).

Η πατρική εμπλοκή δεν φαίνεται να διαμορφώνεται αποκλειστικά από ατομικά χαρακτηριστικά του πατέρα, αλλά επηρεάζεται και από οικογενειακούς παράγοντες, όπως η λειτουργικότητα της οικογένειας, η ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση και οι απαιτήσεις που συνδέονται με την αναπηρία του παιδιού, στοιχεία τα οποία φαίνεται να επηρεάζουν τον βαθμό συμμετοχής του πατέρα στη φροντίδα και στην καθημερινή ανατροφή του παιδιού (Kyriotaki et al., 2025). Η σημασία της πατρικής γονεϊκής στρατηγικής καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική στις οικογένειες παιδιών με αναπηρία, όπου οι αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας και προσαρμογής ενισχύουν την ανάγκη ενεργής συμμετοχής του πατέρα. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ουσιαστική πατρική εμπλοκή συνδέεται με θετικά αποτελέσματα τόσο για τη λειτουργικότητα και την επικοινωνία του παιδιού όσο και για τη συνολική συνοχή της οικογένειας (Flippin & Crais, 2011). Παράλληλα, η ποιότητα της πατρικής συμμετοχής, όπως η συναισθηματική ανταπόκριση, η συνέπεια και η υποστήριξη, φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών (Zheng et al., 2025).

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η πατρική γονεϊκή στρατηγική προσεγγίζεται ως ο συνολικός τρόπος με τον οποίο οι πατέρες παιδιών με αναπηρία αντιλαμβάνονται, οργανώνουν και προσαρμόζουν τον γονεϊκό τους ρόλο υπό την επίδραση ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με τη μακροχρόνια εμπειρία της αναπηρίας.

2.5.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την πατρική γονεϊκή στρατηγική

Η πατρική γονεϊκή στρατηγική διαμορφώνεται μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση ανάμεσα στις απαιτήσεις της γονεϊκότητας, στα προσωπικά χαρακτηριστικά του πατέρα και στις συνθήκες του οικογενειακού περιβάλλοντος, επηρεάζοντας ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο ο πατέρας οργανώνει, αντιλαμβάνεται και ασκεί τον γονεϊκό του ρόλο. Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η πατρική εμπλοκή δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πρόθεση συμμετοχής του πατέρα στην ανατροφή του παιδιού, αλλά διαμορφώνεται μέσα από ένα πλέγμα ψυχολογικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και τη συναισθηματική του διαθεσιμότητα. Σύμφωνα με τον Lamb (2010), η ενεργή συμμετοχή του πατέρα στην οικογενειακή ζωή σχετίζεται με τη δυνατότητα συναισθηματικής ανταπόκρισης, την αίσθηση ευθύνης απέναντι στο παιδί και την ικανότητα προσαρμογής στις καθημερινές απαιτήσεις της οικογένειας. Υπό αυτό το πρίσμα, η πατρική

γονεϊκή στρατηγική δεν αφορά μόνο πρακτικές φροντίδας, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο ο πατέρας οργανώνει τη συναισθηματική, κοινωνική και λειτουργική του παρουσία μέσα στην οικογένεια.

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την πατρική γονεϊκή στρατηγική είναι η ψυχική επιβάρυνση και ιδιαίτερα το χρόνιο γονεϊκό στρες. Οι Cabrera et al. (2018) επισημαίνουν ότι οι πατέρες που βιώνουν αυξημένη συναισθηματική πίεση ή δυσκολίες ψυχολογικής προσαρμογής εμφανίζουν συχνότερα δυσκολίες στη διατήρηση σταθερής και ενεργής γονεϊκής εμπλοκής. Αντίστοιχα, οι Jones και Prinz (2005) υποστηρίζουν ότι η μειωμένη γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα συνδέεται με αίσθημα μειωμένης επάρκειας και με δυσκολίες στη διαχείριση του γονεϊκού ρόλου, ιδιαίτερα σε συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων φροντίδας. Στην περίπτωση παιδιών με αναπηρία, οι καθημερινές προκλήσεις και η ανάγκη συνεχούς προσαρμογής φαίνεται να ενισχύουν περαιτέρω την ψυχολογική επιβάρυνση των πατέρων.

Παράλληλα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη. Οι Flippin και Crais (2011) αναφέρουν ότι οι πατέρες παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες συμμετέχουν περισσότερο και εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή όταν αισθάνονται ότι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ των γονέων, η συνεργασία μέσα στην οικογένεια και η ύπαρξη υποστηρικτικών δομών φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στην ψυχολογική επιβάρυνση και να ενισχύουν τη λειτουργικότητα του πατρικού ρόλου. Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη υποστήριξης μπορούν να περιορίσουν τη συναισθηματική διαθεσιμότητα και τη συνολική εμπλοκή του πατέρα στην ανατροφή του παιδιού.

Επιπλέον, η φύση και η σοβαρότητα της αναπηρίας αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν ουσιαστικά την πατρική γονεϊκή στρατηγική. Οι Dabrowska και Pisula (2010) διαπίστωσαν ότι οι πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα γονεϊκού στρες σε σύγκριση με πατέρες παιδιών άλλων ομάδων, γεγονός που επηρεάζει τόσο τη συναισθηματική τους κατάσταση όσο και τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στις καθημερινές απαιτήσεις φροντίδας. Οι δυσκολίες επικοινωνίας, οι προκλητικές συμπεριφορές και η ανάγκη συνεχούς εποπτείας φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά τη γονεϊκή εμπειρία και να απαιτούν συνεχή αναπροσαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης και υποστήριξης του παιδιού.

Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την πατρική γονεϊκή στρατηγική στην παρούσα μελέτη θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς επιτρέπει την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ψυχική επιβάρυνση, η κοινωνική υποστήριξη και οι απαιτήσεις της αναπηρίας επηρεάζουν τη συνολική εμπειρία της πατρότητας και τη λειτουργικότητα του γονεϊκού ρόλου.

2.5.2. Σχέση με ψυχική υγεία (*mental health*) και το στρες (*stress*)

Η πατρική γονεϊκή στρατηγική φαίνεται να συνδέεται στενά με την ψυχική υγεία και το επίπεδο στρες που βιώνει ο πατέρας, καθώς ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται και ασκεί τον γονεϊκό του ρόλο επηρεάζει άμεσα τη συναισθηματική και ψυχολογική του λειτουργικότητα. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι πατέρες που αισθάνονται μεγαλύτερη επάρκεια, σταθερότητα και λειτουργικότητα στον γονεϊκό τους ρόλο εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και καλύτερη προσαρμογή στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Αντίθετα, όταν ο πατέρας βιώνει αίσθημα αδυναμίας, μειωμένη αποτελεσματικότητα ή δυσκολία διαχείρισης των απαιτήσεων της φροντίδας, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης και ψυχολογικής επιβάρυνσης (Jones & Prinz, 2005).

Σύμφωνα με τους Cabrera et al. (2018), η ποιότητα της πατρικής εμπλοκής επηρεάζεται σημαντικά από την ψυχική κατάσταση του πατέρα, καθώς η αυξημένη ψυχολογική πίεση και το χρόνιο στρες μπορούν να περιορίσουν τη συναισθηματική διαθεσιμότητα, την ενεργή συμμετοχή και τη σταθερότητα του γονεϊκού ρόλου. Παράλληλα, οι Anthony et al. (2005) διαπίστωσαν ότι η ψυχολογική δυσφορία των γονέων συνδέεται με δυσκολίες στην εφαρμογή σταθερών και αποτελεσματικών γονεϊκών πρακτικών, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τόσο τη λειτουργικότητα της οικογένειας όσο και τη σχέση γονέα–παιδιού. Η ψυχική επιβάρυνση φαίνεται, επομένως, να επηρεάζει όχι μόνο την εσωτερική ψυχολογική κατάσταση του πατέρα αλλά και τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της πατρότητας.

Η σχέση μεταξύ πατρικής γονεϊκής στρατηγικής και στρες αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε οικογένειες παιδιών με αναπηρία, όπου οι απαιτήσεις της καθημερινής φροντίδας είναι συχνά αυξημένες και μακροχρόνιες. Οι Dabrowska και Pisula (2010) υποστήριξαν ότι οι πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος εμφανίζουν

υψηλότερα επίπεδα γονεϊκού στρες, ιδιαίτερα όταν δυσκολεύονται να διαχειριστούν τις απαιτήσεις επικοινωνίας, συμπεριφοράς και καθημερινής προσαρμογής του παιδιού. Αντίστοιχα, οι Flippin και Crais (2011) σημειώνουν ότι η ενεργή και υποστηρικτική πατρική εμπλοκή μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά τόσο για την ψυχική υγεία του ίδιου του πατέρα όσο και για τη συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από επαρκή κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη.

Μέσα από την παραπάνω θεωρητική προσέγγιση γίνεται εμφανές ότι η πατρική γονεϊκή στρατηγική δεν αποτελεί μια σταθερή ή απομονωμένη διαδικασία, αλλά επηρεάζεται διαρκώς από την ψυχική κατάσταση, την εμπειρία του στρες και τη συνολική προσαρμογή του πατέρα στις απαιτήσεις της γονεϊκότητας. Ιδιαίτερα στο πλαίσιο της αναπηρίας, η κατανόηση της σχέσης αυτής θεωρείται σημαντική για την ερμηνεία της ψυχολογικής λειτουργικότητας των πατέρων και της συνολικής εμπειρίας της πατρότητας.

3. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

3.1. Ορισμός τραύματος

Στην ψυχολογία, το τραύμα αναφέρεται στην έκθεση του ατόμου σε ιδιαίτερα έντονα και απειλητικά γεγονότα, τα οποία σχετίζονται με πραγματικό ή πιθανό κίνδυνο για τη ζωή ή τη σωματική του ακεραιότητα. Σύμφωνα με το DSM-5-TR της American Psychiatric Association (2022), το τραύμα περιλαμβάνει τόσο την άμεση εμπειρία τέτοιων γεγονότων όσο και την έμμεση έκθεση σε αυτά, γεγονός που δείχνει ότι η τραυματική επιβάρυνση δεν αφορά μόνο ό,τι βιώνει κανείς προσωπικά, αλλά και όσα καλείται να διαχειριστεί μέσα από τους άλλους.

Με αυτή τη λογική, η εμπειρία της γονεϊκότητας σε περιπτώσεις αναπηρίας μπορεί να λειτουργήσει ως μια μορφή παρατεταμένης ψυχολογικής επιβάρυνσης, καθώς ο γονέας βρίσκεται σε συνεχή επαφή με απαιτητικές και συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις. Όπως έχει επισημανθεί, οι γονείς παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες συχνά βιώνουν αυξημένα επίπεδα στρες, τα οποία σε ορισμένες περιπτώσεις προσεγγίζουν χαρακτηριστικά μετατραυματικής αντίδρασης (Hayes & Watson, 2013). Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για την παρούσα μελέτη, καθώς επιτρέπει την κατανόηση της εμπειρίας των πατέρων όχι μόνο ως στρεσογόνου, αλλά και ως εν δυνάμει τραυματικής, μέσα στο πλαίσιο της καθημερινής τους εμπλοκής με τις ανάγκες του παιδιού.

3.2. Μετατραυματικό στρες (PTSD)

Η μετατραυματική διαταραχή στρες (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD) αποτελεί διαγνωστική κατηγορία που εντάσσεται στις διαταραχές που σχετίζονται με το τραύμα και το στρες. Σύμφωνα με το DSM-5-TR της American Psychiatric Association (2022), το PTSD εμφανίζεται μετά από έκθεση σε τραυματικό γεγονός που περιλαμβάνει πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία και χαρακτηρίζεται από τέσσερις βασικές ομάδες συμπτωμάτων: (α) επαναβίωση του τραύματος (π.χ. παραισφρητικές αναμνήσεις, εφιάλτες), (β) επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, (γ) αρνητικές μεταβολές στη γνωστική λειτουργία και τη διάθεση και (δ) αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα, όπως υπερεγρήγορη και ευερεθιστότητα.

Για τη διάγνωση απαιτείται η παρουσία των συμπτωμάτων για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός μηνός και η σημαντική επιβάρυνση της λειτουργικότητας του ατόμου.

Η σύγχρονη ερευνητική βιβλιογραφία επιβεβαιώνει τη διαγνωστική αυτή δομή και αναδεικνύει τη σοβαρότητα της διαταραχής, καθώς το PTSD συνδέεται με διαταραχές στη συναισθηματική ρύθμιση, στη μνήμη και στη συμπεριφορά, επηρεάζοντας πολλαπλούς τομείς της ζωής του ατόμου (Bisson et al., 2023). Παράλληλα, έχει τεκμηριωθεί ότι τα συμπτώματα του PTSD δεν περιορίζονται μόνο σε άμεση έκθεση στο τραύμα, αλλά μπορεί να εμφανιστούν και σε άτομα που εκτίθενται επανειλημμένα σε έντονα στρεσογόνες και συναισθηματικά φορτισμένες εμπειρίες. Η διάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για την παρούσα μελέτη, καθώς επιτρέπει την κατανόηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των πατέρων παιδιών με αναπηρία υπό το πρίσμα της μετατραυματικής αντίδρασης, ανοίγοντας το πεδίο για τη διερεύνηση συναφών εννοιών, όπως το δευτερογενές τραυματικό στρες.

3.3. Δευτερογενές τραυματικό στρες

Το δευτερογενές τραυματικό στρες (Secondary Traumatic Stress – STS) αναφέρεται στην εμφάνιση συμπτωμάτων παρόμοιων με εκείνα της μετατραυματικής διαταραχής στρες (PTSD), τα οποία προκύπτουν όχι από άμεση έκθεση σε τραυματικό γεγονός, αλλά από έμμεση έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες άλλων ατόμων. Η έννοια αυτή εισήχθη από τον Figley (1995), ο οποίος περιέγραψε το φαινόμενο ως το «κόστος της φροντίδας» (cost of caring) για άτομα που έρχονται σε στενή συναισθηματική επαφή με ανθρώπους που βιώνουν τραύμα. Σύμφωνα με τον ίδιο, το STS περιλαμβάνει συμπτώματα όπως παραισθητικές σκέψεις, αποφυγή και αυξημένη διέγερση, τα οποία είναι δομικά ανάλογα με εκείνα του PTSD, αλλά προκύπτουν μέσω της ενσυναίσθησης και της συνεχούς έκθεσης στον πόνο των άλλων.

Η σύγχρονη βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι το STS αποτελεί διακριτή αλλά στενά συνδεδεμένη έννοια με το PTSD, καθώς βασίζεται στους ίδιους μηχανισμούς επεξεργασίας του τραύματος. Σύμφωνα με τους Bride et al. (2004), το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να εκδηλωθεί με την ίδια συμπτωματολογία όπως η μετατραυματική διαταραχή, συμπεριλαμβανομένων των παραισθητικών αναμνήσεων, της αποφυγής και της υπερδιέγερσης, ιδιαίτερα σε άτομα που εμπλέκονται σε ρόλους φροντίδας ή υποστήριξης. Η μέτρηση του φαινομένου αυτού έχει επιχειρηθεί μέσω εξειδικευμένων εργαλείων, όπως

η κλίμακα Secondary Traumatic Stress Scale (STSS), η οποία βασίζεται άμεσα στα διαγνωστικά κριτήρια του PTSD και χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα για την αξιολόγηση της δευτερογενούς τραυματικής επιβάρυνσης.

Πέρα από τα επαγγελματικά πλαίσια (π.χ. επαγγελματίες υγείας), το STS έχει αναγνωριστεί και σε μη επαγγελματικούς φροντιστές, όπως είναι οι γονείς παιδιών με χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες. Οι γονείς αυτοί εκτίθενται διαρκώς σε στρεσογόνες και συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες. Σύμφωνα με τους Beck (2011), η συνεχής φροντίδα και η συναισθηματική εμπλοκή με ένα παιδί που αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση STS, ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από υψηλά επίπεδα άγχους και περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη.

Η έννοια του δευτερογενούς τραυματικού στρες αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την παρούσα μελέτη, καθώς επιτρέπει την κατανόηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των πατέρων παιδιών με αναπηρία μέσα από ένα θεωρητικό πλαίσιο που υπερβαίνει το απλό καθημερινό στρες. Η συνεχής εμπλοκή τους στη φροντίδα, η έκθεση σε δύσκολες εμπειρίες του παιδιού και η συναισθηματική σύνδεση με αυτό μπορεί να λειτουργήσουν ως παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη δευτερογενούς τραυματικής αντίδρασης. Ως εκ τούτου, η διερεύνηση του STS αποτελεί βασικό άξονα της παρούσας έρευνας και συνδέεται άμεσα με την αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης και του γονεϊκού ρόλου των πατέρων.

. Σύμφωνα με τους Hayes και Watson (2013), οι γονείς παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στρες σε σύγκριση με άλλες ομάδες γονέων, γεγονός που σχετίζεται με τη χρόνια φύση των δυσκολιών, τις απαιτήσεις συμπεριφορικής διαχείρισης και την αβεβαιότητα σχετικά με την εξέλιξη του παιδιού. Αν και η συγκεκριμένη μετα-ανάλυση δεν εστιάζει αποκλειστικά στους πατέρες, τεκμηριώνει με σαφήνεια ότι η παρατεταμένη έκθεση σε τέτοιου τύπου συνθήκες μπορεί να λειτουργήσει ως βάση για την ανάπτυξη τραυματικών αντιδράσεων.

Σε πιο εξειδικευμένο επίπεδο, η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία βιώνουν μορφές ψυχολογικής επιβάρυνσης που δεν είναι πάντοτε εμφανείς, αλλά συνδέονται με εσωτερικευμένες αντιδράσεις και αυξημένο άγχος. Οι Dabrowska και Pisula (2010) ανέδειξαν ότι, παρότι οι μητέρες εμφανίζουν συχνά υψηλότερα επίπεδα δηλωμένου στρες, οι πατέρες δεν είναι λιγότερο επιβαρυνμένοι, αλλά τείνουν να εκφράζουν διαφορετικά

τις δυσκολίες τους, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε υποεκτίμηση της κατάστασής τους. Η διαφοροποίηση αυτή είναι κρίσιμη για την κατανόηση της τραυματικής εμπειρίας, καθώς η μη εξωτερίκευση των συναισθημάτων αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη συμπτωμάτων που σχετίζονται με το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Παράλληλα, η έννοια του δευτερογενούς τραυματικού στρες (Figley, 1995) προσφέρει ένα θεωρητικό πλαίσιο που επιτρέπει την ερμηνεία της εμπειρίας των πατέρων ως αποτέλεσμα έμμεσης έκθεσης σε τραυματικές καταστάσεις. Οι γονείς παιδιών με αναπηρία βρίσκονται σε συνεχή επαφή με δυσκολίες που αφορούν την υγεία, τη λειτουργικότητα και την κοινωνική ένταξη του παιδιού, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επαναλαμβανόμενη ψυχολογική επιβάρυνση. Σύμφωνα με τους Bride et al. (2004), τα άτομα που εκτίθενται επανειλημμένα σε τέτοιου είδους εμπειρίες ενδέχεται να αναπτύξουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα του PTSD, ακόμη και χωρίς άμεση έκθεση σε τραυματικό γεγονός.

Η παραπάνω προσέγγιση αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν εξετάζεται ειδικά ο πατρικός ρόλος, καθώς οι πατέρες συχνά αναλαμβάνουν ευθύνες που σχετίζονται με την υποστήριξη και τη διαχείριση της οικογενειακής λειτουργίας, ενώ ταυτόχρονα ενδέχεται να βιώνουν εσωτερικά την επιβάρυνση που προκύπτει από τη συνεχή φροντίδα του παιδιού. Όπως επισημαίνουν οι Flippin και Crais (2011), η εμπλοκή των πατέρων είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη του παιδιού, ωστόσο η συναισθηματική διάσταση της εμπειρίας τους παραμένει συχνά λιγότερο διερευνημένη. Συνεπώς, η μελέτη της τραυματικής επιβάρυνσης στους πατέρες παιδιών με αναπηρία δεν αποτελεί μόνο θεωρητική αναγκαιότητα, αλλά και ουσιαστική προϋπόθεση για την κατανόηση της ψυχικής τους κατάστασης και του γονεϊκού τους ρόλου.

3.4. Η δημιουργία της μετατραυματικής κατάστασης-επιβάρυνσης και οι παράγοντες που επιδρούν σε αυτή

Η μετατραυματική κατάσταση-επιβάρυνση δεν εμφανίζεται απαραίτητα ως αποτέλεσμα ενός μεμονωμένου τραυματικού γεγονότος, αλλά μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά μέσα από τη συνεχή έκθεση του ατόμου σε έντονα στρεσογόνες, ψυχολογικά απαιτητικές ή συναισθηματικά επιβαρυντικές εμπειρίες. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι όταν ένα άτομο εκτίθεται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε καταστάσεις που προκαλούν αίσθημα

αβεβαιότητας, απώλειας ελέγχου ή διαρκούς συναισθηματικής πίεσης, αυξάνεται σημαντικά η πιθανότητα εμφάνισης μετατραυματικών αντιδράσεων. Σύμφωνα με το DSM-5-TR της American Psychiatric Association (2022), η μετατραυματική επιβάρυνση μπορεί να συνδέεται με επίμονη ψυχολογική ένταση, υπερεγρήγορη, συναισθηματική δυσφορία, αποφυγή και δυσκολίες συναισθηματικής επεξεργασίας, ιδιαίτερα όταν το άτομο βιώνει μια κατάσταση ως απειλητική ή ψυχολογικά ανεξέλεγκτη.

Στην περίπτωση των γονέων παιδιών με αναπηρία, η μετατραυματική επιβάρυνση φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με τη χρόνια και σωρευτική φύση της φροντίδας παρά με ένα μεμονωμένο γεγονός. Οι Figley (1995) και Bride et al. (2004) υποστήριξαν ότι η παρατεταμένη έκθεση σε συναισθηματικά φορτισμένες εμπειρίες μπορεί να οδηγήσει σε δευτερογενές τραυματικό στρες, ακόμη και όταν το άτομο δεν βιώνει άμεσα το αρχικό τραυματικό γεγονός. Η συνεχής συναισθηματική εμπλοκή, η διαρκής ανησυχία για την πορεία του παιδιού και η ανάγκη συνεχούς προσαρμογής στις απαιτήσεις της αναπηρίας φαίνεται να λειτουργούν σωρευτικά, αυξάνοντας την ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων και ιδιαίτερα των πατέρων.

Παράλληλα, η βιβλιογραφία αναδεικνύει συγκεκριμένους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την ένταση και την πορεία της μετατραυματικής επιβάρυνσης. Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες είναι η σοβαρότητα και η φύση της αναπηρίας του παιδιού. Οι Hayes και Watson (2013) διαπίστωσαν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα γονεϊκού στρες και ψυχολογικής επιβάρυνσης, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν έντονες δυσκολίες συμπεριφοράς, επικοινωνίας ή καθημερινικής λειτουργικότητας. Αντίστοιχα, οι Dabrowska και Pisula (2010) υποστήριξαν ότι η αυξημένη ανάγκη εποπτείας και η μακροχρόνια φροντίδα μπορούν να επιβαρύνουν σημαντικά την ψυχική κατάσταση των πατέρων.

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν και οι ατομικοί και κοινωνικοί προστατευτικοί παράγοντες. Οι Kashdan και Rottenberg (2010) αναφέρουν ότι η ψυχολογική ευελιξία μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στη μετατραυματική επιβάρυνση, καθώς ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται δύσκολες σκέψεις και συναισθήματα χωρίς να αποδιοργανώνεται ψυχολογικά. Παράλληλα, η κοινωνική υποστήριξη, η λειτουργικότητα των οικογενειακών σχέσεων και η αίσθηση γονεϊκής επάρκειας φαίνεται να συμβάλλουν θετικά στην ψυχολογική προσαρμογή των γονέων. Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση, το εσωτερικευμένο στίγμα και η μειωμένη

υποστήριξη έχουν συνδεθεί με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης μετατραυματικών συμπτωμάτων.

Η μετατραυματική επιβάρυνση στη συγκεκριμένη έρευνα προσεγγίζεται ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας συναισθηματικής και ψυχολογικής πίεσης που μπορεί να βιώνουν οι πατέρες παιδιών με αναπηρία μέσα από την καθημερινή εμπειρία της φροντίδας, της αβεβαιότητας και της συνεχούς προσαρμογής στις απαιτήσεις της αναπηρίας. Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη δημιουργία και την ένταση της μετατραυματικής κατάστασης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της ψυχικής υγείας και της συνολικής προσαρμογής των πατέρων.

3.5. Οι επιπτώσεις της μετατραυματικής κατάστασης-επιβάρυνσης

Η μετατραυματική κατάσταση-επιβάρυνση μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, ιδιαίτερα όταν η έκθεση σε στρεσογόνες εμπειρίες είναι μακροχρόνια και συνοδεύεται από έντονη συναισθηματική εμπλοκή. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα άτομα που βιώνουν μετατραυματική επιβάρυνση συχνά εμφανίζουν συμπτώματα όπως επίμονη ψυχολογική ένταση, υπερεργήγορη, συναισθηματική εξάντληση, δυσκολίες συγκέντρωσης, άγχος και αποφυγή καταστάσεων που σχετίζονται με την πηγή της ψυχολογικής πίεσης. Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2022), η παρατεταμένη έκθεση σε τραυματικές ή ψυχολογικά επιβαρυντικές εμπειρίες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συναισθηματική ρύθμιση, την καθημερινή λειτουργικότητα και τη συνολική ψυχική υγεία του ατόμου.

Στην περίπτωση του δευτερογενούς τραυματικού στρες, οι επιπτώσεις φαίνεται να σχετίζονται άμεσα με τη χρόνια συναισθηματική εμπλοκή και τη συνεχή έκθεση στις δυσκολίες και στις ανάγκες ενός άλλου προσώπου. Οι Figley (1995) και Bride et al. (2004) υποστηρίζουν ότι η παρατεταμένη συναισθηματική επιβάρυνση μπορεί να οδηγήσει σε ψυχική κόπωση, συναισθηματική αποδυνάμωση και αίσθημα μειωμένης ψυχολογικής αντοχής. Το άτομο ενδέχεται να βιώνει έντονη ψυχολογική εξάντληση, αυξημένο άγχος και δυσκολία διατήρησης συναισθηματικής ισορροπίας, ιδιαίτερα όταν η εμπειρία φροντίδας συνοδεύεται από αίσθημα αβεβαιότητας και μακροχρόνιας πίεσης.

Οι επιπτώσεις αυτές φαίνεται να επεκτείνονται και στη λειτουργικότητα της οικογένειας και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Οι Mikolajczak et al. (2019) επισημαίνουν ότι

η χρόνια ψυχολογική επιβάρυνση μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική αποστασιοποίηση, μειωμένη ανοχή στο στρες και δυσκολίες στη διατήρηση σταθερής συναισθηματικής εμπλοκής μέσα στην οικογένεια. Παράλληλα, οι Gérain και Zech (2019) αναφέρουν ότι η παρατεταμένη ψυχολογική πίεση συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο γονεϊκής εξουθένωσης (parental burnout), η οποία επηρεάζει αρνητικά τη γονεϊκή λειτουργικότητα, την αίσθηση επάρκειας και τη συνολική εμπειρία της γονεϊκότητας.

Ιδιαίτερα στους γονείς παιδιών με αναπηρία και κυρίως στους πατέρες, η μετατραυματική επιβάρυνση φαίνεται να συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, συναισθηματικής πίεσης και δυσκολιών προσαρμογής στον γονεϊκό ρόλο. Οι Seymour et al. (2024) υποστηρίζουν ότι οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ μπορεί να εμφανίζουν μακροχρόνιες διακυμάνσεις στην ψυχική τους υγεία, ιδιαίτερα όταν η καθημερινή φροντίδα συνοδεύεται από περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη και αυξημένες απαιτήσεις διαχείρισης. Αντίστοιχα, οι Dunn et al. (2019) αναφέρουν ότι η χρόνια ψυχολογική επιβάρυνση μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής, τη συναισθηματική ευημερία και τη συνολική λειτουργικότητα των πατέρων παιδιών με αναπηρία.

Αντίστοιχα ευρήματα αναφέρονται και σε οικογένειες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες, όπου η μακροχρόνια φροντίδα και οι αυξημένες απαιτήσεις προσαρμογής φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογική κατάσταση των γονέων. Οι Zaidman-Zait et al. (2015) διαπίστωσαν ότι οι γονείς παιδιών με κώφωση ή βαρηκοΐα εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα γονεϊκού στρες, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν δυσκολίες επικοινωνίας και περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη. Παράλληλα, οι Kef et al. (2014) αναφέρουν ότι οι γονείς παιδιών με οπτική αναπηρία συχνά βιώνουν έντονη συναισθηματική επιβάρυνση και αυξημένη ανησυχία σχετικά με την αυτονομία και την κοινωνική προσαρμογή του παιδιού.

4. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

4.1. Εννοιολογική προσέγγιση και θεωρητικό υπόβαθρο

Η ψυχική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση ευεξίας κατά την οποία το άτομο είναι σε θέση να αναγνωρίζει τις ικανότητές του, να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τις καθημερινές πιέσεις, να λειτουργεί παραγωγικά και να συμβάλλει στο κοινωνικό του περιβάλλον (World Health Organization, 2022). Ο ορισμός αυτός αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως αποδεκτά θεωρητικά πλαίσια, καθώς δεν περιορίζει την ψυχική υγεία στην απουσία ψυχοπαθολογίας, αλλά την προσεγγίζει ως ένα δυναμικό και πολυδιάστατο φαινόμενο που σχετίζεται με τη λειτουργικότητα και την προσαρμογή του ατόμου.

Στη σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση, η ψυχική υγεία συνδέεται με την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, να διαχειρίζεται ψυχοπιεστικές εμπειρίες και να διατηρεί λειτουργικότητα στις διαπροσωπικές και οικογενειακές σχέσεις, ενώ η παρατεταμένη έκθεση σε στρεσογόνες συνθήκες ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά τη συναισθηματική και ψυχολογική ισορροπία (Χολέβα et al., 2016). Ερμηνεύεται μέσα από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο οι ψυχικές καταστάσεις διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Engel, 1977). Το μοντέλο αυτό εξακολουθεί να αποτελεί βασική θεωρητική βάση και επιβεβαιώνεται από νεότερες ανασκοπήσεις, οι οποίες αναδεικνύουν ότι η ψυχική υγεία δεν μπορεί να κατανοηθεί αποκομμένα από το κοινωνικό και οικογενειακό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται το άτομο (Hertman et al., 2022). Ιδιαίτερα σε καταστάσεις χρόνιας επιβάρυνσης, όπως η φροντίδα παιδιού με αναπηρία, η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων γίνεται πιο έντονη και επηρεάζει άμεσα την ψυχική λειτουργία.

Επιπλέον, η ψυχική υγεία συνδέεται στενά με την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται το στρες και να προσαρμόζεται σε απαιτητικές συνθήκες. Σύμφωνα με τους Bonanno et al. (2015), η έννοια της ψυχολογικής ανθεκτικότητας (resilience) αποτελεί βασικό στοιχείο της ψυχικής υγείας, καθώς αναφέρεται στην ικανότητα διατήρησης ή ανάκτησης της ψυχικής ισορροπίας μετά από στρεσογόνες εμπειρίες. Νεότερες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η ανθεκτικότητα δεν είναι σταθερό χαρακτηριστικό, αλλά δυναμική διαδικασία που επηρεάζεται από προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Southwick et al., 2023).

Οι πατέρες παιδιών με αναπηρία εκτίθενται σε αυξημένες και διαρκείς απαιτήσεις που επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία. Η συνεχής φροντίδα, η αβεβαιότητα για το μέλλον του παιδιού και η ανάγκη προσαρμογής σε απαιτητικές καταστάσεις έχουν συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ψυχολογικής επιβάρυνσης (Dabrowska & Pisula, 2010). Συνεπώς, η κατανόηση της ψυχικής υγείας υπό ένα πολυπαραγοντικό πρίσμα αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ερμηνεία της ψυχολογικής κατάστασης των πατέρων και τη διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν.

4.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία επηρεάζεται από ένα σύνολο βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και διαμορφώνουν τη συνολική ψυχολογική λειτουργικότητα του ατόμου. Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel (1977), η ψυχική κατάσταση δεν αποτελεί αποτέλεσμα ενός μόνο παράγοντα, αλλά προκύπτει από τη συνδυαστική επίδραση διαφορετικών διαστάσεων της ζωής του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, ο Engel υποστήριξε ότι η ψυχική υγεία διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση: α) βιολογικών παραγόντων, όπως η γενετική προδιάθεση και η νευροφυσιολογική λειτουργία, β) ψυχολογικών παραγόντων, όπως οι εμπειρίες, τα συναισθήματα και οι μηχανισμοί διαχείρισης του στρες και γ) κοινωνικών παραγόντων, όπως οι οικογενειακές σχέσεις, η κοινωνική υποστήριξη και οι συνθήκες διαβίωσης. Η προσέγγιση αυτή εξακολουθεί να αποτελεί μία από τις πιο αποδεκτές θεωρητικές βάσεις στη σύγχρονη ψυχολογία και ψυχιατρική, καθώς επιτρέπει την πολυδιάστατη κατανόηση της ψυχικής υγείας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει τεκμηριωθεί ότι το χρόνιο στρες αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας. Η παρατεταμένη έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και δυσκολιών στη συναισθηματική ρύθμιση (World Health Organization, 2022). Παράλληλα, η περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη, οι οικονομικές δυσκολίες και η αυξημένη φροντίδα εξαρτώμενων μελών της οικογένειας φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική επιβάρυνση του ατόμου (Herrman et al., 2022). Οι παράγοντες αυτοί αποκτούν ιδιαίτερη σημασία σε οικογένειες παιδιών με αναπηρία, όπου οι απαιτήσεις της καθημερινής φροντίδας είναι συχνά αυξημένες και μακροχρόνιες. Διαχρονική έρευνα στην Αυστραλία αποκάλυψε ότι

ένα υπολογίσιμο ποσοστό πατέρων (16%) αυτιστικών παιδιών βιώνει αυξημένη και συνεχιζόμενη ψυχολογική δυσφορία καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού (από τα 4 έως τα 14 έτη). Βασικοί παράγοντες κινδύνου για αυτή τη χρόνια δυσφορία είναι τα ιατρικά προβλήματα και οι συγκρούσεις με τη μητέρα του παιδιού Seymour et al., (2025)

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία διαδραματίζουν οι ατομικοί μηχανισμοί προσαρμογής και η ψυχολογική ανθεκτικότητα. Σύμφωνα με τους Southwick et al. (2023), η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να διατηρεί ή να επανακτά την ψυχική του ισορροπία έπειτα από δύσκολες ή τραυματικές εμπειρίες. Η παρουσία υποστηρικτικών σχέσεων, η αποτελεσματική διαχείριση του στρες και το αίσθημα προσωπικής επάρκειας έχουν συσχετιστεί με καλύτερη ψυχική προσαρμογή και χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης. Αντίθετα, η παρατεταμένη συναισθηματική πίεση και η έλλειψη υποστήριξης μπορούν να λειτουργήσουν ως επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση ψυχικών δυσκολιών.

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, οι παραπάνω παράγοντες αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς οι πατέρες παιδιών με αναπηρία καλούνται να ανταποκριθούν σε αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας, συναισθηματικής διαχείρισης και οικογενειακής προσαρμογής. Η συνεχής εμπλοκή τους σε απαιτητικές συνθήκες καθημερινότητας μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχική τους υγεία, καθιστώντας απαραίτητη τη διερεύνηση των παραγόντων που λειτουργούν είτε επιβαρυντικά είτε προστατευτικά για την ψυχολογική τους κατάσταση.

4.3. Ψυχική υγεία πατέρων ατόμων με αναπηρία

Η ψυχική υγεία των πατέρων παιδιών με αναπηρία έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια να απασχολεί συστηματικότερα τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς η εμπειρία της πατρότητας σε συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων φροντίδας φαίνεται να συνδέεται με σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση. Για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονταν κυρίως στις μητέρες, με αποτέλεσμα η εμπειρία των πατέρων να παραμένει λιγότερο διερευνημένη. Ωστόσο, νεότερες μελέτες αναδεικνύουν ότι οι πατέρες βιώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους, συναισθηματικής πίεσης και ψυχολογικής κόπωσης, ιδιαίτερα όταν η αναπηρία του παιδιού συνοδεύεται από έντονες δυσκολίες λειτουργικότητας ή συμπεριφοράς (Dabrowska & Pisula, 2010).

Η ψυχολογική επιβάρυνση των πατέρων φαίνεται να σχετίζεται στενά με τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον γονεϊκό τους ρόλο και τις απαιτήσεις που απορρέουν από αυτόν. Οι Flirripin και Crais (2011) επισημαίνουν ότι οι πατέρες παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες συχνά καλούνται να διαχειριστούν αυξημένες οικογενειακές, επαγγελματικές και συναισθηματικές υποχρεώσεις, ενώ παράλληλα προσπαθούν να διατηρήσουν έναν υποστηρικτικό και λειτουργικό ρόλο μέσα στην οικογένεια. Οι Wade et al. (2023) διαπίστωσαν ότι οι δυσκολίες ψυχικής υγείας των πατέρων συνδέονται με μειωμένη αίσθηση γονεϊκής επάρκειας και περιορισμένες ευκαιρίες θετικής αλληλεπίδρασης με το παιδί. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η αυξημένη ψυχολογική πίεση μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά τη συναισθηματική λειτουργικότητα και τη συνολική εμπειρία της πατρότητας.

Παράλληλα, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι πατέρες συχνά εκφράζουν διαφορετικά την ψυχολογική τους επιβάρυνση σε σχέση με τις μητέρες, εμφανίζοντας μεγαλύτερη τάση εσωτερίκευσης των συναισθημάτων και περιορισμένη αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης. Σύμφωνα με τους Seymour et al. (2019), οι κοινωνικές αντιλήψεις γύρω από τον πατρικό ρόλο και η ανάγκη διατήρησης της λειτουργικότητας της οικογένειας οδηγούν αρκετούς πατέρες στην απόκρυψη ή υποτίμηση της συναισθηματικής τους δυσφορίας. Η συνθήκη αυτή μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης άγχους, ψυχικής κόπωσης και δυσκολιών προσαρμογής, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μακροχρόνιας φροντίδας.

Επιπλέον, πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η χρόνια φροντίδα παιδιού με αναπηρία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη συνολική ψυχική ευημερία των πατέρων. Οι Heslon et al. (2024) υποστηρίζουν ότι η συνεχής έκθεση σε απαιτητικές συνθήκες φροντίδας και η αυξημένη συναισθηματική εμπλοκή συνδέονται με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και δυσκολίες στη διαχείριση του στρες. Παράλληλα, η παρουσία υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά, ενισχύοντας την ψυχολογική ανθεκτικότητα και τη δυνατότητα προσαρμογής των πατέρων στις απαιτήσεις της καθημερινότητας.

Η κατανόηση της ψυχικής υγείας των πατέρων παιδιών με αναπηρία αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, καθώς επιτρέπει τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχολογική τους κατάσταση και τη συνολική εμπειρία της πατρότητας. Η προσέγγιση αυτή συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των ιδιαίτερων αναγκών και δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι πατέρες, καθώς και στον σχεδιασμό

παρεμβάσεων που μπορούν να ενισχύσουν την ψυχική τους υγεία και τη γονεϊκή τους λειτουργικότητα.

4.5. Ψυχική υγεία πατέρα σε σχέση με την μετατραυματική επιβάρυνση

Η ψυχική υγεία των πατέρων παιδιών με αναπηρία φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τη μακροχρόνια συναισθηματική επιβάρυνση και τις απαιτήσεις που συνδέονται με τη φροντίδα και την υποστήριξη του παιδιού. Τα τελευταία χρόνια, η διεθνής βιβλιογραφία έχει αρχίσει να αναγνωρίζει ότι η εμπειρία της πατρότητας σε συνθήκες αναπηρίας μπορεί να συνδέεται όχι μόνο με αυξημένο γονεϊκό στρες, αλλά και με συμπτώματα που σχετίζονται με τραυματική ή μετατραυματική εμπειρία. Οι Seymour, Giallo και Wood (2017) διαπίστωσαν ότι οι πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και συναισθηματικής επιβάρυνσης σε σύγκριση με πατέρες παιδιών τυπικής ανάπτυξης, ιδιαίτερα όταν οι απαιτήσεις φροντίδας είναι υψηλές και η κοινωνική υποστήριξη περιορισμένη.

Η εμπειρία της συνεχούς φροντίδας και της διαρκούς επαγρύπνησης φαίνεται ότι μπορεί να λειτουργήσει σωρευτικά ως τραυματικός παράγοντας για ορισμένους πατέρες. Σύμφωνα με τους Carmassi et al. (2020), οι γονείς παιδιών με χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες ενδέχεται να εμφανίζουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες, όπως υπερεργήγορη, συναισθηματική εξάντληση, αποφυγή και επίμονη ψυχολογική ένταση, ιδιαίτερα όταν η φροντίδα συνοδεύεται από αβεβαιότητα, υψηλό συναισθηματικό φορτίο και μακροχρόνια πίεση. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι τραυματικές αυτές αντιδράσεις δεν σχετίζονται απαραίτητα με ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μπορούν να αναπτυχθούν μέσα από τη χρόνια έκθεση σε απαιτητικές και ψυχολογικά επιβαρυντικές συνθήκες φροντίδας.

Παράλληλα, νεότερα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ συχνά βιώνουν μακροχρόνιες διακυμάνσεις στην ψυχική τους κατάσταση, καθώς καλούνται να προσαρμόζονται διαρκώς στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας. Οι Seymour et al. (2024), μελετώντας την πορεία της ψυχολογικής δυσφορίας πατέρων παιδιών στο φάσμα του αυτισμού, υποστήριξαν ότι η παρατεταμένη ψυχολογική επιβάρυνση μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τόσο τη συναισθηματική ευημερία όσο και τη συνολική λειτουργικότητα των πατέρων. Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχουν παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, η ποιότητα οικογενειακών σχέσεων και οι στρατηγικές

διαχείρισης του στρες, οι οποίοι μπορούν να λειτουργήσουν είτε προστατευτικά είτε επιβαρυντικά για την ψυχική υγεία των πατέρων.

5. ΓΟΝΕΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ

5.1. Εννοιολογική προσέγγιση της γονεϊκής επάρκειας (Parental Competence)

Η γονεϊκή επάρκεια (Parental Competence) αναφέρεται στην αντίληψη που έχει ο γονέας σχετικά με την ικανότητά του να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες του παιδιού και να ασκεί με επιτυχία τον γονεϊκό του ρόλο. Η έννοια αυτή συνδέεται άμεσα με το αίσθημα γονεϊκής αυτοαποτελεσματικότητας, δηλαδή με τον βαθμό στον οποίο ο γονέας αισθάνεται ότι μπορεί να διαχειριστεί τις απαιτήσεις της ανατροφής, να προσφέρει συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη στο παιδί και να ανταποκρίνεται επαρκώς στις καθημερινές προκλήσεις της γονεϊκότητας (Johnston & Mash, 1989). Οι Johnston και Mash, μέσα από την ανάπτυξη του εργαλείου Parenting Sense of Competence Scale (PSOC), προσέγγισαν τη γονεϊκή επάρκεια ως μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τόσο την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα του γονέα όσο και την ικανοποίηση που αντλεί από τον γονεϊκό του ρόλο.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η γονεϊκή επάρκεια θεωρείται σημαντικός παράγοντας ψυχολογικής προσαρμογής και οικογενειακής λειτουργικότητας, καθώς επηρεάζει τόσο τη σχέση γονέα–παιδιού όσο και τη συναισθηματική κατάσταση του ίδιου του γονέα. Σύμφωνα με τους Jones και Prinz (2005), τα υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης γονεϊκής επάρκειας συνδέονται με καλύτερη ψυχική υγεία, αποτελεσματικότερες γονεϊκές πρακτικές και μεγαλύτερη συναισθηματική διαθεσιμότητα προς το παιδί. Αντίθετα, η μειωμένη αίσθηση γονεϊκής επάρκειας έχει συσχετιστεί με αυξημένο γονεϊκό στρες, ψυχολογική επιβάρυνση και δυσκολίες προσαρμογής, ιδιαίτερα σε οικογένειες παιδιών με αναπηρία ή αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Στην παρούσα μελέτη, η γονεϊκή επάρκεια προσεγγίζεται ως η υποκειμενική αξιολόγηση των πατέρων σχετικά με την αποτελεσματικότητα, την ικανότητα προσαρμογής και τη συναισθηματική τους ανταπόκριση στον γονεϊκό ρόλο, υπό τις ιδιαίτερες απαιτήσεις που συνεπάγεται η ανατροφή παιδιού με αναπηρία.

5.2. Αυτοαποτελεσματικότητα πατέρων

Η αυτοαποτελεσματικότητα των πατέρων αναφέρεται στην πεποίθηση που έχει ο πατέρας ότι μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις απαιτήσεις του γονεϊκού του ρόλου και να

διαχειριστεί τις ανάγκες του παιδιού του. Η έννοια βασίζεται στη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας του Bandura (1977), σύμφωνα με την οποία οι πεποιθήσεις του ατόμου για τις ικανότητές του επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται, ενεργεί και επιμένει απέναντι σε δύσκολες καταστάσεις. Στο πεδίο της γονεϊκότητας, οι Coleman και Karraker (1998) προσδιόρισαν τη γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα ως την εκτίμηση του γονέα σχετικά με το αν μπορεί να ανταποκριθεί με επάρκεια στις σύνθετες απαιτήσεις της ανατροφής. Αντίστοιχα, οι Jones και Prinz (2005) υποστήριξαν ότι η γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα συνδέεται με τη γονεϊκή επάρκεια, την ψυχολογική λειτουργικότητα του γονέα και την προσαρμογή του παιδιού. Επομένως, στην περίπτωση των πατέρων παιδιών με αναπηρία, η αυτοαποτελεσματικότητα δεν αφορά μόνο την αίσθηση ικανότητας στη φροντίδα, αλλά και την πεποίθηση ότι ο πατέρας μπορεί να παραμείνει λειτουργικός, υποστηρικτικός και αποτελεσματικός απέναντι στις αυξημένες απαιτήσεις της αναπηρίας.

Νεότερη βιβλιογραφία ενισχύει τη σημασία της γονεϊκής αυτοαποτελεσματικότητας, δείχνοντας ότι αποτελεί βασικό παράγοντα για την κατανόηση της γονεϊκής λειτουργίας και της προσαρμογής σε απαιτητικά οικογενειακά πλαίσια. Η συστηματική ανασκόπηση των Glatz et al. (2024) επιβεβαιώνει ότι η γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα συνεχίζει να μελετάται ως σημαντική μεταβλητή για τη γονεϊκή συμπεριφορά και την προσαρμογή γονέα-παιδιού. Ειδικότερα για τους πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, οι Rudelli et al. (2021) έδειξαν ότι οι προκλητικές συμπεριφορές του παιδιού συνδέονται αρνητικά με την αίσθηση φροντιστικής αυτοαποτελεσματικότητας των πατέρων, ενώ η ικανοποίηση από την κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να μειώνει το αίσθημα γονεϊκής επιβάρυνσης. Με βάση τα παραπάνω, η αυτοαποτελεσματικότητα των πατέρων αποτελεί κρίσιμη διάσταση του γονεϊκού ρόλου, καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες βιώνουν, οργανώνουν και αξιολογούν την ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες ενός παιδιού με αναπηρία.

5.3. Η επίδραση της μετατραυματικής επιβάρυνσης στον γονεϊκό ρολο

Η μετατραυματική επιβάρυνση φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά τη λειτουργικότητα του γονεϊκού ρόλου, καθώς τα συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας και συναισθηματικής εξάντλησης μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα του γονέα να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες του παιδιού. Σύμφωνα με τον Figley (1995), η συνεχής

έκθεση σε έντονα στρεσογόνες και συναισθηματικά απαιτητικές εμπειρίες μπορεί να οδηγήσει σε δευτερογενές τραυματικό στρες, το οποίο επηρεάζει όχι μόνο την ψυχική κατάσταση του ατόμου αλλά και τη διαπροσωπική και οικογενειακή του λειτουργικότητα. Η ψυχολογική αυτή επιβάρυνση έχει συσχετιστεί με μειωμένη συναισθηματική διαθεσιμότητα, δυσκολίες στη διαχείριση του στρες και αίσθημα μειωμένης γονεϊκής επάρκειας.

Στο πλαίσιο της γονεϊκότητας παιδιών με αναπηρία, η παρατεταμένη φροντίδα και οι αυξημένες απαιτήσεις της καθημερινότητας φαίνεται να ενισχύουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχολογικής κόπωσης και συναισθηματικής εξάντλησης. Οι Hayes και Watson (2013), μέσα από μετα-ανάλυση γονέων παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, διαπίστωσαν ότι τα αυξημένα επίπεδα γονεϊκού στρες σχετίζονται με δυσκολίες προσαρμογής και με αρνητική επίδραση στη συνολική εμπειρία του γονεϊκού ρόλου. Παράλληλα, οι Jones και Prinz (2005) υποστήριξαν ότι η αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα και την αντίληψη επάρκειας του γονέα, μειώνοντας το αίσθημα αποτελεσματικότητας στην ανατροφή και φροντίδα του παιδιού.

Επιπλέον, η βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι η χρόνια ψυχολογική πίεση μπορεί να επηρεάσει τη συναισθηματική σχέση γονέα-παιδιού και τη συνολική οικογενειακή προσαρμογή. Οι Gérain και Zech (2019) σημειώνουν ότι η συναισθηματική εξάντληση και το χρόνιο στρες στους γονείς σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο γονεϊκής εξουθένωσης (parental burnout), η οποία επηρεάζει τη συναισθηματική εμπλοκή, τη γονεϊκή ικανοποίηση και τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Αντίστοιχα, οι Mikolajczak et al. (2019) υποστηρίζουν ότι η παρατεταμένη συναισθηματική επιβάρυνση μπορεί να οδηγήσει σε αποστασιοποίηση από τον γονεϊκό ρόλο, συναισθηματική κόπωση και αίσθημα μειωμένης αποτελεσματικότητας ως γονέα.

Στην περίπτωση των πατέρων παιδιών με αναπηρία, η μετατραυματική επιβάρυνση αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι πατέρες καλούνται να ανταποκριθούν ταυτόχρονα σε οικογενειακές, επαγγελματικές και συναισθηματικές απαιτήσεις. Η συνεχής προσπάθεια προσαρμογής στις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη του πατέρα για τον γονεϊκό του ρόλο, τη συναισθηματική του διαθεσιμότητα και τη συνολική εμπειρία της πατρότητας. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μετατραυματικής επιβάρυνσης και γονεϊκής λειτουργικότητας θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς

συμβάλλει στην κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και τη γονεϊκή επάρκεια των πατέρων παιδιών με αναπηρία.

5.3.1. Αντίληψη της αναπηρίας – γνωστικές αναπαραστάσεις

Οι γνωστικές αναπαραστάσεις της αντίληψης της αναπηρίας αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο ο πατέρας κατανοεί, ερμηνεύει και νοηματοδοτεί την αναπηρία του παιδιού του. Η θεωρητική βάση αυτής της προσέγγισης βρίσκεται στο Common-Sense Model of Self-Regulation του Leventhal, σύμφωνα με το οποίο τα άτομα δεν αντιδρούν μόνο στο ίδιο το γεγονός ή στην κατάσταση, αλλά κυρίως στον τρόπο με τον οποίο την αντιλαμβάνονται και την ερμηνεύουν. Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι οι αναπαραστάσεις μιας κατάστασης επηρεάζουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τελικά την ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου. Νεότερη ανασκόπηση των Hagger et al. (2022) επιβεβαιώνει ότι το Common-Sense Model παραμένει ένα ισχυρό θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται απειλητικές ή δύσκολες καταστάσεις και προσαρμόζονται ψυχολογικά και συμπεριφορικά σε αυτές.

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, η αναπηρία του παιδιού δεν εξετάζεται μόνο ως αντικειμενική κατάσταση, αλλά και ως υποκειμενικά βιωμένη εμπειρία από τον πατέρα. Με βάση το μοντέλο του Leventhal, οι βασικές γνωστικές αναπαραστάσεις αφορούν: α) τις αντιλαμβανόμενες συνέπειες της αναπηρίας στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας, β) τη χρονική διάρκεια ή μονιμότητα της κατάστασης, γ) τον βαθμό προσωπικού ελέγχου που αισθάνεται ότι έχει ο πατέρας, δ) την πεποίθηση ότι η παρέμβαση ή η υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει, ε) την κατανόηση της κατάστασης και στ) την αιτιολογική ερμηνεία που δίνει ο ίδιος στην αναπηρία. Οι διαστάσεις αυτές αποτυπώνονται στο Brief Illness Perception Questionnaire, το οποίο αναπτύχθηκε από τους Broadbent et al. (2006) για τη σύντομη αξιολόγηση γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων μιας κατάστασης.

Η σύνδεση με τη συγκεκριμένη εργασία είναι ουσιαστική, καθώς ο τρόπος με τον οποίο ο πατέρας αντιλαμβάνεται την αναπηρία του παιδιού μπορεί να επηρεάσει την ψυχική του υγεία, το επίπεδο μετατραυματικής επιβάρυνσης και την αίσθηση γονεϊκής επάρκειας. Όταν η αναπηρία βιώνεται ως ιδιαίτερα απειλητική, ανεξέλεγκτη ή επιβαρυντική, είναι πιθανό να αυξάνεται η ψυχολογική δυσφορία και να δυσκολεύεται η προσαρμογή στον γονεϊκό ρόλο. Αντίθετα, όταν ο πατέρας αισθάνεται ότι κατανοεί την κατάσταση και ότι

υπάρχουν τρόποι υποστήριξης και διαχείρισης, μπορεί να ενισχύεται η ψυχολογική του προσαρμογή. Για τον λόγο αυτό, η διερεύνηση των γνωστικών αναπαραστάσεων μέσω του B-IPQ συμβάλλει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η αντίληψη της αναπηρίας συνδέεται με τις βασικές μεταβλητές της παρούσας μελέτης

5.3.2. Αντίληψη πατέρων

Η αντίληψη των πατέρων σχετικά με την αναπηρία του παιδιού τους αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για την κατανόηση της ψυχολογικής τους προσαρμογής και της συνολικής εμπειρίας της πατρότητας. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι πατέρες δεν βιώνουν την αναπηρία αποκλειστικά ως μια ιατρική ή λειτουργική κατάσταση, αλλά ως μια εμπειρία που επηρεάζει την προσωπική τους ταυτότητα, τον γονεϊκό τους ρόλο και τη συνολική οικογενειακή ζωή. Σύμφωνα με τους King et al. (2006), η αντίληψη που διαμορφώνουν οι γονείς για την αναπηρία του παιδιού επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο προσαρμογής, τη συναισθηματική τους ανταπόκριση και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που αναπτύσσουν μέσα στην καθημερινότητα. Οι γονείς που αντιλαμβάνονται ότι διαθέτουν μεγαλύτερο έλεγχο και δυνατότητα κατανόησης της κατάστασης εμφανίζουν συνήθως καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή και χαμηλότερα επίπεδα στρες.

Στην περίπτωση των πατέρων, η αντίληψη της αναπηρίας φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι νοηματοδοτούν τον πατρικό τους ρόλο και τις ευθύνες που απορρέουν από αυτόν. Οι Seymour, Giallo και Wood (2017) αναφέρουν ότι πολλοί πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος βιώνουν έντονο αίσθημα ευθύνης για τη λειτουργικότητα της οικογένειας, ενώ παράλληλα συχνά δυσκολεύονται να εκφράσουν ανοιχτά τη συναισθηματική τους επιβάρυνση. Η αντίληψη αυτή φαίνεται να οδηγεί αρκετούς πατέρες σε εσωτερίκευση του στρες και σε προσπάθεια διατήρησης ενός περισσότερο «λειτουργικού» και υποστηρικτικού ρόλου μέσα στην οικογένεια, ακόμη και όταν βιώνουν σημαντική ψυχολογική πίεση.

Παράλληλα, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η αντίληψη των πατέρων για την αναπηρία επηρεάζεται από παράγοντες όπως η σοβαρότητα των δυσκολιών του παιδιού, η κοινωνική υποστήριξη και η ποιότητα της οικογενειακής προσαρμογής. Οι Dabrowska και Pisula (2010) διαπίστωσαν ότι οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν αυξημένο γονεϊκό στρες όταν αντιλαμβάνονται ότι οι απαιτήσεις της καθημερινής φροντίδας υπερβαίνουν τις

προσωπικές και οικογενειακές τους δυνατότητες διαχείρισης. Αντίθετα, όταν οι πατέρες αισθάνονται ότι υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον και καλύτερη κατανόηση της κατάστασης, φαίνεται να ενισχύεται η προσαρμογή τους και να μειώνεται η ψυχολογική επιβάρυνση.

Νεότερες προσεγγίσεις επισημαίνουν ότι η αντίληψη των πατέρων δεν είναι σταθερή, αλλά μεταβάλλεται μέσα στον χρόνο, καθώς αλλάζουν οι ανάγκες του παιδιού και οι απαιτήσεις της οικογενειακής ζωής. Οι Dunn et al. (2019) υποστηρίζουν ότι η εμπειρία της πατρότητας σε συνθήκες αναπηρίας χαρακτηρίζεται από συνεχή διαδικασία επαναπροσδιορισμού του ρόλου και της προσωπικής ταυτότητας του πατέρα. Η αντίληψη αυτή μπορεί να επηρεάσει τόσο την ψυχική υγεία όσο και τη συνολική εμπειρία της πατρότητας, ιδιαίτερα όταν οι πατέρες βιώνουν παρατεταμένη ψυχολογική επιβάρυνση ή περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη. Η διερεύνηση της αντίληψης των πατέρων θεωρείται ιδιαίτερα ενδιαφέρον, καθώς ο τρόπος με τον οποίο οι πατέρες αντιλαμβάνονται την αναπηρία του παιδιού τους μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη μετατραυματική επιβάρυνση, την ψυχική υγεία και τη συνολική γονεϊκή τους λειτουργικότητα.

5.3.3. Η αντίληψη της αναπηρίας και η ψυχολογική προσαρμογή των πατέρων

Η αντίληψη που διαμορφώνει ο πατέρας για την αναπηρία του παιδιού του μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο προσαρμόζεται ψυχολογικά στις απαιτήσεις της γονεϊκότητας. Το Common-Sense Model of Self-Regulation αποτελεί ένα θεωρητικό μοντέλο των Leventhal et al., σύμφωνα με το οποίο τα άτομα διαμορφώνουν γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις σχετικά με μια κατάσταση υγείας ή μια δύσκολη εμπειρία, οι οποίες επηρεάζουν τον τρόπο ψυχολογικής προσαρμογής και διαχείρισής της και εξηγεί ότι τα άτομα δεν αντιδρούν μόνο στην ίδια την κατάσταση, αλλά κυρίως στο νόημα που της αποδίδουν, δηλαδή στο αν τη θεωρούν ελεγχόμενη, απειλητική, μακροχρόνια ή διαχειρίσιμη. Οι Hagger et al. (2022) επισημαίνουν ότι οι γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις μιας κατάστασης επηρεάζουν άμεσα τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου.

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, η αναπηρία του παιδιού προσεγγίζεται ως μια κατάσταση την οποία ο πατέρας καλείται να κατανοήσει, να ερμηνεύσει και να εντάξει στη

ζωή της οικογένειας. Το «Brief Illness Perception Questionnaire των Broadbent» et al. (2006) αξιολογεί ακριβώς αυτές τις διαστάσεις, δηλαδή τις συνέπειες που αποδίδει το άτομο στην κατάσταση, τη χρονική της διάρκεια, τον προσωπικό έλεγχο, την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, την κατανόηση και τη συναισθηματική επίδραση. Όταν ο πατέρας αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως ιδιαίτερα απειλητική, ανεξέλεγκτη ή συναισθηματικά επιβαρυντική, είναι πιθανότερο να βιώνει μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία και δυσκολότερη προσαρμογή στον γονεϊκό ρόλο.

Η σύνδεση αυτή έχει άμεση σημασία για τη συγκεκριμένη μελέτη, επειδή η αντίληψη της αναπηρίας μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας που επηρεάζει τόσο τη μετατραυματική επιβάρυνση όσο και την ψυχική υγεία των πατέρων. Οι Rudelli et al. (2021), μελετώντας πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, έδειξαν ότι ο τρόπος με τον οποίο οι πατέρες αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους και τη φροντίδα του παιδιού σχετίζεται με την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, την επιβάρυνση φροντίδας και την ικανοποίηση από τον γονεϊκό ρόλο. Με αυτή την έννοια, η αντίληψη της αναπηρίας δεν αποτελεί απλώς μια περιγραφική μεταβλητή, αλλά έναν βασικό μηχανισμό μέσα από τον οποίο μπορεί να ερμηνευθεί η ψυχολογική προσαρμογή των πατέρων.

5.3.4. Στίγμα - Εννοιολογική προσέγγιση

Το στίγμα αποτελεί μια κοινωνική και ψυχολογική διαδικασία μέσα από την οποία ένα άτομο ή μια κοινωνική ομάδα αντιμετωπίζεται ως «διαφορετική», υποτιμημένη ή κοινωνικά αποδεκτή σε μικρότερο βαθμό εξαιτίας ενός χαρακτηριστικού που αποκλίνει από τις κυρίαρχες κοινωνικές αντιλήψεις. Η πιο κλασική και ευρέως αποδεκτή θεωρητική προσέγγιση του στίγματος προέρχεται από τον Goffman (1963), ο οποίος περιέγραψε το στίγμα ως ένα χαρακτηριστικό που οδηγεί το άτομο σε κοινωνική απαξίωση και επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτό από το κοινωνικό περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Goffman, το στίγμα δεν αφορά αποκλειστικά το ίδιο το χαρακτηριστικό, αλλά κυρίως τη σημασία και την κοινωνική ερμηνεία που αποδίδεται σε αυτό.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, το στίγμα προσεγγίζεται ως μια πολυδιάστατη εμπειρία που περιλαμβάνει κοινωνικές αντιλήψεις, στερεότυπα, προκαταλήψεις και διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού. Οι Link και Phelan (2001) υποστήριξαν ότι το στίγμα αναπτύσσεται όταν κοινωνικά χαρακτηριστικά συνδέονται με αρνητικά στερεότυπα,

οδηγώντας σε κοινωνική απόσταση, διάκριση και άνιση μεταχείριση. Μέσα από αυτή την προσέγγιση, το στίγμα δεν θεωρείται ατομικό πρόβλημα, αλλά κοινωνική διαδικασία που επηρεάζει την ψυχική κατάσταση, την αυτοαντίληψη και τη συνολική κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου.

Στο πλαίσιο της αναπηρίας, το στίγμα συχνά επεκτείνεται και στα μέλη της οικογένειας, ιδιαίτερα στους γονείς που εμπλέκονται άμεσα στη φροντίδα του παιδιού. Οι Mak και Cheung (2008) χρησιμοποίησαν τον όρο *affiliate stigma* για να περιγράψουν την εσωτερικευση των κοινωνικών στερεοτύπων και των αρνητικών αντιλήψεων από τα μέλη της οικογένειας ατόμων με αναπηρία. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι γονείς μπορεί να βιώνουν αισθήματα ενοχής, ντροπής, κοινωνικής απόσυρσης ή ψυχολογικής επιβάρυνσης, όταν αντιλαμβάνονται ότι η αναπηρία του παιδιού συνοδεύεται από αρνητική κοινωνική αξιολόγηση. Η εμπειρία αυτή φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία, τη γονεϊκή λειτουργικότητα και τη συνολική προσαρμογή των οικογενειών.

5.3.5. Εσωτερικευμένο στίγμα στους γονείς ατόμων με αναπηρία

Το εσωτερικευμένο στίγμα στους γονείς ατόμων με αναπηρία αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία οι γονείς υιοθετούν και εσωτερικεύουν τις αρνητικές κοινωνικές αντιλήψεις, τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που σχετίζονται με την αναπηρία του παιδιού τους. Η έννοια αυτή περιγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο «*affiliate stigma*» και αφορά τη συναισθηματική και ψυχολογική επίδραση που μπορεί να έχουν οι κοινωνικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία στα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερα στους γονείς. Οι Mak και Cheung (2008), οι οποίοι ανέπτυξαν και το σχετικό θεωρητικό πλαίσιο του «*affiliate stigma*» υποστήριξαν ότι οι γονείς παιδιών με αναπηρία ενδέχεται να βιώνουν αισθήματα ντροπής, ενοχής, κοινωνικής απόσυρσης και μειωμένης αυτοεκτίμησης, όταν αντιλαμβάνονται ότι η κοινωνία αντιμετωπίζει αρνητικά την αναπηρία ή την οικογένειά τους.

Η εμπειρία του εσωτερικευμένου στίγματος δεν σχετίζεται μόνο με εξωτερικές κοινωνικές αντιδράσεις, αλλά και με τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι γονείς ερμηνεύουν και επεξεργάζονται αυτές τις κοινωνικές στάσεις. Σύμφωνα με τους Chan και Lam (2018), το «*affiliate stigma*» μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχική υγεία των γονέων, αυξάνοντας το άγχος, τη συναισθηματική επιβάρυνση και τη δυσκολία προσαρμογής στη γονεϊκότητα. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερο οι γονείς εσωτερικεύουν τις

αρνητικές κοινωνικές αντιλήψεις για την αναπηρία, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης ψυχολογικής δυσφορίας και κοινωνικής απομόνωσης.

Ιδιαίτερα στους γονείς παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι το εσωτερικευμένο στίγμα συνδέεται συχνά με αυξημένη ψυχολογική πίεση και μειωμένη αίσθηση κοινωνικής αποδοχής. Οι Papadopoulos et al. (2019) διαπίστωσαν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν συχνά κοινωνική κριτική ή αίσθημα «διαφορετικότητας», γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχική τους υγεία και τη συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα. Παράλληλα, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος φαίνεται να ενισχύουν περαιτέρω την εμπειρία του εσωτερικευμένου στίγματος.

Αυτό συνδέεται άμεσα με αυτή την έρευνα καθώς η εσωτερικευση αρνητικών κοινωνικών αντιλήψεων μπορεί να επηρεάσει τη μετατραυματική επιβάρυνση, την ψυχική υγεία και τη γονεϊκή λειτουργικότητα των πατέρων παιδιών με αναπηρία. Η κατανόηση της εμπειρίας αυτής συμβάλλει ουσιαστικά στην ερμηνεία των ψυχολογικών δυσκολιών που ενδέχεται να αντιμετωπίζουν οι πατέρες, ιδιαίτερα σε κοινωνικά περιβάλλοντα όπου η αναπηρία εξακολουθεί να συνοδεύεται από στερεότυπα ή κοινωνικές προκαταλήψεις.

5.3.6. Στίγμα και οικογένεια

Το στίγμα που συνδέεται με την αναπηρία δεν περιορίζεται μόνο στο ίδιο το άτομο, αλλά επεκτείνεται συχνά και στο οικογενειακό του περιβάλλον, επηρεάζοντας τις σχέσεις, τη συναισθηματική λειτουργικότητα και τη συνολική προσαρμογή της οικογένειας. Οι κοινωνικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία επηρεάζουν όχι μόνο τα ίδια τα άτομα με αναπηρία, αλλά και τις οικογένειές τους. Η ύπαρξη κοινωνικών στερεοτύπων και προκαταλήψεων ενδέχεται να ενισχύει το βίωμα ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων Σούλης (2020).

Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι κοινωνικές αντιλήψεις γύρω από την αναπηρία μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια αντιλαμβάνεται τον εαυτό της, οργανώνει την καθημερινότητά της και αλληλεπιδρά με το κοινωνικό περιβάλλον. Ο Goffman (1963) είχε ήδη επισημάνει ότι το στίγμα λειτουργεί ως κοινωνικός μηχανισμός διαφοροποίησης και απαξίωσης, επηρεάζοντας όχι μόνο το άτομο που φέρει το «στιγματισμένο» χαρακτηριστικό αλλά και τα πρόσωπα που συνδέονται στενά μαζί του.

Στην περίπτωση της αναπηρίας, η οικογένεια συχνά βιώνει κοινωνική κριτική, στερεοτυπικές αντιλήψεις ή μειωμένη κοινωνική αποδοχή, γεγονός που μπορεί να επιδράσει στη συνολική οικογενειακή δυναμική.

Η εμπειρία του στίγματος φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η οικογένεια μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον, καθώς συχνά περιορίζει την κοινωνική συμμετοχή, τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και την αναζήτηση υποστήριξης. Οι Mak και Cheung (2008) υποστήριξαν ότι το εσωτερικευμένο στίγμα (affiliate stigma) μπορεί να οδηγήσει τους γονείς σε συναισθήματα ντροπής, κοινωνικής απόσυρσης και μειωμένης αυτοεκτίμησης, επηρεάζοντας τη σχέση τους τόσο με το παιδί όσο και με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Αντίστοιχα, οι Gray (2003) και Papadopoulos et al. (2019) αναφέρουν ότι πολλές οικογένειες παιδιών με αναπηρία και ιδιαίτερα με ΔΑΦ βιώνουν εμπειρίες κοινωνικής απομόνωσης ή αρνητικής κοινωνικής αξιολόγησης, γεγονός που μπορεί να ενισχύσει την ψυχολογική επιβάρυνση και το χρόνιο οικογενειακό στρες.

Παράλληλα, το στίγμα φαίνεται να επηρεάζει και τη λειτουργικότητα της οικογένειας ως σύστημα. Όταν οι γονείς αισθάνονται ότι η οικογένειά τους αντιμετωπίζεται αρνητικά από το κοινωνικό περιβάλλον, συχνά περιορίζονται οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και η αναζήτηση υποστήριξης. Οι Kinnear et al. (2016) υποστηρίζουν ότι οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία μπορούν να επηρεάσουν τη συνοχή της οικογένειας, τη γονεϊκή αυτοαντίληψη και την ψυχολογική προσαρμογή των γονέων. Η εμπειρία του στίγματος φαίνεται επομένως να προσδιορίζει όχι μόνο τη σχέση της οικογένειας με την κοινωνία, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τη θέση τους μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η διερεύνηση του στίγματος μέσα στην οικογένεια θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς οι κοινωνικές αντιλήψεις για την αναπηρία μπορεί να επηρεάζουν τη μετατραυματική επιβάρυνση, την ψυχική υγεία και τη γονεϊκή λειτουργικότητα των πατέρων παιδιών με αναπηρία. Η κατανόηση αυτής της εμπειρίας συμβάλλει ουσιαστικά στην ερμηνεία των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τη συνολική εμπειρία της πατρότητας και της οικογενειακής προσαρμογής.

9. Ψυχολογική Ευελιξία - Εννοιολογική Προσέγγιση

Η ψυχολογική ευελιξία (psychological flexibility) αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να παραμένει σε επαφή με τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του χωρίς να εγκλωβίζεται ή να αποφεύγει ό,τι του προκαλεί ψυχολογική δυσφορία, ενώ παράλληλα συνεχίζει να δρα με τρόπο που να είναι συμβατός με τις προσωπικές του αξίες και τους στόχους του. Η έννοια αυτή αποτελεί βασικό θεωρητικό άξονα της Θεραπείας Αποδοχής και Δέσμευσης (Acceptance and Commitment Therapy – ACT) και συνδέεται με την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου σε απαιτητικές ή ψυχολογικά επιβαρυντικές καταστάσεις. Σύμφωνα με τους Hayes, Strosahl και Wilson (1999), η ψυχολογική ευελιξία περιλαμβάνει την αποδοχή των εσωτερικών εμπειριών, τη γνωστική αποδέσμευση από δυσλειτουργικές σκέψεις και τη δυνατότητα διατήρησης λειτουργικής συμπεριφοράς ακόμη και σε συνθήκες έντονου στρες.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η ψυχολογική ευελιξία θεωρείται σημαντικός προστατευτικός παράγοντας για την ψυχική υγεία, καθώς σχετίζεται με καλύτερη συναισθηματική ρύθμιση, μειωμένη ψυχολογική δυσφορία και αποτελεσματικότερη διαχείριση δύσκολων εμπειριών. Οι Kashdan και Rottenberg (2010) υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική ευελιξία αποτελεί βασικό στοιχείο της ψυχικής προσαρμογής, επειδή επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται με λειτουργικό τρόπο σε μεταβαλλόμενες και απαιτητικές συνθήκες ζωής. Αντίθετα, η ψυχολογική ακαμψία και η αποφυγή δυσάρεστων σκέψεων ή συναισθημάτων φαίνεται να συνδέονται με αυξημένο άγχος, συναισθηματική εξάντληση και δυσκολίες προσαρμογής.

Η έννοια της ψυχολογικής ευελιξίας αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της γονεϊκότητας παιδιών με αναπηρία, καθώς οι γονείς και ιδιαίτερα οι πατέρες καλούνται συχνά να διαχειριστούν έντονη συναισθηματική επιβάρυνση, αβεβαιότητα και μακροχρόνιο στρες. Οι Whittingham et al. (2014) αναφέρουν ότι υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευελιξίας στους γονείς παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες σχετίζονται με καλύτερη ψυχική υγεία, μειωμένο γονεϊκό στρες και αποτελεσματικότερη προσαρμογή στον γονεϊκό ρόλο. Μέσα από αυτή την προσέγγιση, η ψυχολογική ευελιξία δεν αφορά την απουσία δυσκολιών ή αρνητικών συναισθημάτων, αλλά την ικανότητα του ατόμου να συνεχίζει να λειτουργεί προσαρμοστικά παρά την παρουσία τους. Σύμφωνα με τον Reich et al., (2025) οι πατέρες παιδιών με αναπηρία συχνά εμφανίζουν χαμηλότερη ψυχολογική ευελιξία και χαμηλότερη

γονεϊκή αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy) σε σχέση με τους γονείς τυπικών παιδιών, υιοθετώντας πιο συχνά στρατηγικές αποστασιοποίησης (disengagement coping).

Στην παρούσα μελέτη, η ψυχολογική ευελιξία προσεγγίζεται ως η ικανότητα των πατέρων παιδιών με αναπηρία να διαχειρίζονται τις ψυχολογικές απαιτήσεις και τη συναισθηματική επιβάρυνση που συνδέεται με τη φροντίδα του παιδιού, χωρίς να αποφεύγουν ή να αποδιοργανώνονται από τις δύσκολες εσωτερικές εμπειρίες που μπορεί να βιώνουν.

9.2. Θεωρία ACT

Η Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (Acceptance and Commitment Therapy – ACT) αποτελεί μια σύγχρονη ψυχοθεραπευτική και θεωρητική προσέγγιση, η οποία αναπτύχθηκε από τους Hayes, Strosahl και Wilson και βασίζεται στην ενίσχυση της ψυχολογικής ευελιξίας. Κεντρική θέση της θεωρίας είναι ότι η ψυχολογική δυσφορία δεν προκύπτει απαραίτητα από την παρουσία αρνητικών σκέψεων ή συναισθημάτων, αλλά από την προσπάθεια του ατόμου να τα ελέγξει, να τα αποφύγει ή να απομακρυνθεί από αυτά. Σύμφωνα με τους Hayes et al. (1999), η συνεχής αποφυγή δυσάρεστων εσωτερικών εμπειριών μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογική ακαμψία και να περιορίσει τη λειτουργικότητα και την προσαρμογή του ατόμου στην καθημερινή ζωή.

Η θεωρία ACT υποστηρίζει ότι η ψυχολογική ευελιξία ενισχύεται όταν το άτομο μαθαίνει να αποδέχεται τις δύσκολες σκέψεις και τα συναισθήματά του χωρίς να εγκλωβίζεται σε αυτά, ενώ παράλληλα συνεχίζει να δρα σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες. Οι Hayes, Luoma, Bond, Masuda και Lillis (2006) περιγράφουν έξι βασικές διεργασίες που συνθέτουν το μοντέλο ACT: α) την αποδοχή (acceptance), β) τη γνωστική αποδέσμευση από δυσλειτουργικές σκέψεις (cognitive defusion), γ) την επαφή με την παρούσα στιγμή (contact with the present moment), δ) την παρατήρηση του εαυτού (self-as-context), ε) τη διευκρίνιση προσωπικών αξιών (values clarification) και στ) τη δεσμευμένη δράση (committed action). Οι διεργασίες αυτές στοχεύουν στην ενίσχυση της προσαρμοστικής λειτουργίας του ατόμου και στη μείωση της ψυχολογικής ακαμψίας.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η ACT έχει συνδεθεί με καλύτερη διαχείριση του άγχους, της ψυχολογικής επιβάρυνσης και των χρόνιων στρεσογόνων εμπειριών. Οι Kashdan και Rottenberg (2010) υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική ευελιξία αποτελεί βασικό

μηχανισμό προστασίας της ψυχικής υγείας, καθώς επιτρέπει στο άτομο να προσαρμόζεται αποτελεσματικότερα σε δύσκολες ή μεταβαλλόμενες συνθήκες ζωής. Η θεωρία ACT έχει εφαρμοστεί ιδιαίτερα σε γονείς παιδιών με αναπηρία ή αναπτυξιακές δυσκολίες, καθώς οι γονείς αυτοί καλούνται συχνά να διαχειριστούν μακροχρόνιο στρες, συναισθηματική επιβάρυνση και αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας.

Η σύνδεση της ACT με την παρούσα εργασία θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς το θεωρητικό αυτό πλαίσιο βοηθά στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι πατέρες παιδιών με αναπηρία διαχειρίζονται τις δύσκολες συναισθηματικές εμπειρίες που συνοδεύουν τη γονεϊκότητα. Η ψυχολογική ευελιξία, όπως προσεγγίζεται μέσα από την ACT, μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στη μετατραυματική επιβάρυνση, στο χρόνιο στρες και στις δυσκολίες ψυχολογικής προσαρμογής, επιτρέποντας στους πατέρες να διατηρούν λειτουργικότητα και ενεργή εμπλοκή στον γονεϊκό τους ρόλο ακόμη και υπό συνθήκες αυξημένης ψυχολογικής πίεσης.

6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Πριν από την παρουσίαση των επιμέρους θεματικών ενοτήτων της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, κρίνεται σημαντικό να επισημανθεί ότι δεν εντοπίστηκε ερευνητική μελέτη που να εξετάζει συνδυαστικά το σύνολο των μεταβλητών που διερευνώνται στην παρούσα εργασία. Για τον λόγο αυτό, η βιβλιογραφική ανασκόπηση οργανώνεται θεματικά και συνθετικά, μέσα από την παρουσίαση ερευνών που εξετάζουν επιμέρους διαστάσεις των παραπάνω παραγόντων, με στόχο τη σταδιακή συγκρότηση του θεωρητικού και ερευνητικού πλαισίου της παρούσας μελέτης.

6.1. Η διερεύνηση της σχέσης του δευτερογενούς τραυματικού στρες με την ψυχική υγεία

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς τραυματικού στρες και ψυχικής υγείας έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τη σύγχρονη βιβλιογραφία, κυρίως σε γονείς παιδιών με αναπηρία και αναπτυξιακές δυσκολίες, καθώς η μακροχρόνια έκθεση στις απαιτήσεις της φροντίδας φαίνεται να συνδέεται με αυξημένη ψυχική επιβάρυνση και δυσκολίες συναισθηματικής προσαρμογής. Οι Seymour et al. (2024), μελετώντας πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, διαπίστωσαν ότι η συνεχής εμπλοκή στη φροντίδα και η αυξημένη συναισθηματική ευθύνη σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, άγχους και συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ αρκετοί πατέρες ανέφεραν ότι βιώνουν μια διαρκή κατάσταση επαγρύπνησης και ανησυχίας για την πορεία και το μέλλον του παιδιού τους. Η χρόνια αυτή εμπλοκή στη φροντίδα φαίνεται σε αρκετές περιπτώσεις να συνοδεύεται από μια διαρκή κατάσταση αβεβαιότητας και συναισθηματικής προσαρμογής, στοιχείο που προσεγγίζεται θεωρητικά μέσα από την έννοια της *ambiguous loss* (αμφίσημησ απώλειας), η οποία αναφέρεται σε καταστάσεις όπου το άτομο βιώνει ένα διαρκές αίσθημα απώλειας χωρίς σαφή συναισθηματική ολοκλήρωση ή οριστική επίλυση (Boss, 1999).

Η μελέτη του Khoufi (2024) καταδεικνύει ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία αντιμετωπίζουν έντονο ψυχολογικό στρες, άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα και σημαντική στέρηση ύπνου λόγω των αυξημένων απαιτήσεων φροντίδας. Η έντονη αυτή επιβάρυνση φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά τη συναισθηματική λειτουργικότητα και τη συνολική ψυχική υγεία των πατέρων. Παράλληλα, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι πατέρες συχνά τείνουν να υιοθετούν περισσότερο εσωτερικευμένους τρόπους διαχείρισης της ψυχολογικής πίεσης, αποφεύγοντας την ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων και επιδιώκοντας τη διατήρηση ενός λειτουργικού και σταθερού ρόλου μέσα στην οικογένεια (Plias et al., 2018).

Η προσέγγιση αυτή φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από νεότερα ερευνητικά δεδομένα, καθώς οι Seymour et al. (2024) και οι Rattaz et al. (2023) διαπίστωσαν ότι πολλοί πατέρες παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν διαρκή ψυχολογική πίεση και συναισθηματική κόπωση, χωρίς ωστόσο να εκφράζουν πάντοτε άμεσα ή εμφανώς τις δυσκολίες τους.

Κατά τη διαδικασία της διάγνωσης του παιδιού, πολλοί πατέρες βιώνουν μια αίσθηση απώλειας και πένθους, συνοδευόμενη από συναισθήματα σύγχυσης, απογοήτευσης και θυμού, τα οποία σε ορισμένες περιπτώσεις οδηγούν σε προσωρινή απομάκρυνση (disengagement) από την άμεση φροντίδα του παιδιού μέχρι να επιτευχθεί σταδιακή αποδοχή της κατάστασης. Η χρόνια αυτή ψυχολογική πίεση φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο τη συναισθηματική κατάσταση αλλά και τη συνολική λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής των πατέρων. Η Hunt-Jackson (2007) επιβεβαιώνει την παρουσία συναισθημάτων σοκ, ενοχής, αγανάκτησης και θλίψης στους γονείς παιδιών με αναπηρία, ενώ η Ostergren Clark (2021) αναφέρει ότι η μακροχρόνια φροντιστική επιβάρυνση (caregiver burden) συνδέεται στενά με την επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των γονέων με την πάροδο του χρόνου. Αντίστοιχα, οι Papadopoulos et al. (2022) υποστηρίζουν ότι τα υψηλά επίπεδα γονεϊκού στρες και η συνεχής συναισθηματική πίεση μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχολογική δυσφορία, μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα και δυσκολίες διαχείρισης των καθημερινών απαιτήσεων της οικογενειακής ζωής.

Η εμπειρία της φροντίδας δεν βιώνεται μόνο ως πρακτική ευθύνη αλλά και ως μια μακροχρόνια συναισθηματική διαδικασία, η οποία επηρεάζει ουσιαστικά την ψυχική ισορροπία των γονέων. Οι Song et al. (2026) υποστηρίζουν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ψυχολογικής δυσφορίας, άγχους και συναισθηματικής επιβάρυνσης, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν απαιτητικές συμπεριφορές και περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν ότι η μακροχρόνια φροντίδα παιδιού με ΔΑΦ μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά την ψυχική υγεία και τη συναισθηματική προσαρμογή των γονέων. Οι Li et al. (2022) διαπίστωσαν ότι, παρότι οι πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας συγκριτικά με τις μητέρες, εξακολουθούσαν να παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, στρες και ψυχικής επιβάρυνσης, τα οποία συνδέονταν με τις απαιτήσεις της καθημερινής φροντίδας και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του παιδιού.

Οι Rusu et al. (2025), σε μετα-ανάλυση σχετικά με το γονεϊκό στρες και την ψυχική ευημερία, διαπίστωσαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα γονεϊκού στρες συνδέονται σταθερά με

χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ευημερίας και ποιότητας ζωής των γονέων. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η μακροχρόνια ψυχολογική επιβάρυνση της φροντίδας μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά την ψυχική υγεία και τη συναισθηματική προσαρμογή των γονέων παιδιών με αναπηρία.. Τα παραπάνω ευρήματα ενισχύουν τη θεωρητική προσέγγιση της παρούσας μελέτης, σύμφωνα με την οποία η μακροχρόνια εμπειρία της αναπηρίας και η συνεχής συναισθηματική εμπλοκή των πατέρων στη φροντίδα του παιδιού μπορούν να επηρεάσουν ουσιαστικά την ψυχική τους υγεία και να συμβάλουν στη δημιουργία συνθηκών δευτερογενούς τραυματικού στρες. Οι Golan et al. (2022) υποστηρίζουν ότι τα άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος εμφανίζουν αυξημένη ευαλωτότητα στην ανάπτυξη μετατραυματικών συμπτωμάτων, καθώς η γνωστική ακαμψία και οι επαναλαμβανόμενοι τρόποι σκέψης φαίνεται να ενισχύουν την ένταση και τη διατήρηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι τα αυξημένα επίπεδα μετατραυματικού στρες συνδέονται με δυσκολίες ψυχικής προσαρμογής και μεγαλύτερη συναισθηματική δυσφορία, αναδεικνύοντας τη στενή σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική επιβάρυνση και στην ψυχική υγεία στο πλαίσιο της ΔΑΦ.

Η βιβλιογραφία που αφορά ειδικά τις οικογένειες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος δείχνει ότι οι πατέρες συχνά βιώνουν αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, εξαιτίας της συνεχούς ανάγκης διαχείρισης συμπεριφορικών δυσκολιών, κοινωνικών περιορισμών και αυξημένων απαιτήσεων φροντίδας. Οι Rattaz et al. (2023) διαπίστωσαν ότι τα επίπεδα στρες και άγχους των γονέων μετά τη διάγνωση ΔΑΦ παραμένουν ιδιαίτερα αυξημένα, ενώ στους πατέρες η ψυχολογική επιβάρυνση εμφανίζει μεγαλύτερη χρονική σταθερότητα και δεν μειώνεται σημαντικά με την πάροδο των ετών. Παράλληλα, οι Seymour et al. (2019) αναφέρουν ότι πολλοί πατέρες παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν συναισθηματική εξάντληση, αίσθημα διαρκούς ευθύνης και αυξημένη ψυχολογική πίεση, ιδιαίτερα όταν η καθημερινότητα χαρακτηρίζεται από περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη και αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας. Αντίστοιχα, οι Song et al. (2026) υποστηρίζουν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ψυχολογικής δυσφορίας και άγχους, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν απαιτητικές συμπεριφορές και περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη.

Αντίστοιχα, και στις οικογένειες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες καταγράφονται αυξημένα επίπεδα γονεϊκού στρες και συναισθηματικής επιβάρυνσης, κυρίως λόγω των δυσκολιών επικοινωνίας, της ανάγκης συνεχούς εκπαιδευτικής και

κοινωνικής προσαρμογής και της αβεβαιότητας σχετικά με την εξέλιξη του παιδιού. Η συστηματική ανασκόπηση των Gunjawate et al. (2023) έδειξε ότι οι γονείς παιδιών με απώλεια ακοής βιώνουν αυξημένο στρες και ψυχική επιβάρυνση, τα οποία συνδέονται με τις απαιτήσεις θεραπευτικής παρέμβασης και τις δυσκολίες επικοινωνίας. Οι Zaidman-Zait et al. (2016) διαπίστωσαν ότι οι δυσκολίες επικοινωνίας και η αβεβαιότητα σχετικά με τη γλωσσική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού σχετίζονται με αυξημένο γονεϊκό στρες και δυσκολίες ψυχικής προσαρμογής των γονέων. Παράλληλα, οι Marie et al. (2023) υποστηρίζουν ότι η ανακοίνωση της διάγνωσης κώφωσης ή βαρηκοΐας αποτελεί συχνά σημαντική πηγή ψυχολογικής πίεσης για τους γονείς, συμπεριλαμβανομένων και των πατέρων, ιδιαίτερα όταν απουσιάζει η επαρκής ενημέρωση και υποστήριξη. Επιπλέον, η διαδικασία ψυχολογικής προσαρμογής των γονέων φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται και επεξεργάζεται η διάγνωση, καθώς άλλες συναισθηματικές αντιδράσεις συνδέονται με αυξημένη ψυχική επιβάρυνση και αίσθηση ευαλωτότητας του παιδιού (Sealy et al., 2023). Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ότι και οι πατέρες παιδιών με ακουστική αναπηρία βιώνουν σημαντικές ψυχολογικές και προσαρμοστικές απαιτήσεις, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάζουν ουσιαστικά την ψυχική τους υγεία και τη συναισθηματική τους προσαρμογή.

6.2. Εμπειρικές έρευνες για την επίδραση της μετατραυματικής επιβάρυνσης στον γονεϊκό ρόλο των πατέρων

Η σύγχρονη βιβλιογραφία δείχνει ότι η μακροχρόνια εμπειρία φροντίδας παιδιών με ΔΑΦ και αισθητηριακές αναπηρίες μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τον γονεϊκό ρόλο των πατέρων, ιδιαίτερα όταν η καθημερινότητα χαρακτηρίζεται από αυξημένες απαιτήσεις υποστήριξης, συναισθηματική πίεση και αβεβαιότητα σχετικά με την εξέλιξη και το μέλλον του παιδιού. Οι πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι πατέρες συχνά βιώνουν μια μορφή χρόνιας ψυχολογικής επιβάρυνσης, η οποία συνδέεται με αυξημένο άγχος, συναισθηματική κόπωση, μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα και δυσκολίες προσαρμογής στον γονεϊκό ρόλο.

Οι Rattaz et al. (2023), μελετώντας οικογένειες παιδιών με ΔΑΦ, διαπίστωσαν ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, οι δυσκολίες κοινωνικής επικοινωνίας και οι απαιτητικές συμπεριφορές σχετίζονται με αυξημένο γονεϊκό στρες και σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση στους γονείς, με αρκετούς πατέρες να αναφέρουν δυσκολίες διατήρησης συναισθηματικής ισορροπίας και αίσθημα συνεχούς επαγρύπνησης. Η μακροχρόνια αυτή

ψυχολογική πίεση φαίνεται να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες οργανώνουν τον γονεϊκό τους ρόλο και ανταποκρίνονται στις καθημερινές ανάγκες του παιδιού. Αντίστοιχα, οι Seymour et al. (2025) διαπίστωσαν ότι οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν συχνά αυξημένα επίπεδα άγχους, συναισθηματικής κόπωσης και ψυχολογικής δυσφορίας, τα οποία επηρεάζουν την καθημερινή τους λειτουργικότητα και τη σχέση τους με το παιδί. Η συνεχής διαχείριση απαιτητικών συμπεριφορών, η αβεβαιότητα σχετικά με την εξέλιξη του παιδιού και η περιορισμένη κοινωνική κατανόηση της αναπηρίας φαίνεται να ενισχύουν τη μετατραυματική επιβάρυνση και να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες βιώνουν και οργανώνουν τον γονεϊκό τους ρόλο. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι αρκετοί πατέρες παρουσιάζουν τάση συναισθηματικής απόσυρσης ή εσωτερίκευσης της πίεσης, γεγονός που μπορεί να δυσχεραίνει τη συναισθηματική επικοινωνία μέσα στην οικογένεια.

Οι Strauss et al. (2024) διαπίστωσαν ότι τα αυξημένα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα γονεϊκού στρες και δυσκολίες προσαρμογής στον γονεϊκό ρόλο. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι στους πατέρες η χαμηλότερη γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα σχετιζόταν σημαντικά με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και δυσκολίες διαχείρισης των απαιτήσεων της καθημερινής φροντίδας, αναδεικνύοντας τη σημασία της ψυχικής προσαρμογής και της αντίληψης γονεϊκής επάρκειας στον τρόπο άσκησης του γονεϊκού ρόλου. Επίσης, οι Greenlee et al. (2023), μελετώντας πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, διαπίστωσαν ότι τα αυξημένα επίπεδα γονεϊκού στρες και ψυχολογικής επιβάρυνσης σχετιζόνταν με δυσκολίες προσαρμογής στον γονεϊκό ρόλο, μειωμένη γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα και μεγαλύτερη συναισθηματική αποστασιοποίηση. Υποστηρίζουν ότι η χρόνια ψυχολογική πίεση μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες βιώνουν και οργανώνουν τη γονεϊκή τους εμπλοκή στην καθημερινή φροντίδα του παιδιού.

Παράλληλα, οι Rattaz et al. (2023) αναφέρουν ότι τα αυξημένα επίπεδα γονεϊκού στρες και ψυχολογικής πίεσης σχετίζονται με μειωμένη αίσθηση ελέγχου, χαμηλότερη γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα και δυσκολίες διατήρησης σταθερής συναισθηματικής εμπλοκής στον γονεϊκό ρόλο. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η χρόνια ψυχολογική επιβάρυνση μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της σχέσης γονέα–παιδιού και να ενισχύσει

την αίσθηση συναισθηματικής εξάντλησης, ιδιαίτερα όταν οι πατέρες αισθάνονται ότι δεν διαθέτουν επαρκή κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη..

Στις αισθητηριακές αναπηρίες, οι πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι πατέρες παιδιών με κώφωση ή βαρηκοΐα βιώνουν αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση κυρίως λόγω των δυσκολιών επικοινωνίας, της ανάγκης συνεχούς εκπαιδευτικής υποστήριξης και της ανησυχίας για τη γλωσσική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Η συστηματική ανασκόπηση των Gunjawate et al. (2022) έδειξε ότι το γονεϊκό στρες στις οικογένειες παιδιών με απώλεια ακοής σχετίζεται με αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας, περιορισμένη κοινωνική κατανόηση της αναπηρίας και συναισθηματική εξάντληση των γονέων. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι αρκετοί πατέρες βιώνουν δυσκολίες προσαρμογής στον γονεϊκό ρόλο, ιδιαίτερα όταν αισθάνονται ανεπαρκώς προετοιμασμένοι να ανταποκριθούν στις ανάγκες επικοινωνίας και κοινωνικής υποστήριξης του παιδιού.

6.3. Διερεύνηση του ρόλου της ψυχολογικής ευελιξίας στην ψυχική προσαρμογή των πατέρων

Η ψυχολογική ευελιξία φαίνεται να αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες για την ψυχική προσαρμογή των γονέων παιδιών με αναπηρία και ιδιαίτερα των πατέρων, οι οποίοι συχνά βιώνουν αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας, συναισθηματική επιβάρυνση και μακροχρόνιο στρες. Η σύγχρονη βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η ικανότητα του ατόμου να αποδέχεται δύσκολες σκέψεις και συναισθήματα χωρίς να εγκλωβίζεται σε αυτά, διατηρώντας παράλληλα λειτουργική και προσαρμοστική συμπεριφορά, σχετίζεται άμεσα με καλύτερη ψυχική υγεία και αποτελεσματικότερη διαχείριση των απαιτήσεων της γονεϊκότητας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα σχετικά με πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, όπου η ψυχολογική ευελιξία φαίνεται να επηρεάζει άμεσα τη συναισθηματική προσαρμογή και τη γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα. Οι Menashe-Grinberg et al. (2025) διαπίστωσαν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ και ιδιαίτερα οι πατέρες εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευελιξίας και μεγαλύτερη τάση αποφυγής ή αποστασιοποίησης σε συνθήκες αυξημένου στρες. Η έρευνα έδειξε ότι η μειωμένη ψυχολογική ευελιξία συνδέεται με χαμηλότερη γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα και δυσκολίες χρήσης προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης, ενώ οι πατέρες εμφάνισαν μικρότερη αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με τις μητέρες. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι η ενίσχυση της ψυχολογικής ευελιξίας μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στη

συναισθηματική εξάντληση και στη μετατραυματική επιβάρυνση των πατέρων παιδιών με ΔΑΦ. Οι Feng et al. (2025), εξετάζοντας γονείς παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, διαπίστωσαν ότι η υψηλότερη ψυχολογική ευελιξία συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα γονεϊκού στρες και καλύτερη ψυχική προσαρμογή. Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικά και για τους πατέρες, καθώς αναδεικνύουν τον προστατευτικό ρόλο της ψυχολογικής ευελιξίας απέναντι στην ψυχολογική επιβάρυνση που συνοδεύει τη φροντίδα παιδιού με ΔΑΦ.

Οι Fonseca et al. (2023) υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική ευελιξία συνδέεται άμεσα με την ικανότητα των γονέων να διαχειρίζονται τη συναισθηματική επιβάρυνση που συνοδεύει τη φροντίδα παιδιών με χρόνιες ή αναπτυξιακές δυσκολίες. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι οι γονείς που εμφανίζουν μεγαλύτερη αποδοχή δύσκολων συναισθηματικών εμπειριών και μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα απέναντι στις απαιτήσεις της καθημερινότητας παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους, ψυχολογικής δυσφορίας και συναισθηματικής εξάντλησης. Οι Zhang et al. (2025) διαπίστωσαν ότι οι γονείς παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος που εμφάνιζαν μεγαλύτερη ψυχολογική ευελιξία παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και καλύτερη συναισθηματική προσαρμογή απέναντι στις απαιτήσεις της φροντίδας.

Η σημασία της ψυχολογικής ευελιξίας φαίνεται να αναδεικνύεται και στις οικογένειες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις παιδιών με απώλεια ακοής. Οι Li et al. (2025) υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική ακαμψία και η δυσκολία αποδοχής των συναισθηματικών απαιτήσεων της φροντίδας συνδέονται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία, δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής και επιβάρυνση της καθημερινής λειτουργικότητας των γονέων παιδιών με κώφωση ή βαρηκοΐα. Η μελέτη έδειξε ότι η ψυχολογική δυσφορία λειτουργεί ως ενδιάμεσος παράγοντας ανάμεσα στις απαιτήσεις της αναπηρίας και στη μειωμένη κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή των γονέων, αναδεικνύοντας τη σημασία της ψυχολογικής ευελιξίας ως παράγοντα προστασίας της ψυχικής υγείας.

Οι Lapková et al. (2024) αναφέρονται στη "Συναισθηματική Μεταμόρφωση της Πατρότητας". Παρά το αρχικό σοκ, οι πατέρες με μεγάλη συμμετοχή στη φροντίδα (ενεργοποίηση δεσμού) βιώνουν βαθιά εσωτερική αλλαγή, βρίσκοντας ένα νέο νόημα, περηφάνια και εξέλιξη της ταυτότητάς τους. Ο Khouri (2024) διαπιστώνει ότι από τις αντιξοότητες αναδύονται θετικά στοιχεία, όπως η προσωπική ανάπτυξη, το χτίσιμο ψυχικής

ανθεκτικότητας (resilience) και η ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων, με τους πατέρες να γίνονται πιο ενσυναίσθητοι και ισχυροί συνήγοροι (advocates) για τα δικαιώματα των παιδιών τους. Η Ostergren Clark (2021) χρησιμοποιεί τη θεωρία της πορείας ζωής (Life Course) για να δείξει πώς οι πατέρες επιδεικνύουν "ευελιξία" εγκαταλείποντας τα αρχικά τους σχέδια, αναδομώντας τον ρόλο τους και αποκομίζοντας ανταμοιβές και νοηματοδότηση από την παροχή φροντίδας στο ενήλικο, πλέον, παιδί τους

Παράλληλα, οι San Miguel et al. (2023), εξετάζοντας γονείς παιδιών που χρησιμοποιούν ακουστικά βοηθήματα, διαπίστωσαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ακαμψίας σχετίζονται με αυξημένο γονεϊκό στρες, δυσκολίες διαχείρισης της θεραπευτικής διαδικασίας και χαμηλότερη ψυχική προσαρμογή. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι οι γονείς που δυσκολεύονται να αποδεχθούν τις συναισθηματικές προκλήσεις της αναπηρίας εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση και μειωμένη αίσθηση ελέγχου απέναντι στις απαιτήσεις της καθημερινότητας.

6.4. Διερεύνηση του εσωτερικευμένου στίγματος και ψυχικής επιβάρυνσης γονέων παιδιών με αναπηρία

Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι το εσωτερικευμένο στίγμα (affiliate stigma) αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γονέων παιδιών με αναπηρία. Το εσωτερικευμένο στίγμα αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία οι γονείς υιοθετούν και εσωτερικεύουν τις αρνητικές κοινωνικές αντιλήψεις και τα στερεότυπα που συνοδεύουν την αναπηρία του παιδιού τους, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την αυτοεικόνα, τη συναισθηματική ισορροπία και τη συνολική ψυχική τους προσαρμογή.

Οι Papadopoulos, Lodder, Constantinou και Randhawa (2019), σε συστηματική ανασκόπηση για τη σχέση του στίγματος του αυτισμού με την ψυχική υγεία των φροντιστών, διαπίστωσαν ότι το στίγμα σχετίζεται σταθερά με αυξημένο άγχος, συναισθηματική εξάντληση, ψυχολογική δυσφορία και επιβάρυνση των γονέων. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι η εμπειρία κοινωνικής απαξίωσης και μειωμένης κοινωνικής κατανόησης επηρεάζει ουσιαστικά την ψυχική ευημερία των οικογενειών παιδιών με ΔΑΦ. Παρόμοια ευρήματα παρουσιάζονται και από τη μελέτη των Zhou, Wang και Yi (2018), σύμφωνα με την οποία το εσωτερικευμένο στίγμα σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα

κατάθλιψης και ψυχολογικής δυσφορίας στους φροντιστές παιδιών με ΔΑΦ, ενώ η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η ντροπή φαίνεται να ενισχύουν περαιτέρω την ψυχική επιβάρυνση των γονέων.

Στην έρευνα του Khouiri (2024), το κοινωνικό στίγμα είναι κυρίαρχο. Λόγω έλλειψης σωματικών χαρακτηριστικών στη ΔΑΦ, το κοινό συχνά παρερμηνεύει τις συμπεριφορές του παιδιού ως "κακή ανατροφή", οδηγώντας τους πατέρες σε περιθωριοποίηση και κοινωνική απομόνωση. Βιώνουν μικροεπιθέσεις (microaggressions) που δρουν διαβρωτικά στο ηθικό τους, ενώ συχνά οι πολιτισμικές πεποιθήσεις (ειδικά σε μειονότητες) θεωρούν την αναπηρία αιτία "ντροπής". Οι Lapková et al. (2024) σημειώνουν το βάρος των παραδοσιακών "αρρενωπών" προτύπων: το στίγμα αποτρέπει τους πατέρες από το να ζητήσουν ψυχολογική βοήθεια, αναγκάζοντάς τους να καταπιέζουν τον πόνο τους για να φαίνονται "δυνατοί", κάτι που οδηγεί σε "άορατους αγώνες". Η Ostergren Clark (2021) υπογραμμίζει πως οι διακρίσεις, οι χαμηλές κοινωνικές προσδοκίες και το στίγμα αυξάνουν τον κίνδυνο σοβαρών προβλημάτων ψυχικής υγείας και εμποδίζουν την πρόσβαση σε υποστήριξη

Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ είναι η έλλειψη εμφανών σωματικών χαρακτηριστικών της αναπηρίας. Επειδή τα παιδιά με ΔΑΦ συχνά δεν έχουν κάποια φυσική παραμόρφωση, η κοινωνία παρερμηνεύει τις προβληματικές τους συμπεριφορές (λόγω έλλειψης επικοινωνιακών δεξιοτήτων) ως ένδειξη «κακής ανατροφής» Khouiri (2024). Ως αποτέλεσμα, οι πατέρες αντιμετωπίζουν έντονο κοινωνικό στίγμα, περιθωριοποίηση και δέχονται «μικροεπιθέσεις» από το περιβάλλον τους, γεγονός που τους οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση

Η εσωτερικευση αρνητικών κοινωνικών αντιλήψεων φαίνεται να ενισχύει αισθήματα ντροπής, κοινωνικής απομόνωσης και προσωπικής ανεπάρκειας, γεγονός που επιβαρύνει περαιτέρω τη συναισθηματική κατάσταση των γονέων. Αντίστοιχα, οι Zhou, Wang και Yi (2018) διαπίστωσαν ότι το εσωτερικευμένο στίγμα σχετίζεται σημαντικά με αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία στους φροντιστές παιδιών με αυτισμό, ενώ η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αίσθηση ντροπής φαίνεται να λειτουργούν ενισχυτικά στην ανάπτυξη ψυχολογικής δυσφορίας.

Η εμπειρία του στίγματος φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά και τις οικογένειες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες. Οι Gunjawate, Ravi και Yerraguntla (2022), μέσα από συστηματική ανασκόπηση για το στρες γονέων παιδιών με απώλεια ακοής, αναφέρουν ότι

οι γονείς συχνά βιώνουν κοινωνική πίεση, αίσθηση διαφοροποίησης και αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση λόγω της περιορισμένης κοινωνικής κατανόησης της αναπηρίας. Αντίθετα, οι αισθητηριακές αναπηρίες συνήθως συνοδεύονται από πιο αναγνωρίσιμα ιατρικά ή φυσικά χαρακτηριστικά. Αν και αυτό δεν αναιρεί το άγχος, τα παιδιά με αισθητηριακές δυσκολίες (π.χ. κώφωση) δεν αντιμετωπίζουν στον ίδιο βαθμό την άρνηση της αναπηρίας τους από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, κάτι που διευκολύνει ως ένα βαθμό την κατανόηση από τον κοινωνικό περίγυρο, σε αντίθεση με τα παιδιά με αυτισμό που πολλές φορές στερούνται υπηρεσιών ακριβώς επειδή η αναπηρία τους δεν είναι «εμφανής» Khouiri,(2024). Επιπλέον, οι Mitter, Ali και Scior (2019), εξετάζοντας το στίγμα στις οικογένειες ατόμων με αναπτυξιακές δυσκολίες και αυτισμό, υποστηρίζουν ότι το στίγμα λειτουργεί όχι μόνο ως κοινωνικό φαινόμενο αλλά και ως βαθιά εσωτερικευμένη ψυχολογική εμπειρία, η οποία επηρεάζει την αυτοαντίληψη, τη συναισθηματική προσαρμογή και τη συνολική ψυχική λειτουργικότητα των γονέων.

6.5. Διερεύνηση της αντίληψης της αναπηρίας και η επίδρασή της στην ψυχική υγεία των πατέρων

Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η ψυχολογική προσαρμογή των πατέρων παιδιών με αναπηρία δεν επηρεάζεται μόνο από τις αντικειμενικές δυσκολίες της αναπηρίας, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και νοηματοδοτούν την κατάσταση του παιδιού τους. Η αντίληψη της αναπηρίας φαίνεται να διαμορφώνει ουσιαστικά τη συναισθηματική ανταπόκριση, τις στρατηγικές διαχείρισης και τη συνολική ψυχική υγεία των γονέων. Οι Hagger et al. (2022), μέσα από νεότερη προσέγγιση του Common-Sense Model of Self-Regulation, υποστηρίζουν ότι οι γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις μιας δύσκολης κατάστασης επηρεάζουν άμεσα την ψυχολογική προσαρμογή και τον τρόπο αντιμετώπισης του στρες. Όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται μια κατάσταση ως ιδιαίτερα απειλητική, ανεξέλεγκτη ή μακροχρόνια επιβαρυντική, είναι πιθανότερο να εμφανίσει αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και δυσκολίες συναισθηματικής διαχείρισης.

Η Hunt-Jackson (2007) τονίζει ότι η αντίληψη της αναπηρίας καθορίζει τις πράξεις: κάποιοι πατέρες θεωρούν τα παιδιά τους "δώρο Θεού" και αποκτούν ισχυρά κίνητρα, ενώ άλλοι αντιδρούν αποστασιοποιούμενοι και οδηγούνται σε διαζύγιο. Συγκρίνει, επίσης, το πώς η ιατρική εστίαση μόνο στα "ελλείμματα" πρέπει να αντικατασταθεί από μια

προσέγγιση εστιασμένη στις δυνατότητες (strengths perspective). Η Ostergren Clark (2021) φέρνει στο προσκήνιο τα μοντέλα της αναπηρίας (ιατρικό - κοινωνικό μοντέλο). Όταν η αναπηρία εκλαμβάνεται ως "πρόβλημα που πρέπει να φτιαχτεί", το άγχος αυξάνεται. Όταν προσεγγίζεται μέσα από το πρίσμα της νευροποικιλομορφίας, η αναπηρία γίνεται αποδεκτή ως ένα φυσικό μέρος της ζωής, βελτιώνοντας την προσαρμογή

Η διεθνής έρευνα δείχνει ότι οι πατέρες που αντιλαμβάνονται την αναπηρία του παιδιού τους ως κατάσταση με σοβαρές συνέπειες για το μέλλον, την οικογενειακή λειτουργία και την καθημερινότητα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, ψυχολογικής επιβάρυνσης και συναισθηματικής εξάντλησης. Οι Rattaz et al. (2023), μελετώντας οικογένειες παιδιών με ΔΑΦ, διαπίστωσαν ότι η υποκειμενική αντίληψη της σοβαρότητας της αναπηρίας και η αίσθηση περιορισμένου ελέγχου σχετίζονται με αυξημένο γονεϊκό στρες και δυσκολίες ψυχικής προσαρμογής. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι η συνεχής ανησυχία για τη μελλοντική αυτονομία και κοινωνική ένταξη του παιδιού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη συναισθηματική κατάσταση των γονέων και ιδιαίτερα των πατέρων, οι οποίοι συχνά βιώνουν την ανάγκη διατήρησης ενός σταθερού και λειτουργικού οικογενειακού ρόλου.

Παράλληλα, νεότερες έρευνες δείχνουν ότι η αντίληψη της αναπηρίας συνδέεται άμεσα με τη γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα και την ψυχική ανθεκτικότητα. Οι Fonseca et al. (2023) υποστηρίζουν ότι οι γονείς που αισθάνονται ότι μπορούν να κατανοήσουν και να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα τις απαιτήσεις της αναπηρίας εμφανίζουν καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή και μειωμένα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας. Η αίσθηση ελέγχου και η δυνατότητα νοηματοδότησης της εμπειρίας φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στο χρόνιο στρες και στη συναισθηματική εξάντληση. Αντίθετα, όταν η αναπηρία βιώνεται ως απρόβλεπτη, ανεξέλεγκτη ή κοινωνικά επιβαρυντική, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης άγχους, απογοήτευσης και ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα σχετικά με την κοινωνική διάσταση της αντίληψης της αναπηρίας. Οι Papadopoulos et al. (2022) αναφέρουν ότι οι κοινωνικές αντιλήψεις και το εσωτερικευμένο στίγμα μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς και ιδιαίτερα οι πατέρες βιώνουν την αναπηρία του παιδιού τους. Η εμπειρία κοινωνικής κριτικής, απομόνωσης ή μειωμένης κοινωνικής κατανόησης φαίνεται να ενισχύει την ψυχολογική δυσφορία και να δυσχεραίνει τη συναισθηματική προσαρμογή των γονέων. Η συγκεκριμένη διάσταση είναι ιδιαίτερα σημαντική για την

παρούσα εργασία, καθώς συνδέεται άμεσα με τη διερεύνηση της ψυχικής υγείας και της μετατραυματικής επιβάρυνσης των πατέρων παιδιών με αναπηρία.

Αντίστοιχα, οι Giallo et al. (2022) υποστηρίζουν ότι η αντίληψη της αναπηρίας επηρεάζει τη συνολική οικογενειακή προσαρμογή και τη συναισθηματική λειτουργικότητα των γονέων, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη και αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας. Οι Giallo, Seymour, Matthews και Wood (2022) επισημαίνουν ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων δεν σχετίζεται αποκλειστικά με τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας, αλλά και με το πώς οι ίδιοι νοηματοδοτούν την εμπειρία της φροντίδας και της γονεϊκότητας. Η προσέγγιση αυτή ενισχύει τη θεωρητική βάση της παρούσας μελέτης, σύμφωνα με την οποία η αντίληψη της αναπηρίας αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει την ψυχική υγεία, την προσαρμογή και τη συνολική εμπειρία της πατρότητας.

6.6. Διερεύνηση διαφορών μεταξύ πατέρων παιδιών με ΔΑΦ και πατέρων παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες

Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η εμπειρία της πατρότητας διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος της αναπηρίας του παιδιού, καθώς διαφορετικές αναπτυξιακές και αισθητηριακές δυσκολίες συνοδεύονται από διαφορετικές απαιτήσεις φροντίδας, διαφορετικές μορφές ψυχολογικής επιβάρυνσης και διαφορετικούς μηχανισμούς προσαρμογής. Στην περίπτωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος, η βιβλιογραφία αναφέρει σταθερά υψηλότερα επίπεδα γονεϊκού στρες και ψυχολογικής δυσφορίας, γεγονός που συνδέεται κυρίως με τις δυσκολίες κοινωνικής επικοινωνίας, τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και τη χρόνια αβεβαιότητα σχετικά με τη λειτουργικότητα και τη μελλοντική αυτονομία του παιδιού. Οι Hayes και Watson (2013), σε μία από τις πλέον συχνά αναφερόμενες μετα-αναλύσεις στο πεδίο, έδειξαν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στρες συγκριτικά με γονείς παιδιών με άλλες αναπτυξιακές δυσκολίες ή τυπική ανάπτυξη.

Αντίστοιχα, νεότερα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η εμπειρία της γονεϊκότητας σε οικογένειες παιδιών με ΔΑΦ συχνά συνοδεύεται από αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση, δυσκολίες προσαρμογής και μειωμένη ψυχική ευημερία, ιδιαίτερα όταν οι απαιτήσεις φροντίδας είναι αυξημένες και η διαχείριση δύσκολων συναισθημάτων καθίσταται πιο απαιτητική. Παράλληλα, η ψυχολογική ευελιξία φαίνεται να λειτουργεί ως σημαντικός παράγοντας προσαρμογής, καθώς συνδέεται με καλύτερη διαχείριση του γονεϊκού στρες και

χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας στους γονείς παιδιών με ΔΑΦ (Feng et al., 2025; Reich et al., 2025).

Αντίστοιχα, και στις οικογένειες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες καταγράφονται σημαντικές απαιτήσεις προσαρμογής και αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση, αν και η φύση των δυσκολιών φαίνεται να διαφοροποιείται σε σχέση με άλλες μορφές αναπηρίας. Ειδικότερα, στην περίπτωση της ακουστικής αναπηρίας, η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων φαίνεται να σχετίζεται συχνά με τις δυσκολίες επικοινωνίας, την ανάγκη συνεχούς προσαρμογής και την αβεβαιότητα σχετικά με τη γλωσσική, κοινωνική και εκπαιδευτική πορεία του παιδιού. Η συστηματική ανασκόπηση των Gunjawate et al. (2023) έδειξε ότι οι γονείς παιδιών με απώλεια ακοής συχνά βιώνουν αυξημένο γονεϊκό στρες, συναισθηματική κόπωση και σημαντικές απαιτήσεις προσαρμογής, ιδιαίτερα όταν οι ανάγκες επικοινωνίας και υποστήριξης του παιδιού είναι αυξημένες.

Στις οικογένειες παιδιών με ακουστική αναπηρία, η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων φαίνεται να συνδέεται κυρίως με τις δυσκολίες επικοινωνίας, την ανάγκη συνεχούς εκπαιδευτικής και κοινωνικής προσαρμογής και την αβεβαιότητα σχετικά με τη γλωσσική και κοινωνική εξέλιξη του παιδιού. Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Gunjawate et al. (2023), οι γονείς παιδιών με απώλεια ακοής συχνά εμφανίζουν αυξημένο γονεϊκό στρες και συναισθηματική κόπωση, ιδιαίτερα όταν οι απαιτήσεις φροντίδας και επικοινωνίας είναι αυξημένες. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι παράγοντες όπως η ψυχολογική ευελιξία, η αυτοσυμπόνια και η επίγνωση της παρούσας εμπειρίας συνδέονται με καλύτερη ψυχική προσαρμογή και γονεϊκή επάρκεια σε γονείς παιδιών με συγγενή απώλεια ακοής (Xie et al., 2025).

Παρόμοια, στις οικογένειες παιδιών με οπτική αναπηρία έχει αναφερθεί ότι η καθημερινή φροντίδα συχνά συνοδεύεται από αυξημένες ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις, ανησυχία σχετικά με την αυτονομία και τη λειτουργικότητα του παιδιού, καθώς και ανάγκη συνεχούς προσαρμογής του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ειδικότερα, η βιβλιογραφική ανασκόπηση των Lurón et al. ανέδειξε ότι η ποιότητα ζωής των γονέων παιδιών με οπτική αναπηρία επηρεάζεται κυρίως σε επίπεδο ψυχοκοινωνικής ευημερίας και κοινωνικής λειτουργικότητας, ενώ οι ίδιοι οι γονείς αναφέρουν αυξημένη ανάγκη υποστήριξης και πληροφόρησης σχετικά με τη φροντίδα και την εξέλιξη του παιδιού. Παράλληλα, έχει υποστηριχθεί ότι η ανατροφή παιδιού με οπτική αναπηρία μπορεί να αποτελεί ψυχοπιεστική εμπειρία για την οικογένεια, χωρίς όμως η ένταση της επιβάρυνσης να είναι ίδια σε όλες τις

περιπτώσεις, καθώς επηρεάζεται από παράγοντες όπως η προσαρμογή, η κοινωνική υποστήριξη και οι διαθέσιμοι πόροι (van den Broek et al., 2017). Υπό αυτή την οπτική, η συγκριτική διερεύνηση πατέρων παιδιών με ΔΑΦ και πατέρων παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση πιθανών διαφοροποιήσεων ως προς τη μετατραυματική επιβάρυνση, την ψυχική υγεία και τον γονεϊκό ρόλο.

Η καθημερινή φροντίδα φαίνεται να συνοδεύεται από αυξημένες ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις και ανάγκες προσαρμογής, ιδιαίτερα σε ζητήματα που αφορούν την αυτονομία, τη λειτουργικότητα και την κοινωνική συμμετοχή του παιδιού. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των Lurón et al. (2018) έδειξε ότι η ποιότητα ζωής των γονέων παιδιών με οπτική αναπηρία επηρεάζεται κυρίως σε επίπεδο ψυχοκοινωνικής ευημερίας και καθημερινής λειτουργικότητας, ενώ οι ίδιοι οι γονείς συχνά αναφέρουν αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης και υποστήριξης. Παράλληλα, οι van den Broek et al. (2017) υποστηρίζουν ότι η γονεϊκή προσαρμογή στις απαιτήσεις της οπτικής αναπηρίας διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους, την κοινωνική υποστήριξη και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της οικογένειας.

6.7. Σύνοψη βιβλιογραφικών ευρημάτων και η αναγκαιότητα της παρούσας έρευνας

Η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι η ανατροφή παιδιού με αναπηρία αποτελεί μια εμπειρία που συχνά συνοδεύεται από αυξημένες ψυχολογικές απαιτήσεις και σημαντικές προκλήσεις προσαρμογής για τους γονείς. Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), αλλά και αισθητηριακών αναπηριών, έχουν καταγραφεί αυξημένα επίπεδα γονεϊκού στρες, ψυχολογικής δυσφορίας, συναισθηματικής επιβάρυνσης και δυσκολιών προσαρμογής, τα οποία φαίνεται να επηρεάζουν τόσο την ψυχική υγεία όσο και τη γονεϊκή εμπειρία. Παράλληλα, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η εμπειρία της αναπηρίας δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από τις λειτουργικές δυσκολίες ή τις απαιτήσεις φροντίδας του παιδιού, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς αντιλαμβάνονται, νοηματοδοτούν και διαχειρίζονται την εμπειρία της αναπηρίας, καθώς παράγοντες όπως η ψυχολογική ευελιξία, το εσωτερικευμένο στίγμα, η κοινωνική υποστήριξη και η αντίληψη της αναπηρίας φαίνεται να σχετίζονται με την ψυχική προσαρμογή και τη γονεϊκή λειτουργικότητα.

Παρά την αυξανόμενη ερευνητική ενασχόληση με την ψυχική επιβάρυνση γονέων παιδιών με αναπηρία, η διαθέσιμη βιβλιογραφία παρουσιάζει ορισμένα σημαντικά κενά. Αρχικά, το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών επικεντρώνεται κυρίως στις μητέρες ή εξετάζει τους γονείς ως ενιαία ομάδα, με αποτέλεσμα η εμπειρία των πατέρων να παραμένει συγκριτικά λιγότερο διερευνημένη. Επιπλέον, η πλειονότητα των μελετών αφορά οικογένειες παιδιών με ΔΑΦ, ενώ οι αισθητηριακές αναπηρίες ιδιαίτερα η οπτική και η ακουστική αναπηρία—εμφανίζονται σαφώς λιγότερο μελετημένες, παρά τις ιδιαίτερες απαιτήσεις προσαρμογής που συνεπάγονται για το οικογενειακό περιβάλλον. Παράλληλα, οι περισσότερες έρευνες εξετάζουν μεμονωμένες διαστάσεις της εμπειρίας των γονέων, όπως το γονεϊκό στρες ή την ψυχική υγεία, χωρίς να διερευνούν συνδυαστικά τη σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης, ψυχικής υγείας και γονεϊκού ρόλου, ούτε τον πιθανό ρόλο παραγόντων όπως η ψυχολογική ευελιξία, το εσωτερικευμένο στίγμα και η αντίληψη της αναπηρίας στη διαμόρφωση αυτών των σχέσεων.

Υπό το πρίσμα των παραπάνω, η παρούσα έρευνα κρίθηκε αναγκαία, καθώς επιχείρησε να διερευνήσει μια σχετικά περιορισμένα μελετημένη πτυχή της γονεϊκότητας, εστιάζοντας ειδικά στους πατέρες παιδιών με αναπηρία. Συγκεκριμένα, επιδίωξε να εξετάσει τη δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση των πατέρων και τη σχέση της με την ψυχική υγεία και τον γονεϊκό ρόλο, συγκρίνοντας πατέρες παιδιών με ΔΑΦ και πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες. Παράλληλα, διερεύνησε τον ρόλο της ψυχολογικής ευελιξίας, της αντίληψης της αναπηρίας, του εσωτερικευμένου στίγματος και της κοινωνικής υποστήριξης, επιχειρώντας μια πιο σύνθετη κατανόηση των παραγόντων που φαίνεται να επηρεάζουν την ψυχική εμπειρία των πατέρων.

Με τον τρόπο αυτό, η παρούσα μελέτη επιδιώκει να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση μιας ομάδας που παραμένει σχετικά λιγότερο ορατή στη διεθνή βιβλιογραφία, αναδεικνύοντας τόσο τις δυσκολίες όσο και τις ιδιαίτερες προσαρμογές που συνοδεύουν την εμπειρία της πατρότητας σε συνθήκες αναπηρίας.

ΜΕΡΟΣ Β΄ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

7.1. Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία, και ιδιαίτερα παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), βιώνουν αυξημένες ψυχολογικές και συναισθηματικές απαιτήσεις, οι οποίες συνδέονται με άγχος, ψυχική επιβάρυνση και δυσκολίες προσαρμογής στην καθημερινότητα. Παράλληλα, οι πατέρες συχνά τείνουν να εσωτερικεύουν τη συναισθηματική τους επιβάρυνση, προσπαθώντας να διατηρήσουν τη λειτουργικότητα και τη σταθερότητα της οικογένειας. Επιπλέον, παράγοντες όπως η ψυχολογική ευελιξία, η κοινωνική υποστήριξη και η αίσθηση γονεϊκής επάρκειας φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά για την ψυχική υγεία και τη συνολική προσαρμογή τους.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της μετατραυματικής επιβάρυνσης, της ψυχικής υγείας και του γονεϊκού ρόλου πατέρων παιδιών με αναπηρία, με ιδιαίτερη έμφαση σε πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), οπτική αναπηρία και ακουστική αναπηρία. Ειδικότερα, η έρευνα επιδιώκει να μελετήσει τον βαθμό στον οποίο η δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση, το άγχος, η συναισθηματική κόπωση, το εσωτερικευμένο στίγμα και η ψυχολογική ευελιξία επηρεάζουν την ψυχική προσαρμογή και την αντιλαμβανόμενη γονεϊκή επάρκεια των πατέρων. Επιχειρείται η διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των πατέρων ανάλογα με την κατηγορία αναπηρίας του παιδιού, καθώς και η ανάδειξη παραγόντων που ενδέχεται να λειτουργούν προστατευτικά ή επιβαρυντικά για την ψυχική τους υγεία και τη συνολική λειτουργικότητα της οικογένειας.

Ειδικότερα, η παρούσα έρευνα επιχειρήσει να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιο είναι το επίπεδο δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης των πατέρων παιδιών με ΔΑΦ, οπτική και ακουστική αναπηρία;
2. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ πατέρων παιδιών με ΔΑΦ και αισθητηριακές αναπηρίες ως προς τη μετατραυματική επιβάρυνση, την ψυχική υγεία και τον γονεϊκό ρόλο;
3. Ποια είναι η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας των πατέρων;

4. Ποια είναι η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και γονεϊκού ρόλου των πατέρων;
5. Ποιος είναι ο ρόλος της αντίληψης της αναπηρίας, της ψυχολογικής ευελιξίας και του εσωτερικευμένου στίγματος στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας των πατέρων;
6. Διαφοροποιείται η σχέση μεταξύ μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας ανάλογα με τον τύπο αναπηρίας, το επίπεδο ψυχολογικής ευελιξίας και το εσωτερικευμένο στίγμα;
7. Πώς σχετίζεται η αντίληψη της αναπηρίας με τη μετατραυματική επιβάρυνση και την ψυχική υγεία των πατέρων;
8. Ποιοι παράγοντες προβλέπουν την ψυχική υγεία και τον γονεϊκό ρόλο των πατέρων;

7.2 Ερευνητικές Υποθέσεις

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και τον σκοπό της παρούσας έρευνας, διατυπώθηκαν οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

1. Οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, οπτική ή ακουστική αναπηρία αναμένεται να εμφανίζουν δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση και ψυχολογική δυσφορία, ως αποτέλεσμα των αυξημένων απαιτήσεων που συνδέονται με τη φροντίδα και υποστήριξη του παιδιού τους.
2. Υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης αναμένεται να σχετίζονται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία στους συμμετέχοντες πατέρες.
3. Η αυξημένη ψυχολογική ακαμψία και βιωματική αποφυγή αναμένεται να συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχολογικής δυσφορίας.
4. Οι πατέρες που εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος αναμένεται να παρουσιάζουν αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και δυσκολίες προσαρμογής στον γονεϊκό τους ρόλο.
5. Η θετικότερη αντίληψη του γονεϊκού ρόλου και η αυξημένη αίσθηση γονεϊκής επάρκειας αναμένεται να σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και μετατραυματικής επιβάρυνσης.

6. Αναμένεται να υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των πατέρων παιδιών με ΔΑΦ, οπτική ή ακουστική αναπηρία ως προς τη μετατραυματική επιβάρυνση, την ψυχική υγεία και την αντίληψη του γονεϊκού τους ρόλου.
7. Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση και το είδος της αναπηρίας του παιδιού, αναμένεται να επηρεάζουν τη μετατραυματική κατάσταση, την ψυχική υγεία και τον γονεϊκό ρόλο των συμμετεχόντων πατέρων.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φάνηκε ότι αρκετές από τις αρχικές ερευνητικές υποθέσεις επιβεβαιώθηκαν, αναδεικνύοντας τη σύνθετη ψυχολογική εμπειρία των πατέρων παιδιών με αναπηρία. Διαπιστώθηκε ότι η αυξημένη δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση συνδεόταν με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, βιωματικής αποφυγής και εσωτερικευμένου στίγματος, γεγονός που συμφωνεί με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Παράλληλα, εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών αναπηρίας, με τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ να εμφανίζουν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε επιμέρους διαστάσεις, εύρημα που συνδέεται με τις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας και τις δυσκολίες επικοινωνίας που συχνά συνοδεύουν τη συγκεκριμένη αναπηρία. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, παρά την παρουσία ψυχολογικής επιβάρυνσης, οι συμμετέχοντες διατήρησαν σχετικά υψηλή αίσθηση γονεϊκής επάρκειας και ικανοποίησης από τον γονεϊκό τους ρόλο. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ότι η ύπαρξη δυσκολιών και ψυχολογικής πίεσης δεν αναιρεί απαραίτητα τη συναισθηματική σύνδεση, τη λειτουργικότητα και την ενεργή εμπλοκή των πατέρων στη ζωή και τη φροντίδα του παιδιού τους. Η έρευνα δεν ανέδειξε ακραία επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, γεγονός που ενδέχεται να σχετίζεται με την ανάπτυξη μηχανισμών προσαρμογής, την οικογενειακή συνοχή ή τη σταδιακή εξοικείωση των πατέρων με τις απαιτήσεις της καθημερινότητας.

7.3. Ερευνητικό εργαλείο

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο μέσω της πλατφόρμας Google Forms, όπου αρχικά παρατίθενται πληροφορίες σχετικά με τον σκοπό της έρευνας, την ανωνυμία και στοιχεία επικοινωνίας (βλ. Παράρτημα Ι).

7.3.1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

Αρχικά χορηγήθηκε αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, και απευθυνόταν αποκλειστικά σε πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) και πατέρες ατόμων με οπτική και ακουστική αναπηρία.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση και το οικογενειακό εισόδημα. Παράλληλα, συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικά με το παιδί με αναπηρία, όπως η ηλικία, το φύλο, η διάγνωση, ο χρόνος διάγνωσης, η εκπαιδευτική βαθμίδα φοίτησης και η ύπαρξη δύσκολων συμπεριφορών.

7.3.2. Ψυχομετρικά Εργαλεία

7.3.2.1. Ερωτηματολόγιο Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες (Secondary Traumatic Stress Scale – STSS)

Για τη διερεύνηση της δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης των πατέρων χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες (Secondary Traumatic Stress Scale – STSS) των Bride et al. (2004). Το εργαλείο αναπτύχθηκε με σκοπό την αξιολόγηση συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες, τα οποία εμφανίζονται όταν το άτομο εκτίθεται έμμεσα σε ιδιαίτερα επιβαρυντικές ή τραυματικές εμπειρίες άλλων ατόμων.

Η κλίμακα αποτελείται από 17 ερωτήσεις και οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, από το 1 («Ποτέ») έως το 5 («Πολύ συχνά»). Το εργαλείο αξιολογεί τρεις βασικές διαστάσεις:

- Παρεισφρητικές σκέψεις
- Αποφυγή
- Υπερεργήγορη

Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν αυξημένα επίπεδα δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης. Το συνολικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων όλων των ερωτήσεων, με πιθανό εύρος βαθμολογίας από 17 έως 85.

Υψηλότερες συνολικές τιμές αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση και εντονότερη παρουσία συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Η κλίμακα χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, οπτική ή ακουστική αναπηρία βιώνουν συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης που σχετίζονται με τη μακροχρόνια φροντίδα και υποστήριξη των παιδιών τους.

7.3.2.2. «Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία» (B-IPQ: Brief Illness Perception Questionnaire).

Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (B-IPQ) των Broadbent, Petrie, Main και Weinman (2006) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση των γνωστικών και συναισθηματικών αντιλήψεων των πατέρων σχετικά με την αναπηρία του παιδιού τους. Το εργαλείο προέρχεται από το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (Illness Perception Questionnaire – IPQ) και αξιολογείται για τη σύντομη αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται μία κατάσταση υγείας ή μία χρόνια δυσκολία.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 9 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 8 βαθμολογούνται σε κλίμακα 11 βαθμών (0–10).

- Συνέπειες: βαθμός στον οποίο η αναπηρία επηρεάζει τη ζωή του πατέρα και της οικογένειας.
- Χρονική διάρκεια: αντίληψη σχετικά με τη μονιμότητα ή τη διάρκεια της κατάστασης.
- Προσωπικός έλεγχος: βαθμός στον οποίο ο πατέρας αισθάνεται ότι μπορεί να διαχειριστεί την κατάσταση.
- Έλεγχος μέσω παρέμβασης/υποστήριξης: πεποίθηση ότι η θεραπεία ή η υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει.
- Ταυτότητα/συμπτώματα: βαθμός στον οποίο η αναπηρία συνδέεται με δυσκολίες ή προβλήματα στην καθημερινότητα.
- Ανησυχία: επίπεδο ανησυχίας σχετικά με την κατάσταση του παιδιού.
- Κατανόηση: βαθμός κατανόησης της αναπηρίας από τον πατέρα.
- Συναισθηματικός αντίκτυπος: συναισθηματική επίδραση της αναπηρίας στον πατέρα.

Η 9η ερώτηση είναι ανοικτού τύπου και αφορά τους παράγοντες που οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι σχετίζονται με την αναπηρία του παιδιού τους.

Τα ερωτήματα βαθμολογούνται από 0 έως 10, ενώ για τον υπολογισμό του συνολικού σκορ αντιστρέφονται τα items 3, 4 και 7 και στη συνέχεια αθροίζονται τα items 1 έως 8. Υψηλότερο συνολικό σκορ υποδηλώνει περισσότερο απειλητική ή επιβαρυντική αντίληψη της αναπηρίας. Στην παρούσα μελέτη, ο όρος «απειλητική αντίληψη» αναφέρεται στον βαθμό με τον οποίο οι πατέρες αντιλαμβάνονται την αναπηρία του παιδιού ως σοβαρή, μακροχρόνια, συναισθηματικά επιβαρυντική και απαιτητική ως προς τις επιπτώσεις της στην καθημερινότητα και στην οικογενειακή ζωή.

7.3.2.3. «Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας» (General Health Questionnaire – GHQ-28)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire – GHQ-28) των Goldberg και Hillier (1979) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της ψυχικής υγείας και της ψυχολογικής δυσφορίας των πατέρων. Το εργαλείο έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Garyfallos et al. (1991) και χρησιμοποιείται ευρέως τόσο σε κλινικούς όσο και σε μη κλινικούς πληθυσμούς για την ανίχνευση ψυχολογικών δυσκολιών.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 28 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε τετραβάθμια κλίμακα Likert, από το 0 έως το 3, ανάλογα με τη συχνότητα ή την ένταση των συμπτωμάτων κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα. Οι ερωτήσεις κατανέμονται σε τέσσερις υποκλίμακες, καθεμία από τις οποίες περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις:

- Σωματικά συμπτώματα: διερεύνηση σωματικής κόπωσης και σωματικών ενοχλημάτων.
- Άγχος και αϋπνία: αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους, έντασης και δυσκολιών ύπνου.
- Κοινωνική δυσλειτουργία: διερεύνηση δυσκολιών στην καθημερινή λειτουργικότητα και κοινωνική προσαρμογή.
- Σοβαρή κατάθλιψη: αξιολόγηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αρνητικών σκέψεων.

Το συνολικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα όλων των απαντήσεων και κυμαίνεται από 0 έως 84, με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν αυξημένα επίπεδα

ψυχολογικής δυσφορίας. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος βαθμολόγησης Likert (0-1-2-3), καθώς θεωρείται καταλληλότερη για συσχετιστικές και παλινδρομικές αναλύσεις.

Στην παρούσα έρευνα, το GHQ-28 χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της ψυχικής υγείας των πατέρων παιδιών με ΔΑΦ και πατέρων ατόμων με οπτική ή ακουστική αναπηρία και για την αποτύπωση πιθανών συμπτωμάτων ψυχολογικής επιβάρυνσης.

7.3.2.4. «Ερωτηματολόγιο Αποδοχής και Δράσης» (Acceptance and Action Questionnaire-II — AAQ-II)

Το Ερωτηματολόγιο Αποδοχής και Δράσης-II (Acceptance and Action Questionnaire-II — AAQ-II) των Bond et al. (2011) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της ψυχολογικής ακαμψίας και της βιωματικής αποφυγής των πατέρων και έχει προσαρμοστεί και ελεγχθεί ως προς τις ψυχομετρικές του ιδιότητες στον ελληνόφωνο πληθυσμό από τους Karekla και Michaelides (2017). Το εργαλείο συνδέεται θεωρητικά με την ψυχολογική ευελιξία και αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο το άτομο δυσκολεύεται να αποδεχθεί δυσάρεστες σκέψεις και συναισθήματα ή προσπαθεί να τα αποφύγει.

Το AAQ-II είναι μονοπαραγοντικό εργαλείο και αποτελείται από 7 ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται σε επταβάθμια κλίμακα Likert από 1 έως 7. Το συνολικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα των 7 ερωτήσεων. Υψηλότερες βαθμολογίες δεν δηλώνουν μεγαλύτερη ψυχολογική ευελιξία, αλλά μεγαλύτερη ψυχολογική ακαμψία και βιωματική αποφυγή. Αντίθετα, χαμηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερη ψυχολογική ευελιξία.

7.3.2.5. «Κλίμακα Εσωτερικευμένου Στίγματος Συγγενών» (Affiliate Stigma Scale - ASS)

Η Κλίμακα Εσωτερικευμένου Στίγματος Συγγενών (Affiliate Stigma Scale - ASS) των Mak και Cheung (2008) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση του εσωτερικευμένου στίγματος που βιώνουν οι πατέρες παιδιών με αναπηρία. Το εργαλείο αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο τα μέλη της οικογένειας εσωτερικεύουν αρνητικές κοινωνικές αντιλήψεις και στερεότυπα που σχετίζονται με την αναπηρία. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε ελληνική μεταφρασμένη μορφή της κλίμακας, προσαρμοσμένη γλωσσικά στο πλαίσιο του ελληνόφωνου πληθυσμού.

Η κλίμακα αποτελείται από 22 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε τετραβάθμια κλίμακα Likert, από το 1 («Διαφωνώ απόλυτα») έως το 4 («Συμφωνώ απόλυτα»). Το εργαλείο περιλαμβάνει τρεις επιμέρους διαστάσεις:

- Γνωστική διάσταση: αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις σχετικά με τον εαυτό λόγω της αναπηρίας του παιδιού.
- Συναισθηματική διάσταση: συναισθήματα ντροπής, στενοχώριας ή ψυχικής επιβάρυνσης.
- Συμπεριφορική διάσταση: αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων ή περιορισμός κοινωνικής αλληλεπίδρασης λόγω φόβου κοινωνικής κριτικής.

Το συνολικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους απαντήσεων και υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν αυξημένα επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος.

Το εργαλείο χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, οπτική ή ακουστική αναπηρία βιώνουν συναισθήματα κοινωνικής επιβάρυνσης ή εσωτερικευμένων αρνητικών αντιλήψεων που σχετίζονται με την αναπηρία του παιδιού τους.

7.2.3.6. «Κλίμακα Αίσθησης Γονεϊκής Επάρκειας – Σύντομη Μορφή» (Parenting Sense of Competence Scale - Short Form / PSOC-SF)

Η Κλίμακα Αίσθησης Γονεϊκής Επάρκειας – Σύντομη Μορφή (Parenting Sense of Competence Scale — Short Form / PSOC-SF) αξιοποιήθηκε για τη διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης γονεϊκής επάρκειας και της ικανοποίησης των πατέρων από τον γονεϊκό τους ρόλο. Το εργαλείο αναπτύχθηκε από τους Johnston και Mash (1989), ενώ η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του έχουν επιβεβαιωθεί σε μεταγενέστερες μελέτες (Gilmore & Cuskelly, 2009) και έχει χρησιμοποιηθεί και σε ελληνικές ερευνητικές εφαρμογές (Μπουμπούλη, 2021).

Το PSOC-SF χρησιμοποιήθηκε ως βασικό εργαλείο για τη μελέτη της εμπειρίας των πατέρων παιδιών με αναπηρία σχετικά με τον γονεϊκό τους ρόλο. Εξετάστηκε το κατά πόσο οι πατέρες αισθάνονται ικανοί να ανταποκριθούν στις καθημερινές ανάγκες των παιδιών τους, να διαχειριστούν τις προκλήσεις που προκύπτουν, καθώς και το αν βιώνουν τον γονεϊκό τους ρόλο ως πηγή ικανοποίησης και συναισθηματικής σύνδεσης.

Η σύντομη μορφή του εργαλείου περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε εξαβάθμια κλίμακα Likert («Διαφωνώ πλήρως» έως «Συμφωνώ πλήρως»). Η κλίμακα αξιολογεί δύο βασικές διαστάσεις:

- Γονεϊκή επάρκεια/αποτελεσματικότητα: αποτυπώνει το βαθμό στον οποίο ο πατέρας θεωρεί ότι μπορεί να διαχειριστεί τις καθημερινές δυσκολίες και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού του.
- Ικανοποίηση από τον γονεϊκό ρόλο: αποτυπώνει το επίπεδο ικανοποίησης, χαράς και θετικής συναισθηματικής εμπλοκής που αντλεί ο πατέρας από τον ρόλο του.

Το συνολικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων, λαμβάνοντας υπόψη τον απαραίτητο έλεγχο για τυχόν αντίστροφα βαθμολογούμενα ερωτήματα, ανάλογα με την έκδοση του εργαλείου. Υψηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη αίσθηση γονεϊκής επάρκειας, υψηλότερη ικανοποίηση από τον γονεϊκό ρόλο και θετικότερη συνολική αντίληψη της γονεϊκής λειτουργίας.

7.3.3. Έλεγχος Αξιοπιστίας Τελικής Έρευνας

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των ερευνητικών εργαλείων της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε έλεγχος εσωτερικής συνοχής μέσω του δείκτη Cronbach's alpha στο σύνολο του δείγματος (N=100). Ο δείκτης Cronbach's alpha χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο τα επιμέρους ερωτήματα κάθε κλίμακας μετρούν με συνέπεια την ίδια θεωρητική κατασκευή.

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε η αξιοπιστία των εργαλείων GHQ-28, STSS, AAQ-II, ASS και PSOC-SF, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση της ψυχικής υγείας, της δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης, της ψυχολογικής ακαμψίας, του εσωτερικευμένου στίγματος και της γονεϊκής επάρκειας των πατέρων παιδιών με αναπηρία.

Αξιοπιστία και Περιγραφικά GHQ-28

Αναφορικά με τον δείκτη αξιοπιστίας του εργαλείου, υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's Alpha, ο οποίος παρουσίασε υψηλή τιμή για τη συνολική κλίμακα ($\alpha=.891$), γεγονός που υποδηλώνει πολύ ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια. Υψηλοί παρουσιάστηκαν και οι δείκτες αξιοπιστίας των επιμέρους υποκλιμάκων, οι οποίοι κυμάνθηκαν από $\alpha=.702$ έως $\alpha=.891$ (βλ. Πίνακα 23). Εφόσον οι τιμές του δείκτη

Cronbach's Alpha ήταν υψηλότερες από το αποδεκτό όριο του 0,60, οι 28 ερωτήσεις του εργαλείου κρίθηκαν κατάλληλες για τη μέτρηση της ψυχικής υγείας και των επιμέρους διαστάσεών της στο συγκεκριμένο δείγμα. Αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο Πίνακα 7.1.

Πίνακας 7.1: Αξιοπιστία και Περιγραφικά GHQ-28

Κλίμακα / Υποκλίμακα	N ερωτήσεων	Cronbach's α	N	Min	Max	M	TA
GHQ-28 Σωματικά συμπτώματα	7	.702	100	1,00	17,00	6,62	3,12
GHQ-28 Άγχος και αϋπνία	7	.891	100	.00	21,00	6,69	4,53
GHQ-28 Κοινωνική δυσλειτουργία	7	.770	100	1,00	17,00	9,63	3,08
GHQ-28 Σοβαρή κατάθλιψη	7	.880	100	.00	18,00	2,47	3,55
GHQ-28 Συνολικό σκορ	28	.891	100	5,00	66,00	25,41	10,32

Αξιοπιστία και Περιγραφικά B-IPQ

Ο Πίνακας 7.2 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας και τα περιγραφικά στατιστικά του εργαλείου B-IPQ. Ο δείκτης Cronbach's Alpha για τη συνολική κλίμακα απειλητικής αντίληψης παρουσίασε αποδεκτή εσωτερική συνέπεια ($\alpha=.681$), τιμή που κρίνεται ικανοποιητική για ετερογενείς κλίμακες αντίληψης και υποδηλώνει την καταλληλότητα του εργαλείου για τη διερεύνηση των γνωστικών και συναισθηματικών αντιλήψεων των πατέρων σχετικά με την αναπηρία του παιδιού τους. Το συνολικό σκορ απειλητικής αντίληψης κυμάνθηκε από 14 έως 78, με μέση τιμή $M=44,72$ ($TA=10,40$), γεγονός που δείχνει ότι, κατά μέσο όρο, οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν την αναπηρία ως μέτρια έως αρκετά επιβαρυντική. Παράλληλα, η σχετικά αυξημένη τυπική απόκλιση αναδεικνύει διαφοροποιήσεις στον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες νοηματοδοτούν και βιώνουν την αναπηρία του παιδιού τους.

Πίνακας 7.2: Αξιοπιστία και Περιγραφικά B-IPQ

Κλίμακα	N ερωτήσεων	Cronbach's α	N	Min	Max	M	TA
B-IPQ Συνολικό σκορ απειλητικής αντίληψης	8	.681	100	14,00	78,00	44,72	10,40

Αξιοπιστία και Περιγραφικά STSS

Ο Πίνακας 7.3 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας και τα περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας STSS για τη δευτερογενή μετατραυματική

επιβάρυνση. Ο δείκτης Cronbach's Alpha ανέδειξε εξαιρετική εσωτερική συνέπεια για τη συνολική κλίμακα ($\alpha=.942$), ενώ οι επιμέρους υποκλίμακες Εισβολής/Επαναβίωσης, Αποφυγής και Διέγερσης παρουσίασαν άριστη αξιοπιστία, με τιμές που κυμάνθηκαν από $\alpha=.854$ έως $\alpha=.857$, επιβεβαιώνοντας την καταλληλότητα του εργαλείου για τη μέτρηση της δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης στο συγκεκριμένο δείγμα. Ως προς τα περιγραφικά στατιστικά, η υποκλίμακα Αποφυγής παρουσίασε την υψηλότερη μέση τιμή ($M=16,70$), ακολουθούμενη από την Εισβολή/Επαναβίωση ($M=14,55$) και τη Διέγερση ($M=12,81$). Το συνολικό σκορ της κλίμακας ($M=44,06$, $TA=13,62$) υποδηλώνει μέτρια έως σχετικά αυξημένα επίπεδα δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης στους συμμετέχοντες.

Πίνακας 7.3: Αξιοπιστία και Περιγραφικά STSS

Κλίμακα / Υποκλίμακα	N ερωτήσεων	Cronbach's α	N	Min	Max	M	TA
STSS Εισβολή / επαναβίωση	5	.854	100	4,00	25,00	14,55	4,50
STSS Αποφυγή	7	.857	100	7,00	30,00	16,70	5,47
STSS Διέγερση	5	.847	100	5,00	25,00	12,81	4,34
STSS Συνολικό σκορ	17	.942	100	16,00	79,00	44,06	13,62

Αξιοπιστία και Περιγραφικά AAQ-II

Ο Πίνακας 7.4 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας και τα περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας AAQ-II, η οποία χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της ψυχολογικής ακαμψίας και της βιοματικής αποφυγής, δηλαδή του βαθμού στον οποίο οι πατέρες δυσκολεύονται να διαχειριστούν δυσάρεστες σκέψεις και συναισθήματα χωρίς να εγκλωβίζονται σε αυτά ή να επιχειρούν την αποφυγή τους. Ο δείκτης Cronbach's Alpha ανέδειξε υψηλή εσωτερική συνέπεια για τη συνολική κλίμακα ($\alpha=.854$), επιβεβαιώνοντας την καταλληλότητα του εργαλείου για τη μέτρηση της ψυχολογικής ακαμψίας στο συγκεκριμένο δείγμα. Το συνολικό σκορ κυμάνθηκε από 7 έως 49, με μέση τιμή $M=27,61$ ($TA=9,88$), υποδηλώνοντας μέτρια έως σχετικά αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής ακαμψίας και βιοματικής αποφυγής στους συμμετέχοντες. Παράλληλα, η σχετικά αυξημένη τυπική απόκλιση αναδεικνύει διαφοροποιήσεις μεταξύ των πατέρων ως προς τον τρόπο διαχείρισης δύσκολων ψυχολογικών εμπειριών.

Πίνακας 7.4: Αξιοπιστία και Περιγραφικά AAQ-II

Κλίμακα	N ερωτήσεων	Cronbach's α	N	Min	Max	M	TA
AAQ-II Συνολικό σκορ	7	.854	100	7,00	49,00	27,61	9,88

Αξιοπιστία και Περιγραφικά ASS

Ο Πίνακας 7.5 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας και τα περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας ASS, η οποία χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση του εσωτερικευμένου στίγματος, δηλαδή του βαθμού στον οποίο οι πατέρες φαίνεται να εσωτερικεύουν κοινωνικές αντιλήψεις, αρνητικά στερεότυπα ή συναισθήματα που συνδέονται με την αναπηρία του παιδιού τους. Ο δείκτης Cronbach's Alpha ανέδειξε άριστη εσωτερική συνέπεια τόσο για τις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας ($\alpha=.833-.865$) όσο και για το συνολικό σκορ ($\alpha=.947$), επιβεβαιώνοντας την καταλληλότητα του εργαλείου για τη μέτρηση του εσωτερικευμένου στίγματος στο συγκεκριμένο δείγμα. Ως προς τα περιγραφικά στατιστικά, οι τρεις διαστάσεις παρουσίασαν παρόμοιες μέσες τιμές, ενώ το συνολικό σκορ της κλίμακας ($M=41,06$, $TA=14,07$) υποδηλώνει μέτρια επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος στους συμμετέχοντες. Παράλληλα, η σχετικά αυξημένη τυπική απόκλιση αναδεικνύει διαφοροποιήσεις μεταξύ των πατέρων ως προς τον βαθμό εσωτερικεύσης κοινωνικών στάσεων και εμπειριών που σχετίζονται με την αναπηρία.

Πίνακας 7.5: Αξιοπιστία και Περιγραφικά ASS

Κλίμακα / Υποκλίμακα	N ερωτήσεων	Cronbach's α	N	Min	Max	M	TA
ASS Γνωστική διάσταση	7	.847	100	7,00	28,00	14,10	4,92
ASS Συναισθηματική διάσταση	7	.833	100	7,00	28,00	13,49	4,64
ASS Συμπεριφορική διάσταση	8	.865	100	8,00	32,00	13,47	5,09
ASS Συνολικό σκορ	22	.947	100	22,00	88,00	41,06	14,07

Αξιοπιστία και Περιγραφικά PSOC-SF

Ο Πίνακας 7.6 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας και τα περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας PSOC-SF, η οποία χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης γονεϊκής επάρκειας και ικανοποίησης, δηλαδή του βαθμού στον οποίο οι πατέρες αισθάνονται αποτελεσματικοί και ικανοποιημένοι ως προς την άσκηση του γονεϊκού τους ρόλου. Ο δείκτης Cronbach's Alpha ανέδειξε εξαιρετική εσωτερική συνέπεια τόσο για τις επιμέρους υποκλίμακες της Γονεϊκής Επάρκειας ($\alpha=.918$) και της Γονεϊκής Ικανοποίησης ($\alpha=.931$), όσο και για το συνολικό σκορ της κλίμακας ($\alpha=.931$), επιβεβαιώνοντας την καταλληλότητα του εργαλείου για τη μέτρηση της γονεϊκής επάρκειας στο συγκεκριμένο δείγμα. Ως προς τα περιγραφικά στατιστικά, οι συμμετέχοντες παρουσίασαν υψηλές μέσες τιμές τόσο στη Γονεϊκή Επάρκεια ($M=19,04$) όσο και στη

Γονεϊκή Ικανοποίηση (M=20,58). Το συνολικό σκορ της κλίμακας (M=39,62, TA=6,12) υποδηλώνει υψηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενης γονεϊκής επάρκειας και ικανοποίησης στους συμμετέχοντες, αναδεικνύοντας θετική αξιολόγηση του γονεϊκού τους ρόλου.

Πίνακας 7.6: Αξιοπιστία και Περιγραφικά PSOC-SF

Κλίμακα / Υποκλίμακα	N ερωτήσεων	Cronbach's α	N	Min	Max	M	TA
PSOC-SF Γονεϊκή επάρκεια	4	.918	100	8,00	24,00	19,04	3,21
PSOC-SF Ικανοποίηση	4	.931	100	8,00	24,00	20,58	3,52
PSOC-SF Συνολικό σκορ	8	.931	100	16,00	48,00	39,62	6,12

7.4. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από τον Δεκέμβριο του 2025 έως και τον Μάιο του 2026. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, το οποίο απευθυνόταν αποκλειστικά σε πατέρες παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), οπτική αναπηρία και ακουστική αναπηρία. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω συλλόγων ατόμων με ΔΑΦ, οπτική και ακουστική αναπηρία, καθώς και μέσω Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης (Σ.Μ.Ε.Α.Ε.) πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επιπλέον, υπήρξε συνεργασία με ομοσπονδίες και επίσημους φορείς αναπηρίας, όπως η Εθνική Ομοσπονδία Τυφλών, με στόχο τη διευκόλυνση της επικοινωνίας με πιθανούς συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες προέρχονταν κυρίως από τις περιοχές των Ιωαννίνων, της Αθήνας, της Πάτρας, της Σπάρτης, της Θεσσαλονίκης, του Άργους και της Καλαμάτας.

Για την προσέγγιση των πατέρων πραγματοποιήθηκε αρχικά επικοινωνία με διευθυντές και διευθύντριες των Σ.Μ.Ε.Α.Ε., καθώς και με προέδρους συλλόγων και φορέων αναπηρίας, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, τηλεφωνικής επικοινωνίας ή προσωπικής συνάντησης. Μετά την ενημέρωσή τους σχετικά με τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας, ζητήθηκε η συμβολή τους στη διανομή του ερωτηματολογίου στους πατέρες που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής και επιθυμούσαν να λάβουν μέρος στην έρευνα. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν αναλυτικά σχετικά με τα στοιχεία της ερευνήτριας, τον σκοπό της έρευνας, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής, καθώς και τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των προσωπικών δεδομένων. Παράλληλα, διευκρινίστηκε ότι οι

πληροφορίες που θα συλλέγονταν επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς και ερευνητικούς σκοπούς.

Η επιλογή της ατομικής συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε κατάλληλη, καθώς παρέχει στους συμμετέχοντες τη δυνατότητα να απαντήσουν στον χρόνο που οι ίδιοι επιθυμούν και χωρίς την ύπαρξη χρονικής πίεσης. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε κυρίως ερωτήσεις κλειστού τύπου, προκειμένου να διευκολυνθεί τόσο η διαδικασία συμπλήρωσης από τους συμμετέχοντες όσο και η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν (Bryman, 2016). Για τη συγκρότηση του δείγματος εφαρμόστηκε τυχαία δειγματοληψία, με βάση τη διαθεσιμότητα και την εθελοντική συμμετοχή των πατέρων στην έρευνα.

7.5. Περιγραφή δείγματος

Ο Πίνακας 7.7 παρουσιάζει τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με την ηλικιακή κατανομή των πατέρων που συμμετείχαν στην έρευνα, καθώς και την ηλικία και το φύλο του παιδιού τους με αναπηρία. Αναφορικά με την ηλικία των πατέρων, το δείγμα (N=100) κατανέμεται ως εξής: η πλειοψηφία ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 40–49 ετών (37,0%), ακολουθεί η ομάδα 50–59 ετών με 26,0% και η ομάδα 60+ ετών με 23,0%. Σε μικρότερα ποσοστά εμφανίζονται οι πατέρες ηλικίας 30–39 ετών (13,0%), ενώ μόλις ένας συμμετέχων (1,0%) ανήκει στην ομάδα έως 29 ετών. Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι οι συμμετέχοντες βρίσκονται κυρίως σε μέση ή μεγαλύτερη ηλικία, γεγονός που συνάδει με το γεγονός ότι τα παιδιά τους έχουν σχολική ή εφηβική ηλικία.

Ως προς την ηλικία του παιδιού με αναπηρία, η κατηγορία 6–11 ετών αποτελεί την πιο συχνή (42,0%), γεγονός που υποδηλώνει ότι σημαντικό μέρος του δείγματος αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της σχολικής ένταξης ταυτόχρονα με τη διαχείριση της αναπηρίας. Ακολουθούν τα παιδιά ηλικίας 12–14 ετών (14,0%) και 15–18 ετών (14,0%), καθώς και εκείνα άνω των 25 ετών (17,0%). Τέλος, ως προς το φύλο του παιδιού, σαφής υπεροχή παρατηρείται στα αγόρια (66,0%) έναντι των κοριτσιών (34,0%), κατανομή που αντικατοπτρίζει τον υψηλότερο επιπολασμό της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος στα αγόρια.

Πίνακας 7.7: Δημογραφικά χαρακτηριστικά – Ηλικία γονέα, ηλικία και φύλο παιδιού

Μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Ηλικία πατέρα	≤ 29 ετών	1	1,0%
	30–39 ετών	13	13,0%
	40–49 ετών	37	37,0%
	50–59 ετών	26	26,0%
	60+ ετών	23	23,0%
Ηλικία παιδιού	3–5 ετών	3	3,0%
	6–11 ετών	42	42,0%
	12–14 ετών	14	14,0%
	15–18 ετών	14	14,0%
	19–25 ετών	10	10,0%
	Άνω των 25	17	17,0%
Φύλο παιδιού	Αγόρι	66	66,0%
	Κορίτσι	34	34,0%

Ο Πίνακας 7.8 αποτυπώνει την κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με την κύρια διάγνωση του παιδιού τους. Ο πίνακας αυτός χρησιμοποιεί δεδομένα πολλαπλών απαντήσεων (multiple response), με συνολικά 106 απαντήσεις για 100 συμμετέχοντες, γεγονός που υποδηλώνει ότι κάποια παιδιά φέρουν περισσότερες από μία διαγνώσεις. Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών έχει διάγνωση Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος – ΔΑΦ (72 περιπτώσεις, 67,9% των απαντήσεων). Αντίστοιχα ποσοστά καταλαμβάνουν η οπτική αναπηρία (17 περιπτώσεις, 16,0%) και η ακουστική αναπηρία (17 περιπτώσεις, 16,0%).

Πίνακας 7.8: Κύρια διάγνωση παιδιού

Διάγνωση	N απαντήσεων	% απαντήσεων	% περιπτώσεων
Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)	72	67,9%	72,0%
Οπτική αναπηρία	17	16,0%	17,0%
Ακουστική αναπηρία	17	16,0%	17,0%
Σύνολο	106	100,0%	106,0%

Ο Πίνακας 7.9 παρέχει πληροφορίες για δύο σημαντικές κλινικές μεταβλητές: τον βαθμό σοβαρότητας της αναπηρίας, όπως τον αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι πατέρες, και τον χρόνο που έχει παρέλθει από την πρώτη διάγνωση. Αναφορικά με τη σοβαρότητα, η

μεγαλύτερη ομάδα (43,0%) δηλώνει ότι το παιδί της απαιτεί σημαντική υποστήριξη λόγω έντονων ελλείψεων, ενώ το 32,0% αναφέρει ήπιες ελλείψεις και το 25,0% σοβαρές. Ως προς τον χρόνο διάγνωσης, η μεγαλύτερη ομάδα (27,0%) έχει λάβει διάγνωση εντός 5 ετών, ενώ ισόποσο ποσοστό (25,0%) ζει με τη διάγνωση για έως 10 χρόνια και άλλο 25,0% άνω των 16 χρόνων, αναδεικνύοντας τη χρονική ετερογένεια του δείγματος.

Πίνακας 7.9: Βαθμός σοβαρότητας αναπηρίας και χρόνος από την πρώτη διάγνωση

Μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Βαθμός σοβαρότητας	Απαιτείται υποστήριξη (ήπιες ελλείψεις)	32	32,0%
	Απαιτείται σημαντική υποστήριξη (έντονες ελλείψεις)	43	43,0%
	Απαιτείται πολύ σημαντική υποστήριξη (σοβαρές ελλείψεις)	25	25,0%
Χρόνος από διάγνωση	Έως 12 μήνες	2	2,0%
	Έως 3 χρόνια	10	10,0%
	Έως 5 χρόνια	27	27,0%
	Έως 10 χρόνια	25	25,0%
	Έως 13 χρόνια	4	4,0%
	Έως 16 χρόνια	7	7,0%
	Πάνω από 16 έτη	25	25,0%

Ο Πίνακας 7.10 παρουσιάζει την κατανομή ανάλογα με τη βαθμίδα εκπαίδευσης που φοιτά το παιδί. Η πιο συχνή επιλογή είναι το Ειδικό Δημοτικό (36 παιδιά, 39,1%), αποτελώντας σαφώς την κυρίαρχη εκπαιδευτική τοποθέτηση στο δείγμα. Ακολουθεί το Ειδικό Επαγγελματικό Γυμνάσιο-Λύκειο (14 παιδιά, 15,2%), ενώ σε γενικές δομές με Παράλληλη Στήριξη φοιτούν συνολικά 19 παιδιά. Η πολυμορφία αυτή αντικατοπτρίζει τη σύνθετη εκπαιδευτική πραγματικότητα που βιώνουν οι οικογένειες παιδιών με αναπηρία στην Ελλάδα, με ποικίλες επιλογές ανάλογα με τον τύπο και τη σοβαρότητα της αναπηρίας.

Πίνακας 7.10: Εκπαιδευτική βαθμίδα που φοιτά το παιδί

Βαθμίδα εκπαίδευσης	N	%
Ειδικό Νηπιαγωγείο	2	2,2%
Ειδικό Δημοτικό	36	39,1%
Γενικό Νηπιαγωγείο με Παράλληλη Στήριξη	2	2,2%
Γενικό Δημοτικό με Παράλληλη Στήριξη	12	13,0%
Ειδικό Επαγγελματικό Γυμνάσιο-Λύκειο	14	15,2%
Γενικό Γυμνάσιο-Λύκειο με Παράλληλη Στήριξη	5	5,4%
Κέντρο Δημέρευσης-Ημερήσιας Φροντίδας	8	8,7%
Σπίτι / Αποκλειστικά ιδιωτική παρέμβαση	4	4,3%
Άλλο	9	9,8%

Ο Πίνακας 7.11 εξετάζει αν το παιδί με αναπηρία εμφανίζει δύσκολες συμπεριφορές. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι η πλειονότητα των πατέρων (65,0%, N=65) δηλώνει ότι το παιδί τους εκδηλώνει δύσκολες συμπεριφορές, ενώ το 35,0% (N=35) απαντά αρνητικά. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων αναφορικά με τη δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση και την ψυχική υγεία, καθώς η παρουσία δύσκολων συμπεριφορών αποτελεί έναν από τους πλέον αναγνωρισμένους παράγοντες επιβάρυνσης στη βιβλιογραφία γονεϊκού άγχους. Η υψηλή συχνότητα εμφάνισης (65,0%) υπογραμμίζει την έντονη καθημερινή πίεση που αντιμετωπίζει το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος.

Πίνακας 7.11: Παρουσία δύσκολων συμπεριφορών

Παρουσία δύσκολων συμπεριφορών	N	%
Ναι	65	65,0%
Όχι	35	35,0%
Σύνολο	100	100,0%

Ο Πίνακας 7.12 παρουσιάζει αναλυτικά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των πατέρων. Η συντριπτική πλειοψηφία είναι έγγαμοι (87,0%), γεγονός που αναδεικνύει τη δυναμική παρουσία συντρόφου ως πηγή κοινωνικής στήριξης. Ο αριθμός παιδιών κυμαίνεται κυρίως στα δύο (60,0%). Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, 26,0% είναι απόφοιτοι Λυκείου, 19,0% ΙΕΚ, 15,0% ΑΕΙ. Το μέσο μηνιαίο εισόδημα κυμαίνεται κυρίως μεταξύ 1.201–2.000€ (40,0%) και 600–1.200€ (36,0%). Το 58,0% ζει σε αστική περιοχή, 25,0% σε αγροτική και 17,0% σε ημιαστική, αντικατοπτρίζοντας ευρεία γεωγραφική διασπορά.

Πίνακας 7.12: Οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, εκπαίδευση, απασχόληση, εισόδημα, κατοικία

Μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	87	87,0%
	Άγαμος	6	6,0%
	Διαζευγμένος	3	3,0%
	Χήρος	3	3,0%
	Συμβίωση	1	1,0%
Αριθμός παιδιών	1	16	16,0%
	2	60	60,0%
	3	18	18,0%

	Πάνω από 4	6	6,0%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτος Δημοτικού	14	14,0%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	9	9,0%
	Απόφοιτος Λυκείου	26	26,0%
	Απόφοιτος ΙΕΚ	19	19,0%
	Απόφοιτος ΑΕΙ	15	15,0%
	Απόφοιτος ΤΕΙ	9	9,0%
	Μεταπτυχιακός τίτλος	8	8,0%
Κατάσταση απασχόλησης	Πλήρης απασχόληση	50	50,0%
	Μερική απασχόληση	8	8,0%
	Άνεργος	2	2,0%
	Συνταξιούχος	26	26,0%
	Αυτοαπασχολούμενος	14	14,0%
Μηνιαίο εισόδημα	< 600 €	5	5,0%
	600–1.200 €	36	36,0%
	1.201–2.000 €	40	40,0%
	2.001–3.000 €	14	14,0%
	> 3.000 €	5	5,0%
Περιοχή κατοικίας	Αγροτική (έως 1.999 κατ.)	25	25,0%
	Ημιαστική (2.000–9.999 κατ.)	17	17,0%
	Αστική (10.000+ κατ.)	58	58,0%

Ο Πίνακας 7.13 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά για το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης που δηλώνουν ότι λαμβάνουν οι πατέρες σε κλίμακα 0–10. Η μέση τιμή ανέρχεται στα 5,85 (ΤΑ=3,53), με εύρος από 0 έως 10, καταδεικνύοντας σημαντική διακύμανση μεταξύ των συμμετεχόντων. Η τιμή αυτή αντιστοιχεί περίπου στο μέσο της κλίμακας, υποδηλώνοντας ότι κατά μέσο όρο οι πατέρες αντιλαμβάνονται ως μέτρια την υποστήριξη που λαμβάνουν. Ωστόσο, η υψηλή τυπική απόκλιση αποκαλύπτει έντονη ανομοιογένεια, αναδεικνύοντας ότι η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί έναν από τους πιο ισχυρούς προστατευτικούς παράγοντες.

Πίνακας 7.13: Λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (0–10)

Ερώτηση	N	Min	Max	M	TA
Πόση βοήθεια λαμβάνετε από άλλο άτομο (0–10)	100	0	10	5,85	3,53

Ο Πίνακας 7.14 εξετάζει δύο πρόσθετες μεταβλητές: τη συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια και την ύπαρξη αναπηρίας στον ίδιο τον πατέρα. Το 40,0% έχει ήδη παρακολουθήσει σχετικό σεμινάριο, ενώ σημαντικό είναι το ποσοστό 27,0% που δεν έχει παρακολουθήσει αλλά θα ήθελε, αναδεικνύοντας ανεκπλήρωτη ανάγκη για ενημέρωση. Ως προς την ύπαρξη αναπηρίας στον ίδιο τον πατέρα, το 88,4% δεν αναφέρει αναπηρία ή χρόνια πάθηση, ενώ το 11,6% αναφέρει κάποια.

Πίνακας 7.14: Επιμορφωτικά σεμινάρια και αναπηρία γονέα

Μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Παρακολούθηση σεμιναρίου	Ναι, έχω παρακολουθήσει	40	40,0%
	Όχι, δεν έχω παρακολουθήσει	30	30,0%
	Όχι, αλλά θα ήθελα	27	27,0%
	Όχι, και δεν θα ήθελα	3	3,0%
Αναπηρία γονέα	Όχι	61	88,4%
	Ναι	8	11,6%

7.6. Ηθική και Δεοντολογία της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις βασικές αρχές της ερευνητικής ηθικής και δεοντολογίας και έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (βλ. Παράρτημα Β', σελ. 217). Πριν από τη συμμετοχή τους, οι πατέρες ενημερώνονταν αναλυτικά σχετικά με τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας, καθώς και για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους. Παράλληλα, διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, ενώ διευκρινίστηκε ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν από την έρευνα σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας χωρίς καμία συνέπεια (Παράρτημα Β').

7.7. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS Statistics (έκδοση 28.0) για τις ανάλυσεις περιγραφικής στατιστικής, αξιοπιστίας, συσχετίσεων και ελέγχων διαφορών, καθώς και του λογισμικού jamonι (έκδοση 2.3) για τις

αναλύσεις διαμεσολάβησης (GLM Mediation Analysis). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $\alpha=.05$ για όλες τις αναλύσεις.

Για την περιγραφή του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες και ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές, καθώς και μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις για τις συνεχείς μεταβλητές. Η εσωτερική συνέπεια (αξιοπιστία) όλων των ψυχομετρικών κλιμάκων αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη Cronbach's alpha, με τιμές $\geq .70$ να θεωρούνται αποδεκτές και τιμές $\geq .80$ καλές έως άριστες.

Για τη σύγκριση των δύο ομάδων (πατέρες παιδιών με ΔΑΦ έναντι πατέρων παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες) χρησιμοποιήθηκε ο ανεξάρτητος έλεγχος t (independent samples t-test) για τις κανονικά κατανομημένες μεταβλητές. Η εκτίμηση κανονικότητας πραγματοποιήθηκε με τον έλεγχο Shapiro-Wilk. Σε περιπτώσεις παράβασης της προϋπόθεσης κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U (Πίνακας 37).

Για τη διερεύνηση των διμεταβλητών σχέσεων χρησιμοποιήθηκαν δύο είδη συσχετίσεων ανάλογα με τη φύση των δεδομένων: ο συντελεστής συσχέτισης Pearson για παραμετρικά δεδομένα (Πίνακες 38, 40, 42, 43, 49) και ο συντελεστής συσχέτισης Spearman για μη παραμετρικά δεδομένα ή δεδομένα σε τακτική κλίμακα (Πίνακες 39, 41). Για τη διερεύνηση του ρόλου ρυθμιστικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε η μερική συσχέτιση (partial correlation) με ελεγχόμενες τις μεταβλητές AAQ-II και ASS (Πίνακες 44–48).

Για τις αναλύσεις διαμεσολάβησης (mediation analysis) χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Γενικευμένων Γραμμικών Μοντέλων (GLM Mediation) στο λογισμικό jamonί μέσω του πρόσθετου πακέτου jAMM (jamonί Advanced Mediation Models). Σε κάθε μοντέλο, ως ανεξάρτητες μεταβλητές ορίστηκαν οι τρεις υποκλίμακες του STSS (Εισβολή/Επαναβίωση, Αποφυγή, Διέγερση) και ο τύπος αναπηρίας (κατηγορική μεταβλητή). Ως μεσολαβητές ορίστηκαν: η ψυχολογική ακαμψία/βιωματική αποφυγή (AAQ-II), η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (ερώτηση 15), η αντίληψη απειλητικότητας της αναπηρίας (B-IPQ) και το εσωτερικευμένο στίγμα (ASS). Πραγματοποιήθηκαν οκτώ μοντέλα συνολικά, με εξαρτημένες μεταβλητές τις πέντε διαστάσεις του GHQ-28 (Σωματικά Συμπτώματα, Άγχος/Αϋπνία, Κοινωνική Δυσλειτουργία, Σοβαρή Κατάθλιψη, Συνολικό Σκορ) και τις τρεις διαστάσεις του PSOC-SF (Γονεϊκή Επάρκεια, Ικανοποίηση, Συνολικό Σκορ). Τα

διαστήματα εμπιστοσύνης 95% για τα έμμεσα αποτελέσματα υπολογίστηκαν με τη μέθοδο Delta (Standard), με $N=100$ παρατηρήσεις σε κάθε μοντέλο. Για την κατηγορική ανεξάρτητη μεταβλητή τύπου αναπηρίας, χρησιμοποιήθηκε κωδικοποίηση αντιθέσεων (contrast coding), με αναφορά στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) έναντι της αισθητηριακής αναπηρίας.

Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε πλήρες δείγμα (listwise deletion), χωρίς εφαρμογή ανάλυσης δεδομένων που λείπουν (missing data analysis), καθώς το ποσοστό ελλিপών δεδομένων ήταν αμελητέο. Το μέγεθος του δείγματος ($N=100$) κρίθηκε επαρκές για τις εφαρμοζόμενες αναλύσεις, λαμβάνοντας υπόψη τις συστάσεις της βιβλιογραφίας για ανάλυση διαμεσολάβησης (τουλάχιστον $N=100$ για αξιόπιστες εκτιμήσεις με τη μέθοδο Delta).

8. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

8.1. Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων

Αξίζει να παρουσιαστούν τα περιγραφικά αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα, καθώς μέσω αυτών αποτυπώνονται οι αντιλήψεις, οι εμπειρίες και η ψυχολογική κατάσταση των πατέρων παιδιών με ΔΑΦ, οπτική ή ακουστική αναπηρία. Η ανάλυση των απαντήσεων τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ανά κατηγορία αναπηρίας συμβάλλει ουσιαστικά στη διερεύνηση και κατανόηση των ερευνητικών ερωτημάτων της μελέτης.

«Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας» (General Health Questionnaire – GHQ-28)

Ο Πίνακας 8.1 παρουσιάζει την κατανομή των απαντήσεων στην υποκλίμακα Σωματικών Συμπτωμάτων του GHQ-28. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι σημαντικό τμήμα των πατέρων εμφανίζει σωματικές εκδηλώσεις ψυχολογικής πίεσης. Το αίσθημα κόπωσης και έλλειψης διάθεσης (A3) αποτελεί ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα, με 38,0% να το βιώνει αρκετά ή πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο, ενώ μόλις 7,0% αισθάνεται απολύτως καλά (A1). Η ανάγκη για τονωτικό (A2) εμφανίζεται σε 37,0% αρκετά ή πολύ περισσότερο. Τα κεφαλαλγικά συμπτώματα (A5) και το αίσθημα πίεσης στο κεφάλι (A6) αναφέρονται σε αξιοσημείωτα ποσοστά, ενώ τα εξάψεις ή ρίγη (A7) εμφανίζονται σπανιότερα. Τα σωματικά συμπτώματα ενδέχεται να αντικατοπτρίζουν χρόνια ψυχοσωματική καταπόνηση που χρήζει στοχευμένης αντιμετώπισης.

Πίνακας 8.1: GHQ-28 – Σωματικά Συμπτώματα

Ερώτηση	Καθόλου N(%)	Όχι περισσότερο N(%)	Αρκετά περισσότερο N(%)	Πολύ περισσότερο N(%)
A1) Νιώθατε απολύτως καλά και με καλή υγεία;	7 (7,0%)	54 (54,0%)	33 (33,0%)	6 (6,0%)
A2) Νιώθατε την ανάγκη για κάποιο τονωτικό;	17 (17,0%)	46 (46,0%)	35 (35,0%)	2 (2,0%)
A3) Νιώθατε κουρασμένος και χωρίς διάθεση;	13 (13,0%)	49 (49,0%)	32 (32,0%)	6 (6,0%)
A4) Νιώθατε ότι είστε άρρωστος;	50 (50,0%)	38 (38,0%)	11 (11,0%)	1 (1,0%)
A5) Είχατε πονοκεφάλους;	32 (32,0%)	48 (48,0%)	15 (15,0%)	5 (5,0%)

A6) Είχατε αίσθημα πίεσης στο κεφάλι;	45 (45,0%)	38 (38,0%)	15 (15,0%)	2 (2,0%)
A7) Είχατε εξάψεις ή ρίγη;	66 (66,0%)	28 (28,0%)	5 (5,0%)	1 (1,0%)

Ο Πίνακας 8.2 αφορά στην υποκλίμακα Άγχους και Αϋπνίας. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν υψηλά επίπεδα αγχωτικής συμπτωματολογίας. Η απώλεια ύπνου λόγω ανησυχίας (A8) αναφέρεται αρκετά ή πολύ πιο συχνά από 28,0% των πατέρων, ενώ 30,0% δηλώνει ότι νιώθει διαρκώς υπό πίεση (A10). Το αίσθημα ότι όλα τους ξεπερνούν (A13) αναφέρεται αρκετά ή πολύ πιο συχνά από 25,0%. Το αγχωτικό φορτίο είναι ιδιαίτερα ορατό στους πατέρες, αναδεικνύοντας χρόνιο ψυχολογικό φορτίο λόγω της φροντίδας παιδιού με αναπηρία. Τα ευρήματα εντάσσονται στη βιβλιογραφία που αναδεικνύει το άγχος ως κεντρικό ψυχολογικό αντίκτυπο για γονείς παιδιών με αναπηρία.

Πίνακας 8.2: GHQ-28 – Άγχος και Αϋπνία

Ερώτηση	Καθόλου N(%)	Όχι περισσότερο N(%)	Αρκετά περισσότερο N(%)	Πολύ περισσότερο N(%)
A8) Χάσατε ύπνο λόγω ανησυχίας;	31 (31,0%)	41 (41,0%)	21 (21,0%)	7 (7,0%)
A9) Είχατε δυσκολία να παραμείνετε κοιμισμένος;	33 (33,0%)	47 (47,0%)	15 (15,0%)	5 (5,0%)
A10) Νιώθατε διαρκώς υπό πίεση;	16 (16,0%)	54 (54,0%)	21 (21,0%)	9 (9,0%)
A11) Νιώθατε ευερέθιστος ή οξύθυμος;	27 (27,0%)	48 (48,0%)	19 (19,0%)	6 (6,0%)
A12) Νιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;	50 (50,0%)	40 (40,0%)	8 (8,0%)	2 (2,0%)
A13) Νιώθατε ότι όλα σας ξεπερνούσαν;	43 (43,0%)	32 (32,0%)	22 (22,0%)	3 (3,0%)
A14) Νιώθατε συνεχώς νευρικός ή σε ένταση;	30 (30,0%)	46 (46,0%)	19 (19,0%)	5 (5,0%)

Ο Πίνακας 8.3 παρουσιάζει τα δεδομένα για την υποκλίμακα Κοινωνικής Δυσλειτουργίας. Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν μια σχετικά θετική εικόνα: η πλειοψηφία των πατέρων (55,0%) αναφέρει ότι καταφέρνει να παραμένει απασχολημένος (A15) στο συνηθισμένο επίπεδο. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι 68,0% νιώθει ικανός να παίρνει αποφάσεις (A20) αρκετά ή πολύ πιο συχνά, ενώ 62,0% αισθάνεται ότι παίζει χρήσιμο ρόλο (A19). Τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι ενώ οι πατέρες βιώνουν έντονο άγχος, διατηρούν σε σημαντικό βαθμό την αίσθηση αυτεπάρκειας και λειτουργικότητάς τους, ενδεχομένως χάρη στην ενεργή εμπλοκή τους στον γονεϊκό ρόλο.

Πίνακας 8.3: GHQ-28 – Κοινωνική Δυσλειτουργία

Ερώτηση	Καθόλου N(%)	Όχι περισσότερο N(%)	Αρκετά περισσότερο N(%)	Πολύ περισσότερο N(%)
A15) Καταφέρνατε να παραμένετε απασχολημένος;	3 (3,0%)	55 (55,0%)	38 (38,0%)	4 (4,0%)
A16) Σας έπαιρνε περισσότερο χρόνο να κάνετε πράγματα;	16 (16,0%)	66 (66,0%)	16 (16,0%)	2 (2,0%)
A17) Νιώθατε γενικά ότι τα καταφέρνατε καλά;	7 (7,0%)	45 (45,0%)	42 (42,0%)	6 (6,0%)
A18) Ήσασταν ικανοποιημένος από τον τρόπο εκτέλεσης υποχρεώσεων;	1 (1,0%)	45 (45,0%)	48 (48,0%)	6 (6,0%)
A19) Νιώθατε ότι παίζατε χρήσιμο ρόλο στη ζωή σας;	2 (2,0%)	36 (36,0%)	48 (48,0%)	14 (14,0%)
A20) Νιώθατε ικανός να παίρνετε αποφάσεις;	1 (1,0%)	31 (31,0%)	50 (50,0%)	18 (18,0%)
A21) Μπορούσατε να απολαμβάνετε τις καθημερινές δραστηριότητες;	7 (7,0%)	60 (60,0%)	26 (26,0%)	7 (7,0%)

Ο Πίνακας 8.4 αφορά στην υποκλίμακα Σοβαρής Κατάθλιψης. Η πλειοψηφία των πατέρων δεν εμφανίζει σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα: 59,0% δεν νιώθει καθόλου ότι η ζωή είναι χωρίς ελπίδα (A22), 74,0% δεν αμφισβητεί την αξία της ζωής (A23), ενώ 87,0% δεν έχει σκεφτεί σκέψεις αφαίρεσης της ζωής (A27). Ωστόσο, ένα μη αμελητέο ποσοστό πατέρων εμφανίζει κάποιο βαθμό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αναδεικνύοντας την ύπαρξη μιας υποομάδας που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από τους φορείς ψυχικής υγείας.

Πίνακας 8.4: GHQ-28 – Σοβαρή Κατάθλιψη

Ερώτηση	Καθόλου N(%)	Όχι περισσότερο N(%)	Αρκετά περισσότερο N(%)	Πολύ περισσότερο N(%)
A22) Νιώθατε ότι η ζωή είναι εντελώς χωρίς ελπίδα;	59 (59,0%)	29 (29,0%)	7 (7,0%)	5 (5,0%)
A23) Νιώθατε ότι η ζωή δεν αξίζει να τη ζει κανείς;	74 (74,0%)	19 (19,0%)	4 (4,0%)	3 (3,0%)
A24) Σκεφτήκατε να βλάψετε τον εαυτό σας;	84 (84,0%)	10 (10,0%)	5 (5,0%)	1 (1,0%)
A25) Δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα λόγω νευρικότητας;	65 (65,0%)	28 (28,0%)	6 (6,0%)	1 (1,0%)
A26) Ευχηθήκατε να ήσασταν νεκρός ή μακριά από όλα;	78 (78,0%)	16 (16,0%)	6 (6,0%)	0 (0,0%)
A27) Σας περνούσε η ιδέα να αφαιρέσετε τη ζωή σας;	87 (87,0%)	6 (6,0%)	6 (6,0%)	1 (1,0%)
A28) Νιώθατε ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα;	72 (72,0%)	19 (19,0%)	8 (8,0%)	1 (1,0%)

«Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία» (B-IPQ: Brief Illness Perception Questionnaire).

Ο Πίνακας 8.5 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά για τις 8 διαστάσεις του B-IPQ σε κλίμακα 0–10. Η υψηλότερη μέση βαθμολογία εμφανίζεται στην πεποίθηση για τη χρονική διάρκεια (B2: M=8,76), αντικατοπτρίζοντας τη βαθιά συνειδητοποίηση ότι η αναπηρία είναι μόνιμης φύσης. Ακολουθεί η κατανόηση της αναπηρίας (B7: M=7,98) και το επίπεδο ανησυχίας (B6: M=7,72). Τα υψηλά επίπεδα ανησυχίας και συναισθηματικής επίδρασης (B8: M=7,43) αναδεικνύουν ότι οι πατέρες βιώνουν έντονο συναισθηματικό αντίκτυπο από την κατάσταση του παιδιού.

Πίνακας 8.5: B-IPQ – Αντίληψη της αναπηρίας του παιδιού

Ερώτηση (B-IPQ)	N	Min	Max	M	TA
B1) Επίδραση στη ζωή σας (0–10)	100	0	10	6,45	2,90
B2) Χρονική διάρκεια κατάστασης (0–10)	100	0	10	8,76	1,99
B3) Αίσθηση ελέγχου (0–10)	100	0	10	7,00	1,98
B4) Αποτελεσματικότητα θεραπειών (0–10)	100	0	10	7,38	2,54
B5) Καθημερινή βίωση δυσκολιών (0–10)	100	1	10	6,72	2,38
B6) Επίπεδο ανησυχίας (0–10)	100	1	10	7,72	2,30
B7) Κατανόηση αναπηρίας (0–10)	100	2	10	7,98	1,85
B8) Συναισθηματική επίδραση (0–10)	100	0	10	7,43	2,55

«Ερωτηματολόγιο Αποδοχής και Δράσης» (Acceptance and Action Questionnaire-II — AAQ-II)

Ο Πίνακας 8.6 παρουσιάζει τα δεδομένα για τις 7 ερωτήσεις του AAQ-II σε κλίμακα 1–7. Η υψηλότερη μέση βαθμολογία εμφανίζεται στην ανάγκη καταπολέμησης δύσκολων συναισθημάτων (Δ5: M=5,04), ακολουθούμενη από την αποφυγή δυσάρεστων σκέψεων (Δ4: M=4,73). Οι χαμηλότερες μέσες τιμές εμφανίζονται στην ανησυχία για το πόσο άσχημα νιώθουν (Δ3: M=2,97). Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι πατέρες τείνουν να προσπαθούν να αποφύγουν δύσκολα συναισθήματα αντί να τα αποδεχτούν, αναδεικνύοντας υψηλά επίπεδα βιοματικής αποφυγής.

Πίνακας 8.6: AAQ-II – Ψυχολογική Ακαμψία / Βιοματική Αποφυγή

Ερώτηση (AAQ-II)	N	Min	Max	M	TA
Δ1) Μερικές φορές νιώθω ότι δεν βιώνω κανονικά τα συναισθήματά μου	100	1	7	3,42	1,89
Δ2) Οι σκέψεις και τα συναισθήματά μου με πνίγουν	100	1	7	3,52	1,97

Δ3) Ανησυχώ για το πόσο άσχημα νιώθω	100	1	7	2,97	1,67
Δ4) Προσπαθώ να απομακρύνω τις σκέψεις που δεν μου αρέσουν	100	1	7	4,73	2,08
Δ5) Νιώθω ότι πρέπει να καταπολεμήσω τα δύσκολα συναισθήματα	100	1	7	5,04	1,83
Δ6) Όταν νιώθω άσχημα, προσπαθώ να μη σκέφτομαι τίποτα	100	1	7	4,48	2,09
Δ7) Ανησυχώ για τον τρόπο που θα αντιδράσω όταν νιώθω άγχος	100	1	7	3,45	1,97

Κλίμακα Εσωτερικευμένου Στίγματος Συγγενών» (Affiliate Stigma Scale - ASS)

Ο Πίνακας 8.7 παρουσιάζει τα δεδομένα για τη Γνωστική Διάσταση του ASS. Το σημαντικότερο εύρημα αφορά στην ανάγκη υπερπροστασίας (E18), που αποδέχεται μερικώς ή πλήρως το 63,0% των πατέρων. Η αίσθηση ότι πρέπει να τα κάνουν όλα μόνοι (E21) επιλέγεται από 43,0%, ενώ 53,0% αισθάνεται ότι δεν τους καταλαβαίνουν (E12). Η γνωστική διάσταση εκδηλώνεται κυρίως μέσα από ανάγκη υπερπροστασίας και αυτονομίας.

Πίνακας 8.7: ASS – Γνωστική Διάσταση

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως N(%)	Διαφωνώ μερικώς N(%)	Συμφωνώ μερικώς N(%)	Συμφωνώ πλήρως N(%)
E3) Νιώθω ένοχος που έχω παιδί με αναπηρία	60 (60,0%)	19 (19,0%)	17 (17,0%)	4 (4,0%)
E6) Νιώθω ότι οι άλλοι με αποφεύγουν	56 (56,0%)	18 (18,0%)	23 (23,0%)	3 (3,0%)
E9) Νιώθω ότι δεν μπορώ να μιλήσω ανοιχτά για το παιδί μου	63 (63,0%)	17 (17,0%)	16 (16,0%)	4 (4,0%)
E12) Νιώθω ότι δεν με καταλαβαίνουν	25 (25,0%)	22 (22,0%)	36 (36,0%)	17 (17,0%)
E15) Νιώθω ότι πρέπει να αποδείξω ότι είμαι καλός γονέας	58 (58,0%)	21 (21,0%)	16 (16,0%)	5 (5,0%)
E18) Νιώθω ότι πρέπει να είμαι υπερπροστατευτικός	20 (20,0%)	17 (17,0%)	40 (40,0%)	23 (23,0%)
E21) Νιώθω ότι πρέπει να κάνω τα πάντα μόνος μου	28 (28,0%)	29 (29,0%)	26 (26,0%)	17 (17,0%)

Ο Πίνακας 8.8 αφορά στη Συναισθηματική Διάσταση του ASS. Το πιο εντυπωσιακό εύρημα είναι ότι 61,0% των πατέρων συμφωνεί μερικώς ή πλήρως ότι δεν έχει την υποστήριξη που χρειάζεται (E19), καταδεικνύοντας μια εξαιρετικά σημαντική ανικανοποίητη ανάγκη. Επίσης, 36,0% αισθάνεται ότι οι άλλοι τους κοιτάζουν περίεργα (E1) και ισόποσο ποσοστό αισθάνεται διαφορετικό από τους υπόλοιπους γονείς (E13). Αξιοσημείωτα χαμηλό είναι το αίσθημα ότι πρέπει να κρύβουν την κατάσταση (E10: 11,0%).

Πίνακας 8.8: ASS – Συναισθηματική Διάσταση

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως N(%)	Διαφωνώ μερικώς N(%)	Συμφωνώ μερικώς N(%)	Συμφωνώ πλήρως N(%)
E1) Νιώθω ότι οι άλλοι με κοιτάζουν περίεργα	32 (32,0%)	26 (26,0%)	31 (31,0%)	11 (11,0%)
E4) Νιώθω ότι φέρω ευθύνη για την κατάσταση του παιδιού μου	57 (57,0%)	20 (20,0%)	18 (18,0%)	5 (5,0%)
E7) Νιώθω ότι πρέπει να απολογούμαι για την κατάσταση του παιδιού μου	55 (55,0%)	27 (27,0%)	16 (16,0%)	2 (2,0%)
E10) Νιώθω ότι πρέπει να κρύβω την κατάσταση του παιδιού μου	79 (79,0%)	10 (10,0%)	8 (8,0%)	3 (3,0%)
E13) Νιώθω ότι είμαι διαφορετικός από τους άλλους γονείς	40 (40,0%)	24 (24,0%)	28 (28,0%)	8 (8,0%)
E16) Νιώθω ότι οι άλλοι με λυπούνται	45 (45,0%)	22 (22,0%)	25 (25,0%)	8 (8,0%)
E19) Νιώθω ότι δεν έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι	20 (20,0%)	19 (19,0%)	45 (45,0%)	16 (16,0%)

Ο Πίνακας 8.9 παρουσιάζει τα δεδομένα για τη Συμπεριφορική Διάσταση του ASS. Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά: 77,0% δεν εμφανίζει ντροπή (E2), 70,0% δεν φοβάται αξιολόγηση ως ανίκανος γονέας (E5) και 69,0% δεν νιώθει ότι τον θεωρούν υπεύθυνο για την αναπηρία (E8). Τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι σε επίπεδο συμπεριφορικής έκφρασης, οι πατέρες δεν βιώνουν έντονα εξωστρεφή στοιχεία στίγματος, αν και πιο λεπτές μορφές εσωτερικευμένου στίγματος εντοπίζονται στις γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις.

Πίνακας 8.9: ASS – Συμπεριφορική Διάσταση

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως N(%)	Διαφωνώ μερικώς N(%)	Συμφωνώ μερικώς N(%)	Συμφωνώ πλήρως N(%)
E2) Νιώθω ντροπή επειδή είμαι συγγενής ατόμου με αναπηρία	77 (77,0%)	13 (13,0%)	7 (7,0%)	3 (3,0%)
E5) Φοβάμαι ότι θα με θεωρήσουν ανίκανο γονέα	70 (70,0%)	15 (15,0%)	13 (13,0%)	2 (2,0%)
E8) Νιώθω ότι οι άλλοι θεωρούν ότι είμαι «φταίχτης»	69 (69,0%)	16 (16,0%)	13 (13,0%)	2 (2,0%)

«Κλίμακα Αίσθησης Γονεϊκής Επάρκειας – Σύντομη Μορφή» (Parenting Sense of Competence Scale - Short Form / PSOC-SF)

Ο Πίνακας 8.10 παρουσιάζει τα δεδομένα για τη διάσταση Γονεϊκής Επάρκειας. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν υψηλή αίσθηση γονεϊκής επάρκειας: 66,0% νιώθει ικανός να χειρίζεται τις καθημερινές δυσκολίες (ΣΤ1), 71,0% ξέρει πώς να ανταποκριθεί στις ανάγκες

του παιδιού (ΣΤ2), 66,0% αισθάνεται ότι τα καταφέρνει καλά (ΣΤ3) και 67,0% νιώθει σίγουρος για τις γονεϊκές δεξιότητες (ΣΤ4). Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η γονεϊκή επάρκεια λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας παρά τις σημαντικές δυσκολίες.

Πίνακας 8.10: PSOC-SF – Γονεϊκή Επάρκεια / Αποτελεσματικότητα

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως N(%)	Διαφωνώ σε μεγ. βαθμό N(%)	Διαφωνώ κάπως N(%)	Συμφωνώ κάπως N(%)	Συμφωνώ σε μεγ. βαθμό N(%)	Συμφωνώ πλήρως N(%)
ΣΤ1) Νιώθω ικανός να χειρίζομαι τις καθημερινές δυσκολίες του παιδιού μου	0 (0%)	2 (2,0%)	5 (5,0%)	27 (27,0%)	47 (47,0%)	19 (19,0%)
ΣΤ2) Ξέρω πώς να ανταποκριθώ στις ανάγκες του παιδιού μου	0 (0%)	3 (3,0%)	4 (4,0%)	22 (22,0%)	53 (53,0%)	18 (18,0%)
ΣΤ3) Νιώθω ότι τα καταφέρνω καλά στον γονεϊκό μου ρόλο	0 (0%)	4 (4,0%)	3 (3,0%)	27 (27,0%)	49 (49,0%)	17 (17,0%)
ΣΤ4) Νιώθω αρκετά σίγουρος για τις γονεϊκές μου δεξιότητες	0 (0%)	3 (3,0%)	2 (2,0%)	28 (28,0%)	49 (49,0%)	18 (18,0%)

Ο Πίνακας 8.11 αφορά στη διάσταση Ικανοποίησης από τον Γονεϊκό Ρόλο. Τα αποτελέσματα είναι εξαιρετικά θετικά: 80,0% απολαμβάνει να είναι γονιός (ΣΤ5) συμφωνώντας σε μεγάλο βαθμό ή πλήρως, ενώ το εντυπωσιακότερο εύρημα είναι ότι 87,0% αισθάνεται «γεμάτος» όταν περνά χρόνο με το παιδί (ΣΤ8). Τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν ισχυρή θετική δέσμευση των πατέρων με το παιδί τους, αναδεικνύοντας δυνατότητα μετατραυματικής ανάπτυξης παρά τις σημαντικές δυσκολίες.

Πίνακας 8.11: PSOC-SF – Ικανοποίηση από τον Γονεϊκό Ρόλο

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως N(%)	Διαφωνώ σε μεγ. βαθμό N(%)	Διαφωνώ κάπως N(%)	Συμφωνώ κάπως N(%)	Συμφωνώ σε μεγ. βαθμό N(%)	Συμφωνώ πλήρως N(%)
ΣΤ5) Απολαμβάνω να είμαι γονιός	0 (0%)	2 (2,0%)	4 (4,0%)	14 (14,0%)	31 (31,0%)	49 (49,0%)
ΣΤ6) Νιώθω ικανοποίηση από τον γονεϊκό μου ρόλο	0 (0%)	3 (3,0%)	3 (3,0%)	23 (23,0%)	39 (39,0%)	32 (32,0%)
ΣΤ7) Ο γονεϊκός ρόλος με γεμίζει χαρά	0 (0%)	2 (2,0%)	4 (4,0%)	17 (17,0%)	35 (35,0%)	42 (42,0%)
ΣΤ8) Νιώθω «γεμάτος» όταν περνάω χρόνο με το παιδί μου	0 (0%)	4 (4,0%)	1 (1,0%)	8 (8,0%)	33 (33,0%)	54 (54,0%)

8.1.1. EE1: Ποιο είναι το επίπεδο δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης των πατέρων παιδιών με αναπηρία;

Η διερεύνηση των επιπέδων δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης στο δείγμα των πατέρων κατέδειξε μέτρια προς σημαντικά επίπεδα τραυματισμού (βλ. Πίνακα 8.12). Συγκεκριμένα, το συνολικό σκορ της κλίμακας STSS κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα, με τη μέση τιμή να διαμορφώνεται στα 44,06 (TA = 13,62). Αναλύοντας τις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας, η **Αποφυγή** συγκέντρωσε την υψηλότερη μέση βαθμολογία (M = 16,70, TA = 5,47). Ένα σημαντικό τμήμα των πατέρων καταφεύγει σε στρατηγικές συναισθηματικής αποστασιοποίησης, με το 21% να δηλώνει ότι βιώνει συχνά ή πολύ συχνά συναισθηματικό «μούδιασμα» (και επιπλέον 42% μερικές φορές), ενώ το 25% βιώνει αντίστοιχα συχνά συναισθηματική εξάντληση.

Δεύτερη σε ένταση καταγράφηκε η διάσταση της **Εισβολής / Επαναβίωσης** (M = 14,55, TA = 4,50). Η συμπτωματολογία αυτή εκδηλώνεται εντόνως σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, καθώς το 43% των πατέρων αναφέρει συχνό ή πολύ συχνό καρδιοχτύπι κατά τη σκέψη των δυσκολιών του παιδιού, και πάνω από τους μισούς (50,5%) νιώθουν μερικές φορές σαν να ξαναζούν τον πόνο του.

Τέλος, η διάσταση της **Διέγερσης** παρουσίασε μέση τιμή 12,81 (TA = 4,34). Η συγκεκριμένη επιβάρυνση αποτυπώνεται κυρίως μέσω διαταραχών ύπνου, τις οποίες το 23% βιώνει συχνά ή πολύ συχνά, καθώς και μέσω μιας διαρκούς κατάστασης έντασης ή εγρήγορσης, την οποία βιώνει συχνά το 24% των συμμετεχόντων. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι το 30% αισθάνεται συχνά/πολύ συχνά ότι βιώνει προσωπικά τον πόνο του παιδιού του.

Πίνακας 8.12: STSS – Επίπεδα

Κλίμακα / Υποκλίμακα	N ερωτήσεων	N	Min	Max	M	TA
STSS Εισβολή / επαναβίωση	5	100	4,00	25,00	14,55	4,50
STSS Αποφυγή	7	100	7,00	30,00	16,70	5,47
STSS Διέγερση	5	100	5,00	25,00	12,81	4,34
STSS Συνολικό σκορ	17	100	16,00	79,00	44,06	13,62

Ο Πίνακας 8.13 παρουσιάζει την κατανομή των απαντήσεων στην υποκλίμακα Εισβολής/Επαναβίωσης του STSS. Η πλέον χαρακτηριστική ερώτηση είναι το έντονο καρδιοχτύπι κατά τη σκέψη των δυσκολιών (Γ2), με 43,0% να το βιώνει συχνά ή πολύ συχνά. Το 50,5% βιώνει μερικές φορές επαναβίωση του πόνου (Γ3), ενώ 32,0% νιώθει παγιδευμένος λόγω ευθυνών (Γ10) συχνά ή πολύ συχνά. Η εισβολή αναδεικνύει αναμνήσεις και έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, υπογραμμίζοντας το εκτεταμένο ψυχολογικό κόστος που φέρουν οι πατέρες ως έμμεσοι παρατηρητές του τραύματος του παιδιού.

Πίνακας 8.13: STSS – Εισβολή / Επαναβίωση

Ερώτηση	Ποτέ N(%)	Σπάνια N(%)	Μερικές φορές N(%)	Συχνά N(%)	Πολύ συχνά N(%)
Γ2) Η καρδιά μου χτυπούσε δυνατά όταν σκεφτόμουν τις δυσκολίες του παιδιού μου	6 (6,0%)	14 (14,0%)	37 (37,0%)	29 (29,0%)	14 (14,0%)
Γ3) Ένιωθα σαν να ξαναζώ τις δυσκολίες ή τον πόνο που βιώνει το παιδί μου	8 (8,2%)	11 (11,3%)	49 (50,5%)	19 (19,6%)	10 (10,3%)
Γ6) Οτιδήποτε μου θύμιζε τις δυσκολίες του παιδιού μου με αναστάτωνε	9 (9,0%)	18 (18,0%)	44 (44,0%)	18 (18,0%)	11 (11,0%)
Γ10) Ένιωθα παγιδευμένος λόγω των ευθυνών για το παιδί μου	19 (19,0%)	30 (30,0%)	19 (19,0%)	26 (26,0%)	6 (6,0%)
Γ13) Ένιωθα ευερέθιστος	19 (19,0%)	33 (33,0%)	32 (32,0%)	14 (14,0%)	2 (2,0%)

Ο Πίνακας 8.14 παρουσιάζει τα δεδομένα για την υποκλίμακα Αποφυγής. Η κατάσταση συναισθηματικού «μουδιάσματος» (Γ1) βιώνεται αρκετά ή πολύ συχνά από 21,0% των πατέρων, ενώ ένα επιπλέον 42,0% το βιώνει μερικές φορές. Η συναισθηματική εξάντληση (Γ17) αναφέρεται ως συχνή ή πολύ συχνή από 25,0%, ενώ 39,0% τη βιώνει μερικές φορές. Η απογοήτευση για το μέλλον (Γ5) είναι έντονα παρούσα, με 19,0% να τη βιώνει συχνά ή πολύ συχνά. Οι στρατηγικές αποφυγής αναδεικνύουν συναισθηματική αποστασιοποίηση που χρησιμοποιούν ορισμένοι πατέρες ως άμυνα έναντι της υπερφόρτωσης.

Πίνακας 8.14: STSS – Αποφυγή

Ερώτηση	Ποτέ N(%)	Σπάνια N(%)	Μερικές φορές N(%)	Συχνά N(%)	Πολύ συχνά N(%)
Γ1) Ένιωθα συναισθηματικά «μουδιάσμενος»	17 (17,0%)	20 (20,0%)	42 (42,0%)	14 (14,0%)	7 (7,0%)
Γ5) Ένιωθα απογοητευμένος για το μέλλον	18 (18,0%)	27 (27,0%)	36 (36,0%)	8 (8,0%)	11 (11,0%)
Γ7) Είχα μικρό ενδιαφέρον να βρίσκομαι με άλλους	25 (25,0%)	26 (26,0%)	33 (33,0%)	14 (14,0%)	2 (2,0%)

Γ9) Είχα ενοχλητικά όνειρα για το παιδί μου	39 (39,0%)	23 (23,0%)	33 (33,0%)	4 (4,0%)	1 (1,0%)
Γ12) Ένιωθα ανάγκη αποφυγής καταστάσεων φροντίδας	46 (46,0%)	28 (28,0%)	23 (23,0%)	3 (3,0%)	0 (0,0%)
Γ14) Είχα δυσκολία στη συγκέντρωση	28 (28,0%)	33 (33,0%)	31 (31,0%)	6 (6,0%)	2 (2,0%)
Γ17) Ένιωθα συναισθηματικά εξαντλημένος	19 (19,0%)	17 (17,0%)	39 (39,0%)	17 (17,0%)	8 (8,0%)

Ο Πίνακας 8.15 αναφέρεται στην υποκλίμακα Διέγερσης. Η βίωση του πόνου του παιδιού ως προσωπικού (Γ15) αναφέρεται ως συχνή ή πολύ συχνή από 30,0%, ενώ 48,0% τη βιώνει μερικές φορές. Οι δυσκολίες ύπνου (Γ4) αποτελούν σημαντική πηγή επιβάρυνσης, με 23,0% να τις βιώνει συχνά ή πολύ συχνά και 33,0% μερικές φορές. Η διαρκής ένταση ή εγρήγορση (Γ8) εμφανίζεται συχνά ή πολύ συχνά στο 24,0%. Τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι η διέγερση εκδηλώνεται κυρίως μέσω εγρήγορσης και διαταραχών ύπνου.

Πίνακας 8.15: STSS – Διέγερση

Ερώτηση	Ποτέ N(%)	Σπάνια N(%)	Μερικές φορές N(%)	Συχνά N(%)	Πολύ συχνά N(%)
Γ4) Είχα δυσκολία στον ύπνο	15 (15,0%)	29 (29,0%)	33 (33,0%)	16 (16,0%)	7 (7,0%)
Γ8) Ένιωθα σε διαρκή ένταση ή εγρήγορση	18 (18,0%)	23 (23,0%)	35 (35,0%)	21 (21,0%)	3 (3,0%)
Γ11) Απέφευγα ανθρώπους/μέρη που θύμιζαν δυσκολίες	35 (35,0%)	26 (26,0%)	28 (28,0%)	7 (7,0%)	4 (4,0%)
Γ15) Ένιωθα σαν να βιώνω προσωπικά τον πόνο του παιδιού μου	12 (12,0%)	10 (10,0%)	48 (48,0%)	20 (20,0%)	10 (10,0%)
Γ16) Δυσκολία να θυμηθώ σημαντικές πτυχές ως γονέας	33 (33,0%)	33 (33,0%)	21 (21,0%)	10 (10,0%)	3 (3,0%)

8.2. Επαγωγική Στατιστική

8.2.1. ΕΕ2: Υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ πατέρων παιδιών με ΔΑΦ και αισθητηριακές αναπηρίες ως προς την ψυχική υγεία, τη μετατραυματική επιβάρυνση και τον γονεϊκό ρόλο;

- την ψυχική υγεία

Ο Πίνακας 8.16 παρουσιάζει τα αποτελέσματα ανεξάρτητου t-test για τη σύγκριση ψυχικής υγείας (GHQ-28) μεταξύ πατέρων παιδιών με ΔΑΦ (N=68) και πατέρων παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες (N=32). Τα αποτελέσματα δεν αναδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία υποκλίμακα ή στο συνολικό σκορ. Αν και οι πατέρες παιδιών

με αισθητηριακή αναπηρία εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες, οι διαφορές δεν φτάνουν στατιστική σημαντικότητα, υποδηλώνοντας ότι η ψυχολογική δυσφορία είναι παρόμοια ανεξαρτήτως τύπου αναπηρίας.

Πίνακας 8.16: Σύγκριση ψυχικής υγείας (GHQ-28) ανά τύπο αναπηρίας – t-test

Μεταβλητή	Τύπος αναπηρίας	N	M	TA	T	p
GHQ-28 Σωματικά συμπτώματα	ΔΑΦ	68	6,51	3,20	-0,490	.625
	Αισθητηριακή	32	6,84	2,97		
GHQ-28 Άγχος και απύνια	ΔΑΦ	68	6,13	4,46	-1,816	.072
	Αισθητηριακή	32	7,88	4,51		
GHQ-28 Κοινωνική δυσλειτουργία	ΔΑΦ	68	9,50	3,33	-0,680	.499
	Αισθητηριακή	32	9,91	2,49		
GHQ-28 Σοβαρή κατάθλιψη	ΔΑΦ	68	2,40	3,33	-0,298	.766
	Αισθητηριακή	32	2,63	4,03		
GHQ-28 Συνολικό σκορ	ΔΑΦ	68	24,54	10,82	-1,226	.223
	Αισθητηριακή	32	27,25	9,05		

- τη μετατραυματική επιβάρυνση

Ο Πίνακας 8.17 παρουσιάζει τα αποτελέσματα ανεξάρτητου t-test για τη σύγκριση δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) μεταξύ των δύο ομάδων. Σε αντίθεση με την ψυχική υγεία, η ανάλυση αναδεικνύει στατιστικά σημαντικές διαφορές: οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακή αναπηρία εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα Εισβολής/Επαναβίωσης ($p=.005$), Διέγερσης ($p=.017$) και Συνολικού STSS ($p=.017$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι ο τύπος αναπηρίας επηρεάζει διαφορετικά τη δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση, ενδεχομένως λόγω της αιφνίδιας φύσης ορισμένων αισθητηριακών απωλειών.

Πίνακας 8.17: Σύγκριση STSS ανά τύπο αναπηρίας – t-test

Μεταβλητή	Τύπος αναπηρίας	N	M	TA	T	p
STSS Εισβολή / επαναβίωση	ΔΑΦ	68	13,69	4,60	-2,886	.005**
	Αισθητηριακή	32	16,38	3,71		
STSS Αποφυγή	ΔΑΦ	68	16,06	5,57	-1,725	.088
	Αισθητηριακή	32	18,06	5,07		
STSS Διέγερση	ΔΑΦ	68	12,10	4,50	-2,431	.017*
	Αισθητηριακή	32	14,31	3,60		
STSS Συνολικό σκορ	ΔΑΦ	68	41,85	14,04	-2,420	.017*
	Αισθητηριακή	32	48,75	11,52		

- τον γονεϊκό ρόλο

Ο Πίνακας 8.18 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney U για τη σύγκριση γονεϊκής επάρκειας και ικανοποίησης (PSOC-SF) μεταξύ των δύο ομάδων. Τα αποτελέσματα δεν αναδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία διάσταση ($p=.466-.892$). Η υψηλή αίσθηση γονεϊκής επάρκειας και ικανοποίησης διατηρείται σε παρόμοια επίπεδα ανεξαρτήτως τύπου αναπηρίας, υποδηλώνοντας ότι οι πατέρες έχουν αναπτύξει παρόμοιους μηχανισμούς αντιμετώπισης.

Πίνακας 8.18: Σύγκριση PSOC-SF ανά τύπο αναπηρίας – Mann-Whitney U

Μεταβλητή	Τύπος αναπηρίας	N	Διάμεσος	IQR	Mann-Whitney U	p
PSOC-SF Γονεϊκή επάρκεια	ΔΑΦ	68	20,0	5,25	1070,0	.892
	Αισθητηριακή	32	20,0	3,25		
PSOC-SF Ικανοποίηση	ΔΑΦ	68	21,0	4,00	990,5	.466
	Αισθητηριακή	32	21,0	5,00		
PSOC-SF Συνολικό σκορ	ΔΑΦ	68	40,5	7,00	1039,0	.717
	Αισθητηριακή	32	41,0	6,25		

8.2.2. ΕΕ3: Ποια είναι η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας των πατέρων;

Ο Πίνακας 8.19 παρουσιάζει τις συσχετίσεις Pearson μεταξύ STSS και GHQ-28 (N=100). Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ισχυρές και στατιστικά εξαιρετικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των διαστάσεων. Η ισχυρότερη σχέση εντοπίζεται μεταξύ συνολικής STSS και συνολικής ψυχολογικής δυσφορίας ($r=.756$, $p<.001$). Ιδιαίτερα ισχυρές συσχετίσεις παρατηρούνται μεταξύ STSS και Άγχους/Αϋπνίας, ενώ η Κοινωνική Δυσλειτουργία παρουσιάζει τις ασθενέστερες αλλά ακόμα σημαντικές συσχετίσεις.

Πίνακας 8.19: Συσχέτιση STSS – GHQ-28 (Pearson)

	STSS Εισβολή	STSS Αποφυγή	STSS Διέγερση	STSS Σύνολο
GHQ-28 Σωματικά	$r=.505^{**}$	$r=.513^{**}$	$r=.543^{**}$	$r=.546^{**}$
GHQ-28 Άγχος/Αϋπνία	$r=.634^{**}$	$r=.680^{**}$	$r=.694^{**}$	$r=.704^{**}$
GHQ-28 Κοινωνική Δυσλ.	$r=.272^{**}$	$r=.279^{**}$	$r=.300^{**}$	$r=.297^{**}$
GHQ-28 Κατάθλιψη	$r=.443^{**}$	$r=.600^{**}$	$r=.550^{**}$	$r=.563^{**}$
GHQ-28 Σύνολο	$r=.664^{**}$	$r=.743^{**}$	$r=.747^{**}$	$r=.756^{**}$

** $p<.001$

8.2.3. EE4: Ποια είναι η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και γονεϊκού ρόλου των πατέρων;

Ο Πίνακας 8.20 παρουσιάζει τις συσχετίσεις Spearman μεταξύ STSS και PSOC-SF. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις: υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς τραυματισμού σχετίζονται με χαμηλότερη αίσθηση γονεϊκής επάρκειας και ικανοποίησης. Η ισχυρότερη αρνητική σχέση εντοπίζεται μεταξύ Αποφυγής και Ικανοποίησης ($\rho = -.433$, $p < .001$), αναδεικνύοντας ότι η αποφυγή επιδρά αρνητικότερα στον γονεϊκό ρόλο.

Πίνακας 8.20: Συσχέτιση STSS – PSOC-SF (Spearman)

	STSS Εισβολή	STSS Αποφυγή	STSS Διέγερση	STSS Σύνολο
PSOC Επάρκεια	$\rho = -.150$	$\rho = -.328^{**}$	$\rho = -.320^{**}$	$\rho = -.272^{**}$
PSOC Ικανοποίηση	$\rho = -.203^*$	$\rho = -.433^{**}$	$\rho = -.331^{**}$	$\rho = -.347^{**}$
PSOC Σύνολο	$\rho = -.209^*$	$\rho = -.432^{**}$	$\rho = -.368^{**}$	$\rho = -.355^{**}$

* $p < .05$ ** $p < .001$

8.2.4. EE5: Ποιος είναι ο ρόλος της αντίληψης της αναπηρίας, της ψυχολογικής ευελιξίας και του εσωτερικευμένου στίγματος στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας των πατέρων;

Ο Πίνακας 8.21 παρουσιάζει τις συσχετίσεις Pearson μεταξύ ψυχολογικής ακαμψίας (AAQ-II), αντίληψης απειλητικότητας (B-IPQ) και ψυχικής υγείας (GHQ-28). Τόσο ο AAQ-II όσο και ο B-IPQ σχετίζονται σημαντικά με όλες τις πτυχές ψυχικής υγείας, αναδεικνύοντας ότι η ψυχολογική ακαμψία και η απειλητική αντίληψη αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επιβάρυνσης ψυχικής υγείας.

Πίνακας 8.21: Συσχέτιση AAQ-II & B-IPQ – GHQ-28 (Pearson)

	AAQ-II	B-IPQ
GHQ-28 Σωματικά	$r = .459^{**}$	$r = .261^{**}$
GHQ-28 Άγχος/Αϋπνία	$r = .487^{**}$	$r = .481^{**}$
GHQ-28 Κοινωνική Δυσλ.	$r = .111$	$r = .267^{**}$
GHQ-28 Κατάθλιψη	$r = .300^{**}$	$r = .326^{**}$
GHQ-28 Σύνολο	$r = .489^{**}$	$r = .482^{**}$

** $p < .01$ ή $p < .001$ * $p < .05$

Ο Πίνακας 8.22 παρουσιάζει τις συσχετίσεις Spearman μεταξύ εσωτερικευμένου στίγματος (ASS) και ψυχικής υγείας (GHQ-28). Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν σχεδόν καθολικά στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις. Η ισχυρότερη συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ συνολικού ASS και συνολικού GHQ-28 ($\rho=.600$, $p<.001$), τεκμηριώνοντας ότι το εσωτερικευμένο στίγμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Πίνακας 8.22: Συσχέτιση ASS – GHQ-28 (Spearman)

	ASS Γνωστική	ASS Συναισθηματική	ASS Συμπεριφορική	ASS Σύνολο
GHQ-28 Σωματικά	$\rho=.483^{**}$	$\rho=.362^{**}$	$\rho=.481^{**}$	$\rho=.468^{**}$
GHQ-28 Άγχος/Αϋπνία	$\rho=.529^{**}$	$\rho=.472^{**}$	$\rho=.541^{**}$	$\rho=.549^{**}$
GHQ-28 Κοινωνική Δυσλ.	$\rho=.154$	$\rho=.225^*$	$\rho=.152$	$\rho=.203^*$
GHQ-28 Κατάθλιψη	$\rho=.299^{**}$	$\rho=.312^{**}$	$\rho=.429^{**}$	$\rho=.367^{**}$
GHQ-28 Σύνολο	$\rho=.565^{**}$	$\rho=.521^{**}$	$\rho=.595^{**}$	$\rho=.600^{**}$

* $p<.05$ ** $p<.001$

8.2.5. ΕΕ6: Διαφοροποιείται η σχέση μεταξύ μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας ανάλογα με τον τύπο αναπηρίας, το επίπεδο ψυχολογικής ευελιξίας και το εσωτερικευμένο στίγμα;

Διαφορά μεταξύ της σχέσης μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας ανάλογα με τον τύπο αναπηρίας

Ο Πίνακας 8.23 παρουσιάζει τις συσχετίσεις Pearson για κάθε ομάδα ξεχωριστά. Στην ομάδα ΔΑΦ (N=68), η ισχυρότερη σχέση εντοπίζεται μεταξύ Διέγερσης και Άγχους/Αϋπνίας ($r=.742$, $p<.001$). Στην ομάδα αισθητηριακής αναπηρίας (N=32), η Αποφυγή σχετίζεται ισχυρότατα με το Συνολικό GHQ-28 ($r=.748$, $p<.001$). Αξιοσημείωτο είναι ότι η Κοινωνική Δυσλειτουργία δεν παρουσιάζει σημαντικές συσχετίσεις στην ομάδα αισθητηριακής αναπηρίας.

Πίνακας 8.23: Συσχέτιση STSS–GHQ-28 ανά τύπο αναπηρίας

	STSS Εισβολή (ΔΑΦ/Αισθ.)	STSS Αποφυγή (ΔΑΦ/Αισθ.)	STSS Διέγερση (ΔΑΦ/Αισθ.)	STSS Σύνολο (ΔΑΦ/Αισθ.)
GHQ-28 Σωματικά	.472** / .631**	.518** / .499**	.527** / .609**	.529** / .614**
GHQ-28 Άγχος/Αϋπνία	.676** / .476**	.688** / .629**	.742** / .534**	.732** / .598**
GHQ-28 Κοινωνική Δυσλ.	.378** / -.135	.321** / .123	.420** / -.158	.386** / -.039
GHQ-28 Κατάθλιψη	.502** / .372*	.649** / .531**	.606** / .488**	.616** / .507**
GHQ-28 Σύνολο	.689** / .573**	.735** / .748**	.777** / .640**	.766** / .714**

* $p<.05$ ** $p<.001$ ΔΑΦ: N=68, Αισθητηριακή: N=32

Διαφορά μεταξύ της σχέσης μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας ανάλογα με το επίπεδο ψυχολογικής ευελιξίας

Ο Πίνακας 8.24 παρουσιάζει μερικές συσχετίσεις με ελεγχόμενο τον AAQ-II. Με τον έλεγχο της ψυχολογικής ακαμψίας, οι συσχετίσεις STSS–GHQ-28 μειώνονται αλλά παραμένουν σημαντικές, αναδεικνύοντας ότι ο AAQ-II λειτουργεί ως ρυθμιστικός παράγοντας. Ο πίνακας παρουσιάζει συγκριτικά τις μηδενικής τάξης (χωρίς έλεγχο) και μερικές συσχετίσεις (με έλεγχο AAQ-II).

Πίνακας 8.24: Μερική Συσχέτιση STSS–GHQ-28 με έλεγχο AAQ-II

	Χωρίς έλεγχο	Με έλεγχο AAQ-II
GHQ-28 Σωματικά – STSS Σύνολο	$r=.546^{**}$	$r=.357^{**}$
GHQ-28 Άγχος/Αϋπνία – STSS Σύνολο	$r=.704^{**}$	$r=.581^{**}$
GHQ-28 Κοινωνική Δυσλ. – STSS Σύνολο	$r=.297^{**}$	$r=.305^{**}$
GHQ-28 Κατάθλιψη – STSS Σύνολο	$r=.563^{**}$	$r=.514^{**}$
GHQ-28 Σύνολο – STSS Σύνολο	$r=.756^{**}$	$r=.662^{**}$

** $p<.001$

Διαφορά μεταξύ της σχέσης μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας ανάλογα με το επίπεδο εσωτερικευμένου στίγματος των πατέρων

Οι Πίνακες 45 έως 48 παρουσιάζουν τις μερικές συσχετίσεις με ελεγχόμενες τις τρεις διαστάσεις και το συνολικό σκορ ASS. Η εικόνα είναι συνεπής: με τον έλεγχο οποιασδήποτε διάστασης του ASS, οι συσχετίσεις STSS–GHQ-28 μειώνονται αλλά παραμένουν σε μεγάλο βαθμό σημαντικές, επιβεβαιώνοντας ότι το εσωτερικευμένο στίγμα λειτουργεί ως ρυθμιστής της σχέσης.

Πίνακας 8.25: Μερική Συσχέτιση STSS–GHQ-28 με έλεγχο ASS

Ελεγχόμενη μεταβλητή	GHQ-28 Σωματικά – STSS Σύνολο	GHQ-28 Άγχος – STSS Σύνολο	GHQ-28 Κατάθλιψη – STSS Σύνολο	GHQ-28 Σύνολο – STSS Σύνολο
Χωρίς έλεγχο	$r=.546^{**}$	$r=.704^{**}$	$r=.563^{**}$	$r=.756^{**}$
ASS Γνωστική	$r=.306^{**}$	$r=.520^{**}$	$r=.421^{**}$	$r=.590^{**}$
ASS Συναισθηματική	$r=.379^{**}$	$r=.542^{**}$	$r=.387^{**}$	$r=.591^{**}$
ASS Συμπεριφορική	$r=.340^{**}$	$r=.521^{**}$	$r=.375^{**}$	$r=.589^{**}$
ASS Σύνολο	$r=.314^{**}$	$r=.501^{**}$	$r=.372^{**}$	$r=.565^{**}$

** $p<.001$

8.2.6. EE7: Πώς σχετίζεται η αντίληψη της αναπηρίας με τη μετατραυματική επιβάρυνση και την ψυχική υγεία των πατέρων;

Ο Πίνακας 8.26 παρουσιάζει τις συσχετίσεις Pearson μεταξύ του συνολικού σκορ απειλητικής αντίληψης (B-IPQ) και όλων των υποκλιμάκων GHQ-28 και STSS. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν καθολικά σημαντική σχέση: η ισχυρότερη σχέση με ψυχική υγεία εντοπίζεται με το Άγχος/Αϋπνία ($r=.481$, $p<.001$) και η ισχυρότερη με STSS με την Εισβολή/Επαναβίωση ($r=.554$, $p<.001$). Τα ευρήματα τεκμηριώνουν ότι η απειλητική αντίληψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα τόσο δευτερογενούς τραυματισμού όσο και ψυχολογικής δυσφορίας.

Πίνακας 8.26: Συσχέτιση B-IPQ με GHQ-28 και STSS (Pearson)

Μεταβλητή	Pearson r με B-IPQ	P
GHQ-28 Σωματικά	.261	.009**
GHQ-28 Άγχος/Αϋπνία	.481	<.001**
GHQ-28 Κοινωνική Δυσλ.	.267	.007**
GHQ-28 Κατάθλιψη	.326	.001**
GHQ-28 Σύνολο	.482	<.001**
STSS Εισβολή/Επαναβίωση	.554	<.001**
STSS Αποφυγή	.524	<.001**
STSS Διέγερση	.482	<.001**
STSS Σύνολο	.547	<.001**

8.2.7. EE8: Ποιοι παράγοντες προβλέπουν την ψυχική υγεία και τον γονεϊκό ρόλο των πατέρων;

Για τη διερεύνηση των μηχανισμών μέσω των οποίων η δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση (STSS) επηρεάζει τόσο την ψυχική υγεία (GHQ-28) όσο και τον γονεϊκό ρόλο (PSOC-SF) των πατέρων, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις διαμεσολάβησης με τη μέθοδο Γενικευμένων Γραμμικών Μοντέλων (GLM Mediation Analysis). Σε όλα τα μοντέλα, ως ανεξάρτητες μεταβλητές ορίστηκαν οι τρεις υποκλίμακες του STSS (Εισβολή/Επαναβίωση, Αποφυγή, Διέγερση) και ο τύπος αναπηρίας. Ως μεσολαβητικές μεταβλητές (mediators) χρησιμοποιήθηκαν: (1) η ψυχολογική ακαμψία/βιωματική αποφυγή (AAQ-II), (2) η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (Ερώτηση 15), (3) η αντίληψη απειλητικότητας της αναπηρίας (B-IPQ) και (4) το εσωτερικευμένο στίγμα (ASS). Τα διαστήματα εμπιστοσύνης

υπολογίστηκαν με τη μέθοδο Delta. Παρουσιάζονται συνολικά οκτώ μοντέλα. Το μοναδικό στατιστικά σημαντικό a-path αφορά στη σχέση STSS Εισβολής → B-IPQ ($B=1.117, z=2.538, p=.011$), ενώ οριακά σημαντική είναι η σχέση Τύπου Αναπηρίας → ASS ($B=4.674, z=2.129, p=.033$).

Μοντέλο 1: Εξαρτημένη Μεταβλητή – GHQ-28 Σωματικά Συμπτώματα

Το πρώτο μοντέλο διαμεσολάβησης εξετάζει σε ποιο βαθμό η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και σωματικής συμπτωματολογίας (GHQ-28 Somatic) διαμεσολαβείται από τους τέσσερις μεσολαβητές (AAQ-II, Βοήθεια, B-IPQ, ASS). Αναφορικά με τα b-paths — δηλαδή τις άμεσες σχέσεις μεταξύ μεσολαβητών και εξαρτημένης μεταβλητής — κανένα δεν φτάνει τη στατιστική σημαντικότητα σε $\alpha=.05$. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι το b-path ASS → GHQ-28 Somatic ($B=0.053, p=.052$) αγγίζει οριακά τη σημαντικότητα, υποδηλώνοντας ότι το εσωτερικευμένο στίγμα ενδέχεται να συνεισφέρει, έστω και οριακά, στη σωματική συμπτωματολογία των πατέρων — γεγονός που συνάδει με τη βιβλιογραφία που αναδεικνύει τη σωματοποίηση ως έκφραση ψυχολογικής επιβάρυνσης συνδεδεμένης με το στίγμα. Κανένα από τα 16 έμμεσα αποτελέσματα (indirect effects) δεν είναι στατιστικά σημαντικό: όλα τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% περιλαμβάνουν το μηδέν. Το μεγαλύτερο σε μέγεθος έμμεσο αποτέλεσμα εντοπίζεται στο μονοπάτι STSS Διέγερση → ASS → Somatic ($B=0.051, CI: [-0.026, 0.128]$), το οποίο αν και δεν φτάνει τη σημαντικότητα, υποδηλώνει μια τάση: η υπερεγρήγορση ενδέχεται να αυξάνει το στίγμα, το οποίο με τη σειρά του επιβαρύνει τη σωματική υγεία. Τα άμεσα αποτελέσματα δεν αναδεικνύουν καμία σημαντική επίδραση: STSS Εισβολή ($B=0.032, p=.815$), STSS Αποφυγή ($B=0.050, p=.606$), STSS Διέγερση ($B=0.168, p=.254$) και Τύπος αναπηρίας ($B=-0.910, p=.114$). Ομοίως, τα συνολικά αποτελέσματα δεν είναι σημαντικά. Αξιοσημείωτο είναι ότι η STSS Διέγερση εμφανίζει το μεγαλύτερο συνολικό αποτέλεσμα ($B=0.260, p=.077, CI: [-0.028, 0.547]$), που προσεγγίζει οριακά τη σημαντικότητα, υπαινισσόμενο ότι η υπερεγρήγορση μπορεί να αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα δευτερογενούς τραυματισμού για τη σωματική υγεία. Τα ευρήματα συνολικά υποδηλώνουν ότι η σωματική συμπτωματολογία στους πατέρες έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία και δεν αποτελεί άμεσο ή έμμεσο παράγωγο του δευτερογενούς τραυματισμού μέσω των εξεταζόμενων οδών· ενδέχεται να εμπλέκονται άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, συμπεριφορικοί, περιβαλλοντικοί) που δεν καταγράφηκαν στην παρούσα μελέτη.

Πίνακας 8.27: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και σωματικών συμπτωμάτων (GHQ-28)

Τύπος	Μονοπάτι	B	SE	CI 95%	β	z	p
Έμμεσο	STSS Εισβολή → AAQ-II → Somatic	0.028	0.028	[-0.027, 0.082]	0.040	0.997	.319
Έμμεσο	STSS Εισβολή → Βοήθεια → Somatic	-0.0001	0.006	[-0.013, 0.012]	-0.0001	-0.014	.989
Έμμεσο	STSS Εισβολή → B-IPQ → Somatic	-0.026	0.035	[-0.095, 0.043]	-0.038	-0.739	.460
Έμμεσο	STSS Εισβολή → ASS → Somatic	0.027	0.030	[-0.033, 0.087]	0.039	0.892	.372
Έμμεσο	STSS Αποφυγή → AAQ-II → Somatic	0.013	0.016	[-0.019, 0.044]	0.022	0.784	.433
Έμμεσο	STSS Αποφυγή → Βοήθεια → Somatic	0.0001	0.007	[-0.015, 0.015]	0.0002	0.014	.989
Έμμεσο	STSS Αποφυγή → B-IPQ → Somatic	-0.013	0.018	[-0.048, 0.023]	-0.022	-0.703	.482
Έμμεσο	STSS Αποφυγή → ASS → Somatic	0.033	0.026	[-0.018, 0.084]	0.058	1.265	.206
Έμμεσο	STSS Διέγερση → AAQ-II → Somatic	0.030	0.030	[-0.029, 0.089]	0.042	0.991	.322
Έμμεσο	STSS Διέγερση → Βοήθεια → Somatic	-0.0002	0.013	[-0.025, 0.025]	-0.0003	-0.014	.989
Έμμεσο	STSS Διέγερση → B-IPQ → Somatic	0.011	0.019	[-0.025, 0.048]	0.016	0.615	.539
Έμμεσο	STSS Διέγερση → ASS → Somatic	0.051	0.039	[-0.026, 0.128]	0.071	1.292	.196
Έμμεσο	Τύπος → AAQ-II → Somatic	0.109	0.114	[-0.114, 0.331]	0.016	0.956	.339
Έμμεσο	Τύπος → Βοήθεια → Somatic	0.001	0.049	[-0.095, 0.096]	0.0001	0.014	.989
Έμμεσο	Τύπος → B-IPQ → Somatic	-0.022	0.053	[-0.125, 0.082]	-0.003	-0.413	.680
Έμμεσο	Τύπος → ASS → Somatic	0.250	0.174	[-0.091, 0.591]	0.038	1.437	.151
Άμεσο	STSS Εισβολή → Somatic	0.032	0.135	[-0.233, 0.296]	0.046	0.234	.815
Άμεσο	STSS Αποφυγή → Somatic	0.050	0.097	[-0.140, 0.240]	0.088	0.516	.606
Άμεσο	STSS Διέγερση → Somatic	0.168	0.147	[-0.120, 0.456]	0.233	1.141	.254
Άμεσο	Τύπος → Somatic	-0.910	0.575	[-2.037, 0.218]	-0.137	-1.581	.114
Συνολικό	STSS Εισβολή → Somatic	0.060	0.135	[-0.203, 0.324]	0.087	0.449	.653
Συνολικό	STSS Αποφυγή → Somatic	0.083	0.098	[-0.110, 0.275]	0.145	0.843	.399
Συνολικό	STSS Διέγερση → Somatic	0.260	0.147	[-0.028, 0.547]	0.362	1.771	.077
Συνολικό	Τύπος → Somatic	-0.572	0.583	[-1.715, 0.570]	-0.086	-0.982	.326

Μοντέλο 2: Εξαρτημένη Μεταβλητή – GHQ-28 Άγχος και Αϋπνία

Το δεύτερο μοντέλο εξετάζει τη διαμεσολάβηση ως προς το άγχος και την αϋπνία (GHQ-28 Anxiety/Insomnia), δηλαδή την υποκλίμακα που συγκεντρώνει το υψηλότερο βάρος συμπτωματολογίας στο δείγμα. Σε αντίθεση με το Μοντέλο 1, εδώ εντοπίζονται σημαντικά b-paths: τόσο ο B-IPQ ($B=0.076, z=2.065, p=.039$) όσο και ο ASS ($B=0.070, z=2.092, p=.036$) σχετίζονται σημαντικά και θετικά με το Άγχος/Αϋπνία. Αυτό σημαίνει ότι, ανεξαρτήτως από τα επίπεδα δευτερογενούς τραυματισμού, οι πατέρες που αντιλαμβάνονται την αναπηρία του παιδιού τους ως πιο απειλητική ή που φέρουν υψηλότερο εσωτερικευμένο στίγμα, βιώνουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους και αϋπνίας — εύρημα που έχει σημαντικές κλινικές προεκτάσεις για τους στόχους παρέμβασης. Παρόλο που τα b-paths είναι σημαντικά, κανένα από τα 16 έμμεσα αποτελέσματα δεν φτάνει τη στατιστική σημαντικότητα. Το μονοπάτι STSS Εισβολή → B-IPQ → Anxiety εμφανίζει την υψηλότερη εκτίμηση ($B=0.085, p=.109, CI: [-0.019, 0.189]$) και το ανώτερο όριο του διαστήματος εμπιστοσύνης προσεγγίζει μια ουσιαστική τιμή, υπαινισσόμενο ότι με μεγαλύτερο δείγμα η διαμεσολάβηση μέσω B-IPQ θα μπορούσε να αναδειχθεί σημαντική. Το γεγονός ότι η STSS Εισβολή αυξάνει σημαντικά το B-IPQ (a-path: $B=1.117, p=.011$) και ο B-IPQ επίσης επηρεάζει θετικά το Άγχος/Αϋπνία (b-path: $B=0.076, p=.039$) δημιουργεί θεωρητικά μια αλυσίδα που αξίζει περαιτέρω διερεύνηση. Σε επίπεδο άμεσων αποτελεσμάτων, η STSS Διέγερση αναδεικνύεται ως ο πιο κρίσιμος παράγοντας: επιδρά άμεσα και σημαντικά στο Άγχος/Αϋπνία ($B=0.439, z=2.457, p=.014$), ακόμα και μετά τον έλεγχο των μεσολαβητών. Αυτό υποδηλώνει ότι η υπερεγρήγορη — το συνεχές αίσθημα επιφυλακής και ετοιμότητας — μεταφράζεται άμεσα σε αγχώδη και υπνική συμπτωματολογία, χωρίς να χρειάζεται να μεσολαβήσουν ψυχολογικές ή γνωστικές διεργασίες. Σε επίπεδο συνολικών αποτελεσμάτων, τόσο η STSS Αποφυγή ($B=0.276, p=.021$) όσο και η STSS Διέγερση ($B=0.454, p=.011$) αναδεικνύονται ως ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες άγχους και αϋπνίας στους πατέρες, γεγονός που ευθυγραμμίζεται με τα χαρακτηριστικά της Μετατραυματικής Αγχώδους Διαταραχής, όπου η αποφυγή και η υπερεγρήγορη αποτελούν κεντρικές κλινικές εκδηλώσεις.

Πίνακας 8.28: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και άγχους/αϋπνίας (GHQ-28)

Τύπος	Μονοπάτι	B	SE	CI 95%	β	z	p
Έμμεσο	STSS Εισβολή → B-IPQ → Anxiety	0.085	0.053	[-0.019, 0.189]	0.084	1.602	.109

Έμμεσο	STSS Εισβολή → ASS → Anxiety	0.036	0.039	[-0.041, 0.112]	0.035	0.905	.366
Έμμεσο	STSS Αποφυγή → B-IPQ → Anxiety	0.041	0.032	[-0.020, 0.103]	0.050	1.313	.189
Έμμεσο	STSS Αποφυγή → ASS → Anxiety	0.043	0.033	[-0.022, 0.108]	0.052	1.302	.193
Έμμεσο	STSS Διέγερση → B-IPQ → Anxiety	-0.037	0.041	[-0.117, 0.043]	-0.035	-0.911	.363
Έμμεσο	STSS Διέγερση → ASS → Anxiety	0.067	0.050	[-0.031, 0.165]	0.064	1.333	.183
Άμεσο	STSS Εισβολή → Anxiety	-0.143	0.164	[-0.464, 0.178]	-0.142	-0.872	.383
Άμεσο	STSS Αποφυγή → Anxiety	0.206	0.118	[-0.024, 0.437]	0.249	1.753	.080
Άμεσο	STSS Διέγερση → Anxiety	0.439	0.179	[0.089, 0.789]	0.421	2.457	.014*
Συνολικό	STSS Αποφυγή → Anxiety	0.276	0.120	[0.041, 0.512]	0.334	2.304	.021*
Συνολικό	STSS Διέγερση → Anxiety	0.454	0.179	[0.102, 0.806]	0.435	2.529	.011*

Μοντέλο 3: Εξαρτημένη Μεταβλητή – GHQ-28 Κοινωνική Δυσλειτουργία

Το τρίτο μοντέλο εξετάζει τη διαμεσολάβηση ως προς την κοινωνική δυσλειτουργία (GHQ-28 Social Dysfunction), δηλαδή τη διάσταση που αφορά στη λειτουργικότητα, τη λήψη αποφάσεων και την αίσθηση χρησιμότητας. Τα αποτελέσματα συνολικά χαρακτηρίζονται από απουσία σημαντικών ευρημάτων σε οποιοδήποτε επίπεδο ανάλυσης. Αναφορικά με τα b-paths, κανένας μεσολαβητής δεν σχετίζεται σημαντικά με την κοινωνική δυσλειτουργία. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι ο AAQ-II ($B=-0.076$, $p=.074$) και ο B-IPQ ($B=0.065$, $p=.061$) εγγίζουν οριακά τη σημαντικότητα. Το αρνητικό πρόσημο του AAQ-II είναι θεωρητικά αναμενόμενο: η ψυχολογική ακαμψία — δηλαδή η τάση να αποφεύγει κανείς δύσκολα συναισθήματα και σκέψεις — επιδρά αρνητικά στη λειτουργικότητα, ίσως γιατί αποτρέπει την εύελκτη ανταπόκριση στις καθημερινές απαιτήσεις. Κανένα από τα έμμεσα αποτελέσματα δεν είναι σημαντικό: οι εκτιμήσεις είναι γενικά μικρές, με το μεγαλύτερο να αφορά στο STSS Εισβολή → B-IPQ → Social Dysfunction ($B=0.072$, $p=.132$, CI: [-0.022, 0.166]). Επίσης, τα άμεσα αποτελέσματα δεν είναι σημαντικά — STSS Εισβολή ($B=-0.030$, $p=.845$), STSS Αποφυγή ($B=0.027$, $p=.807$), STSS Διέγερση ($B=0.238$, $p=.156$) — αν και η STSS Διέγερση εμφανίζει το μεγαλύτερο, και πιθανώς κλινικά αξιόλογο, μη σημαντικό άμεσο αποτέλεσμα. Τα συνολικά αποτελέσματα για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν εξίσου μη σημαντικά ($p=.323-.997$). Το εύρημα αυτό είναι ερμηνευτικά σημαντικό: αναδεικνύει ότι η κοινωνική δυσλειτουργία αποτελεί τη διάσταση της ψυχικής υγείας που είναι λιγότερο ευάλωτη στον δευτερογενή τραυματισμό.

Πιθανότητα, οι πατέρες — παρά την ψυχολογική τους επιβάρυνση — διατηρούν τη λειτουργικότητά τους, ενδεχομένως χάρη στις ευθύνες φροντίδας που λειτουργούν ως δομή και κινητοποίηση της καθημερινής δράσης, όπως υποδηλώνουν και τα υψηλά ποσοστά γονεϊκής επάρκειας στα Μοντέλα 6–8.

Πίνακας 8.29: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και κοινωνικής δυσλειτουργίας (GHQ-28)

Τύπος	Μονοπάτι	B	SE	CI 95%	β	z	p
Έμμεσο	STSS Εισβολή → AAQ-II → Social	-0.045	0.037	[-0.118, 0.029]	-0.065	-1.197	.231
Έμμεσο	STSS Εισβολή → B-IPQ → Social	0.072	0.048	[-0.022, 0.166]	0.105	1.506	.132
Έμμεσο	STSS Αποφυγή → AAQ-II → Social	-0.020	0.023	[-0.066, 0.025]	-0.036	-0.870	.384
Έμμεσο	STSS Αποφυγή → B-IPQ → Social	0.035	0.028	[-0.020, 0.090]	0.063	1.259	.208
Έμμεσο	STSS Διέγερση → AAQ-II → Social	-0.048	0.040	[-0.127, 0.031]	-0.068	-1.186	.236
Έμμεσο	STSS Διέγερση → B-IPQ → Social	-0.031	0.035	[-0.101, 0.038]	-0.044	-0.892	.372
Άμεσο	STSS Εισβολή → Social	-0.030	0.154	[-0.332, 0.272]	-0.044	-0.195	.845
Άμεσο	STSS Αποφυγή → Social	0.027	0.111	[-0.190, 0.244]	0.048	0.244	.807
Άμεσο	STSS Διέγερση → Social	0.238	0.168	[-0.091, 0.567]	0.335	1.417	.156
Συνολικό	STSS Εισβολή → Social	0.001	0.152	[-0.298, 0.299]	0.001	0.004	.997
Συνολικό	STSS Αποφυγή → Social	0.045	0.111	[-0.172, 0.263]	0.081	0.408	.683
Συνολικό	STSS Διέγερση → Social	0.164	0.166	[-0.161, 0.490]	0.232	0.989	.323

Μοντέλο 4: Εξαρτημένη Μεταβλητή – GHQ-28 Σοβαρή Κατάθλιψη

Το τέταρτο μοντέλο εξετάζει τη διαμεσολάβηση ως προς τη σοβαρή κατάθλιψη (GHQ-28 Severe Depression) και αποτελεί το πιο αποκαλυπτικό μοντέλο της σειράς, με πολλαπλά σημαντικά άμεσα αποτελέσματα. Αναφορικά με τα b-paths, κανένας μεσολαβητής δεν σχετίζεται σημαντικά με τη σοβαρή κατάθλιψη, αν και ο AAQ-II ($B=-0.072$, $p=.065$) και η Βοήθεια ($B=-0.138$, $p=.085$) εγγίζουν οριακά τη σημαντικότητα με αρνητικό πρόσημο — γεγονός κλινικά σημαντικό, καθώς υποδηλώνει ότι τόσο η ψυχολογική ευελιξία όσο και η λαμβανόμενη κοινωνική στήριξη ενδέχεται να λειτουργούν ως αντίβαρο στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Και στο Μοντέλο 4 κανένα έμμεσο αποτέλεσμα δεν αναδεικνύεται σημαντικό. Η πραγματική ιδιαιτερότητα αυτού του

μοντέλου εντοπίζεται στα άμεσα αποτελέσματα, τα οποία αποκαλύπτουν μια αντίφαση που χρήζει ερμηνείας: η STSS Εισβολή επιδρά αρνητικά και σημαντικά στη σοβαρή κατάθλιψη ($B=-0.312, p=.027$), δηλαδή υψηλότερα επίπεδα επαναβίωσης σχετίζονται — αντίθετα από ό,τι θα αναμενόταν — με χαμηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, αφότου ληφθούν υπόψη οι μεσολαβητές. Πιθανότατα, η εισβολή/επαναβίωση εκφράζει συναισθηματική επεξεργασία του τραύματος που αποτρέπει τη συναισθηματική μούδιασμα της κατάθλιψης — εύρημα που ευθυγραμμίζεται με θεωρίες μετατραυματικής ανάπτυξης. Αντίθετα, η STSS Αποφυγή ($B=0.347, p<.001, \beta=0.535$) αποδεικνύεται ο ισχυρότερος θετικός προβλεπτικός παράγοντας σοβαρής κατάθλιψης: η τάση να αποστασιοποιείται κανείς συναισθηματικά, να αποφεύγει σκέψεις και καταστάσεις που σχετίζονται με τις δυσκολίες του παιδιού, μεταφράζεται άμεσα σε υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία — εύρημα που είναι θεωρητικά συνεπές με τη βιβλιογραφία για τον ρόλο της αποφυγής στη διατήρηση της κατάθλιψης. Η STSS Διέγερση ($B=0.382, p=.013$) επιδρά επίσης σημαντικά και θετικά. Τα συνολικά αποτελέσματα επιβεβαιώνουν πλήρως αυτή την εικόνα: STSS Εισβολή ($B=-0.312, p=.028$), STSS Αποφυγή ($B=0.382, p<.001$), STSS Διέγερση ($B=0.335, p=.031$). Το συνολικό εύρημα τεκμηριώνει ότι ο τύπος δευτερογενούς τραυματισμού — και όχι απλώς η συνολική του έκταση — είναι κρίσιμος: η αποφυγή και η διέγερση αυξάνουν τον κίνδυνο σοβαρής κατάθλιψης, ενώ η εισβολή/επαναβίωση ενδέχεται να λειτουργεί αντιστατικά.

Πίνακας 8.30: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και σοβαρής κατάθλιψης (GHQ-28)

Τύπος	Μονοπάτι	B	SE	CI 95%	β	z	p
Έμμεσο	STSS Εισβολή → AAQ-II → Depression	-0.042	0.035	[-0.111, 0.026]	-0.054	-1.214	.225
Έμμεσο	STSS Εισβολή → B-IPQ → Depression	0.034	0.038	[-0.040, 0.108]	0.043	0.896	.370
Έμμεσο	STSS Αποφυγή → ASS → Depression	0.024	0.023	[-0.021, 0.068]	0.037	1.045	.296
Έμμεσο	STSS Διέγερση → ASS → Depression	0.037	0.035	[-0.031, 0.105]	0.045	1.060	.289
Άμεσο	STSS Εισβολή → Depression	-0.312	0.142	[-0.590, -0.035]	-0.395	-2.206	.027*
Άμεσο	STSS Αποφυγή → Depression	0.347	0.102	[0.148, 0.546]	0.535	3.420	<.001**
Άμεσο	STSS Διέγερση → Depression	0.382	0.154	[0.080, 0.684]	0.467	2.477	.013*
Άμεσο	Τύπος → Depression	-0.571	0.604	[-1.754, 0.612]	-0.075	-0.945	.345
Συνολικό	STSS Εισβολή → Depression	-0.312	0.143	[-0.592, -0.033]	-0.396	-2.192	.028*
Συνολικό	STSS Αποφυγή → Depression	0.382	0.104	[0.178, 0.585]	0.588	3.672	<.001**

Συνολικό	STSS Διέγερση → Depression	0.335	0.155	[0.031, 0.640]	0.410	2.157	.031*
----------	----------------------------	-------	-------	----------------	-------	-------	-------

Μοντέλο 5: Εξαρτημένη Μεταβλητή – GHQ-28 Συνολικό Σκορ Ψυχικής Υγείας

Το πέμπτο μοντέλο αφορά στη συνθετική εικόνα της ψυχικής υγείας (GHQ-28 Total) και αποτελεί το μοντέλο με τα περισσότερα θεωρητικά αξιόλογα ευρήματα σε επίπεδο b-paths. Συγκεκριμένα, δύο μεσολαβητές σχετίζονται σημαντικά και θετικά με τη συνολική ψυχολογική δυσφορία: ο B-IPQ ($B=0.148, z=1.988, p=.047$) και ο ASS ($B=0.168, z=2.485, p=.013$). Αυτά τα b-paths σημαίνουν ότι, ανεξαρτήτως από τα επίπεδα δευτερογενούς τραυματισμού, η απειλητική αντίληψη της αναπηρίας και το εσωτερικευμένο στίγμα επιβαρύνουν άμεσα και σημαντικά τη συνολική ψυχική υγεία των πατέρων. Τα ευρήματα αυτά έχουν άμεσες κλινικές προεκτάσεις: οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αναδόμηση της γνωστικής αξιολόγησης της αναπηρίας (B-IPQ) και στη μείωση του εσωτερικευμένου στίγματος (ASS) είναι πιθανό να βελτιώσουν τη συνολική ψυχική υγεία ανεξάρτητα από την αντιμετώπιση του τραύματος. Ωστόσο, παρόλο που τα b-paths για B-IPQ και ASS είναι σημαντικά, κανένα από τα 16 έμμεσα αποτελέσματα δεν αναδεικνύεται σημαντικό, καθώς τα αντίστοιχα a-paths (από STSS προς τους μεσολαβητές) δεν είναι γενικά σημαντικά — με εξαίρεση το a-path STSS Εισβολή → B-IPQ ($p=.011$). Η υψηλότερη εκτίμηση έμμεσου αποτελέσματος εντοπίζεται στο STSS Εισβολή → B-IPQ → GHQ Total ($B=0.165, p=.118, CI: [-0.042, 0.371]$): αν και μη σημαντικό, το ανώτερο όριο του διαστήματος εμπιστοσύνης υποδηλώνει ότι το αποτέλεσμα αυτό αξίζει επανεξέταση σε μεγαλύτερο δείγμα. Τα άμεσα αποτελέσματα εμφανίζουν ισχυρές και σημαντικές επιδράσεις: STSS Αποφυγή ($B=0.630, p=.008$) και STSS Διέγερση ($B=1.226, p<.001$) σχετίζονται άμεσα με σημαντικά υψηλότερη συνολική ψυχολογική δυσφορία — το τελευταίο με ιδιαίτερα μεγάλο μέγεθος επίδρασης ($\beta=0.516$). Τα συνολικά αποτελέσματα επιβεβαιώνουν: STSS Αποφυγή ($B=0.786, p=.001, \beta=0.417$) και STSS Διέγερση ($B=1.213, p<.001, \beta=0.510$) αναδεικνύονται ως οι κυρίαρχοι προβλεπτικοί παράγοντες συνολικής ψυχολογικής δυσφορίας. Η STSS Εισβολή και ο τύπος αναπηρίας δεν εμφανίζουν σημαντικά συνολικά αποτελέσματα ($p=.389$ και $p=.600$ αντίστοιχα).

Πίνακας 8.31: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και συνολικής ψυχολογικής δυσφορίας (GHQ-28 συνολικό σκορ)

Τύπος	Μονοπάτι	B	SE	CI 95%	β	z	p
-------	----------	---	----	--------	---------	---	---

Έμμεσο	STSS Εισβολή → B-IPQ → GHQ Total	0.165	0.105	[-0.042, 0.371]	0.072	1.565	.118
Έμμεσο	STSS Εισβολή → ASS → GHQ Total	0.085	0.092	[-0.094, 0.265]	0.037	0.930	.352
Έμμεσο	STSS Αποφυγή → ASS → GHQ Total	0.103	0.075	[-0.043, 0.249]	0.055	1.383	.167
Έμμεσο	STSS Διέγερση → ASS → GHQ Total	0.160	0.113	[-0.061, 0.381]	0.067	1.419	.156
Άμεσο	STSS Εισβολή → GHQ Total	-0.454	0.331	[-1.103, 0.196]	-0.198	-1.370	.171
Άμεσο	STSS Αποφυγή → GHQ Total	0.630	0.237	[0.165, 1.095]	0.334	2.653	.008**
Άμεσο	STSS Διέγερση → GHQ Total	1.226	0.361	[0.519, 1.933]	0.516	3.399	<.001**
Συνολικό	STSS Αποφυγή → GHQ Total	0.786	0.247	[0.303, 1.269]	0.417	3.190	.001**
Συνολικό	STSS Διέγερση → GHQ Total	1.213	0.369	[0.491, 1.935]	0.510	3.292	<.001**

Μοντέλο 6: Εξαρτημένη Μεταβλητή – PSOC Γονεϊκή Επάρκεια/Αποτελεσματικότητα

Το έκτο μοντέλο μεταβαίνει από τη μελέτη της ψυχικής υγείας στη διερεύνηση της επίδρασης της δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης στη γονεϊκή επάρκεια (PSOC Efficacy). Κανένα b-path δεν είναι σημαντικό, ενώ κανένα από τα 16 έμμεσα αποτελέσματα δεν αποκαλύπτεται σημαντικό. Αυτό σημαίνει ότι οι τέσσερις μεσολαβητές (AAQ-II, Βοήθεια, B-IPQ, ASS) δεν διαμεσολαβούν σημαντικά τη σχέση μεταξύ δευτερογενούς τραυματισμού και γονεϊκής επάρκειας. Αντίθετα, τα άμεσα αποτελέσματα αποκαλύπτουν μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα και θεωρητικά σημαντική διττή εικόνα. Η STSS Εισβολή επιδρά θετικά και σημαντικά στη γονεϊκή επάρκεια ($B=0.407$, $p=.007$, $\beta=0.570$): πατέρες που βιώνουν περισσότερες εισβλητικές αναμνήσεις για τις δυσκολίες του παιδιού τείνουν να αναφέρουν υψηλότερη αίσθηση γονεϊκής αποτελεσματικότητας. Αν και αντίθετο από ό,τι θα αναμενόταν, αυτό μπορεί να ερμηνευτεί υπό το πρίσμα της θεωρίας μετατραυματικής ανάπτυξης: η επαναβίωση του πόνου του παιδιού ενδέχεται να κινητοποιεί τον γονέα να επιδοθεί με εντονότερη αφοσίωση και αποτελεσματικότητα στον γονεϊκό ρόλο, λειτουργώντας ως παρακίνηση και όχι ως ανασταλτικός παράγοντας. Αντιθέτως, η STSS Αποφυγή ($B=-0.274$, $p=.012$, $\beta=-0.467$) και η STSS Διέγερση ($B=-0.487$, $p=.003$, $\beta=-0.659$) επιδρούν αρνητικά και σημαντικά, αναδεικνύοντας ότι η συναισθηματική αποστασιοποίηση και η υπερεγρήγορη αποδυναμώνουν σημαντικά την αίσθηση γονεϊκής ικανότητας. Η φυγή από τις σκέψεις για το παιδί εμποδίζει ίσως τη γνωστική επεξεργασία των γονεϊκών εμπειριών και κατ' επέκταση την ανάπτυξη αίσθησης επάρκειας. Τα συνολικά αποτελέσματα επιβεβαιώνουν αυτή την τριμερή εικόνα: STSS Εισβολή ($B=0.464$, $p=.002$,

$\beta=0.651$), STSS Αποφυγή ($B=-0.245$, $p=.024$, $\beta=-0.418$), STSS Διέγερση ($B=-0.395$, $p=.015$, $\beta=-0.534$). Ο τύπος αναπηρίας δεν αναδεικνύεται σημαντικός ($p=.510$).

Πίνακας 8.32: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και γονεϊκής επάρκειας/αποτελεσματικότητας (PSOC-SF)

Τύπος	Μονοπάτι	B	SE	CI 95%	β	z	p
Άμεσο	STSS Εισβολή → PSOC Efficacy	0.407	0.151	[0.110, 0.703]	0.570	2.686	.007**
Άμεσο	STSS Αποφυγή → PSOC Efficacy	-0.274	0.109	[-0.487, -0.061]	-0.467	-2.523	.012*
Άμεσο	STSS Διέγερση → PSOC Efficacy	-0.487	0.165	[-0.810, -0.164]	-0.659	-2.953	.003**
Συνολικό	STSS Εισβολή → PSOC Efficacy	0.464	0.149	[0.172, 0.756]	0.651	3.112	.002**
Συνολικό	STSS Αποφυγή → PSOC Efficacy	-0.245	0.109	[-0.458, -0.032]	-0.418	-2.252	.024*
Συνολικό	STSS Διέγερση → PSOC Efficacy	-0.395	0.163	[-0.713, -0.076]	-0.534	-2.427	.015*
Συνολικό	Τύπος → PSOC Efficacy	0.426	0.646	[-0.841, 1.693]	0.062	0.659	.510

Μοντέλο 7: Εξαρτημένη Μεταβλητή – PSOC Ικανοποίηση από τον Γονεϊκό Ρόλο

Το έβδομο μοντέλο εξετάζει τη διαμεσολάβηση ως προς την ικανοποίηση από τον γονεϊκό ρόλο (PSOC Satisfaction) — δηλαδή το συναισθηματικό αίσθημα χαράς και νοήματος που αντλεί ο πατέρας από τον γονεϊκό ρόλο. Όπως και στο Μοντέλο 6, κανένα b - $path$ δεν είναι σημαντικό, αν και η Βοήθεια ($B=0.172$, $p=.053$) αγγίζει οριακά τη σημαντικότητα, υποδηλώνοντας ότι η κοινωνική στήριξη τείνει να ενισχύει τη συναισθηματική ικανοποίηση από τον γονεϊκό ρόλο. Κανένα έμμεσο αποτέλεσμα δεν αναδεικνύεται σημαντικό. Τα άμεσα αποτελέσματα είναι εξαιρετικά σημαντικά και μάλιστα ισχυρότερα σε σχέση με το Μοντέλο 6, αναδεικνύοντας ότι ο δευτερογενής τραυματισμός επηρεάζει εντονότερα τη συναισθηματική ικανοποίηση παρά την αίσθηση ικανότητας. Η STSS Εισβολή εμφανίζει ισχυρό θετικό άμεσο αποτέλεσμα ($B=0.598$, $p<.001$, $\beta=0.765$): πατέρες με υψηλά επίπεδα επαναβίωσης τείνουν να αντλούν περισσότερη ικανοποίηση από τον γονεϊκό ρόλο. Η κατεύθυνση αυτή ενισχύει την ερμηνεία που προτάθηκε στο Μοντέλο 6: η βαθιά συναισθηματική εμπλοκή με τις εμπειρίες του παιδιού — έστω και επώδυνη — συνδέεται με εντονότερη γονεϊκή παρουσία και συνεπώς με μεγαλύτερη ικανοποίηση από αυτή την παρουσία. Αντίθετα, η STSS Αποφυγή ($B=-0.414$, $p<.001$, $\beta=-0.644$) αποδεικνύεται ο ισχυρότερος αρνητικός παράγοντας: η συναισθηματική αποστασιοποίηση αποτρέπει την εμπειρία της γονεϊκής ικανοποίησης, ενδεχομένως γιατί κόβει τη

συναισθηματική σύνδεση που τροφοδοτεί το νόημα του γονεϊκού ρόλου. Η STSS Διέγερση επιδρά επίσης αρνητικά και σημαντικά ($B=-0.366$, $p=.032$, $\beta=-0.452$). Τα συνολικά αποτελέσματα επιβεβαιώνουν: STSS Εισβολή ($B=0.580$, $p<.001$), STSS Αποφυγή ($B=-0.437$, $p<.001$), ενώ η STSS Διέγερση αγγίζει οριακά τη σημαντικότητα ($B=-0.329$, $p=.052$). Ο τύπος αναπηρίας παραμένει μη σημαντικός ($p=.976$).

Πίνακας 8.33: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και γονεϊκής ικανοποίησης (PSOC-SF)

Τύπος	Μονοπάτι	B	SE	CI 95%	β	z	p
Άμεσο	STSS Εισβολή → PSOC Satisfaction	0.598	0.157	[0.290, 0.906]	0.765	3.803	<.001**
Άμεσο	STSS Αποφυγή → PSOC Satisfaction	-0.414	0.113	[-0.635, -0.193]	-0.644	-3.673	<.001**
Άμεσο	STSS Διέγερση → PSOC Satisfaction	-0.366	0.171	[-0.702, -0.031]	-0.452	-2.139	.032*
Άμεσο	Τύπος → PSOC Satisfaction	0.123	0.671	[-1.191, 1.438]	0.016	0.184	.854
Συνολικό	STSS Εισβολή → PSOC Satisfaction	0.580	0.156	[0.275, 0.885]	0.741	3.730	<.001**
Συνολικό	STSS Αποφυγή → PSOC Satisfaction	-0.437	0.113	[-0.659, -0.215]	-0.679	-3.852	<.001**
Συνολικό	STSS Διέγερση → PSOC Satisfaction	-0.329	0.170	[-0.662, 0.003]	-0.407	-1.942	.052

Μοντέλο 8: Εξαρτημένη Μεταβλητή – PSOC Συνολικό Σκορ Γονεϊκής Επάρκειας και Ικανοποίησης

Το όγδοο και τελευταίο μοντέλο εξετάζει τη διαμεσολάβηση ως προς το συνολικό σκορ γονεϊκής επάρκειας και ικανοποίησης (PSOC Total), παρέχοντας τη συνθετική εικόνα του γονεϊκού ρόλου. Κανένα b-path δεν αναδεικνύεται σημαντικό, αν και η Βοήθεια ($B=0.264$, $p=.090$) αγγίζει οριακά τη σημαντικότητα — σύμφωνα με το εύρημα του Μοντέλου 7, η κοινωνική στήριξη τείνει να ενισχύει θετικά τη συνολική γονεϊκή αίσθηση επάρκειας και ικανοποίησης. Κανένα έμμεσο αποτέλεσμα δεν αναδεικνύεται σημαντικό. Η υψηλότερη εκτίμηση εντοπίζεται στο μονοπάτι Τύπος Αναπηρίας → ASS → PSOC Total ($B=0.302$, $p=.310$, CI: [-0.281, 0.884]): αν και δεν φτάνει τη σημαντικότητα, είναι αξιοσημείωτο, καθώς υποδηλώνει ότι ο τύπος αναπηρίας (ιδίως η αισθητηριακή αναπηρία που συνδέεται με υψηλότερο στίγμα) ενδέχεται να επηρεάζει τον γονεϊκό ρόλο έμμεσα μέσω του εσωτερικευμένου στίγματος — μια θεωρητικά ελκυστική υπόθεση που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Τα άμεσα αποτελέσματα αποκαλύπτουν ισχυρές, σημαντικές

επιδράσεις που επιβεβαιώνουν και συνθέτουν την εικόνα των Μοντέλων 6 και 7: η STSS Εισβολή επιδρά θετικά και ισχυρά ($B=1.005$, $p<.001$, $\beta=0.738$), η STSS Αποφυγή αρνητικά και ισχυρά ($B=-0.688$, $p<.001$, $\beta=-0.615$) και η STSS Διέγερση αρνητικά και σημαντικά ($B=-0.853$, $p=.004$, $\beta=-0.606$). Αξίζει να σημειωθεί ότι στο Μοντέλο 8 η STSS Διέγερση εμφανίζει ισχυρότερο αρνητικό μέγεθος επίδρασης ($\beta=-0.606$) σε σχέση με τα Μοντέλα 6 ($\beta=-0.659$) και 7 ($\beta=-0.452$), αναδεικνύοντας ότι η υπερεγρήγορη επηρεάζει αρνητικά τόσο την επάρκεια όσο και την ικανοποίηση στον ίδιο βαθμό. Τα συνολικά αποτελέσματα επιβεβαιώνουν πλήρως: STSS Εισβολή ($B=1.044$, $p<.001$, $\beta=0.767$), STSS Αποφυγή ($B=-0.682$, $p<.001$, $\beta=-0.610$), STSS Διέγερση ($B=-0.724$, $p=.014$, $\beta=-0.514$). Ο τύπος αναπηρίας δεν αναδεικνύεται σημαντικός ($p=.702$). Το συνολικό εύρημα των Μοντέλων 6–8 είναι θεωρητικά σημαντικό: η εισβολή/επαναβίωση, που σε επίπεδο ψυχικής υγείας τείνει να επιβαρύνει, στον γονεϊκό ρόλο λειτουργεί αντίθετα — ως κινητοποιητική δύναμη που ενισχύει τόσο την αίσθηση ικανότητας όσο και την ικανοποίηση.

Πίνακας 8.34: Μοντέλο διαμεσολάβησης της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης (STSS) και συνολικού γονεϊκού ρόλου (PSOC-SF συνολικό σκορ)

Τύπος	Μονοπάτι	B	SE	CI 95%	β	z	p
Άμεσο	STSS Εισβολή → PSOC Total	1.005	0.275	[0.466, 1.543]	0.738	3.657	<.001**
Άμεσο	STSS Αποφυγή → PSOC Total	-0.688	0.197	[-1.074, -0.302]	-0.615	-3.493	<.001**
Άμεσο	STSS Διέγερση → PSOC Total	-0.853	0.299	[-1.439, -0.267]	-0.606	-2.851	.004**
Άμεσο	Τύπος → PSOC Total	0.291	1.172	[-2.005, 2.588]	0.022	0.249	.804
Συνολικό	STSS Εισβολή → PSOC Total	1.044	0.269	[0.517, 1.572]	0.767	3.880	<.001**
Συνολικό	STSS Αποφυγή → PSOC Total	-0.682	0.196	[-1.067, -0.297]	-0.610	-3.473	<.001**
Συνολικό	STSS Διέγερση → PSOC Total	-0.724	0.293	[-1.299, -0.149]	-0.514	-2.467	.014*

Συνοπτική Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων Διαμεσολάβησης

Συνολικά, κανένας από τους τέσσερις μεσολαβητές δεν αποδεικνύεται στατιστικά σημαντικός σε κανένα μοντέλο. Ωστόσο, σε ορισμένα μοντέλα ο B-IPQ και ο ASS εμφανίζουν σημαντικά b-paths (Μοντέλα 2 και 5), υποδηλώνοντας άμεση σχέση με ψυχική υγεία ανεξαρτήτως STSS. Οι άμεσες επιδράσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές: η Σοβαρή Κατάθλιψη προβλέπεται άμεσα από όλες τις διαστάσεις STSS: το Άγχος/Αϋπνία και το

Συνολικό GHQ-28 από Αποφυγή και Διέγερση· και οι διαστάσεις PSOC από και τις τρεις διαστάσεις STSS, με ιδιαίτερο το ενδιαφέρον το θετικό εύρημα για τον ρόλο της Εισβολής/Επαναβίωσης. Ο τύπος αναπηρίας δεν αποδεικνύεται σημαντικός άμεσος προβλεπτικός παράγοντας σε κανένα μοντέλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1. Ερμηνεία ευρημάτων

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία βιώνουν ένα σύνθετο ψυχολογικό φορτίο, το οποίο δεν εκδηλώνεται πάντοτε εμφανώς, αλλά φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την καθημερινή ψυχική λειτουργικότητα και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον γονεϊκό τους ρόλο. Παρότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σχετικά αυξημένη αίσθηση γονεϊκής επάρκειας και ικανοποίησης, ταυτόχρονα καταγράφηκαν μέτρια επίπεδα δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχολογικής δυσφορίας, γεγονός που υποδηλώνει ότι αρκετοί πατέρες εξακολουθούν να ανταποκρίνονται λειτουργικά στις γονεϊκές απαιτήσεις, ακόμη και όταν βιώνουν σημαντική εσωτερική ψυχολογική πίεση.

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, δεν προέκυψαν ιδιαίτερα ευρήματα που να υποδηλώνουν ισχυρή διαφοροποίηση της συνολικής εικόνας της έρευνας. Τα δημογραφικά στοιχεία φαίνεται να είχαν κυρίως περιγραφική και ερμηνευτική αξία, συμβάλλοντας περισσότερο στην κατανόηση του προφίλ των συμμετεχόντων παρά στην εξήγηση διαφορών μεταξύ των πατέρων. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκε στις ηλικιακές ομάδες 40–49 ετών (37%), 50–59 ετών (26%) και 60+ ετών (23%), γεγονός που δείχνει ότι το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από πατέρες μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας, με πιθανώς μακροχρόνια εμπειρία φροντίδας παιδιού με αναπηρία., γεγονός που ενδέχεται να συνδέεται με μεγαλύτερη εμπειρία διαχείρισης της αναπηρίας αλλά και με χρόνια συσσώρευση ψυχολογικής επιβάρυνσης λόγω της παρατεταμένης φροντίδας.

Παράλληλα, τα παιδιά των συμμετεχόντων βρίσκονταν κυρίως στην ηλικιακή ομάδα 6–11 ετών (42%), ενώ σημαντικό ποσοστό αφορούσε και εφήβους ή ενήλικα παιδιά, στοιχείο που υποδηλώνει ότι η πατρική εμπειρία αποτυπώνεται σε διαφορετικά στάδια ανάπτυξης και όχι αποκλειστικά στην αρχική περίοδο μετά τη διάγνωση. Επιπλέον, καταγράφηκε υπεροχή αγοριών (66%) έναντι κοριτσιών (34%), εύρημα που φαίνεται να συνδέεται με τη μεγαλύτερη παρουσία παιδιών με ΔΑΦ στο δείγμα. Η ψυχολογική επιβάρυνση των πατέρων λοιπόν δεν φαίνεται να αποτελεί αποκλειστικά αντίδραση στη διάγνωση, αλλά να διατηρείται και να αναδιαμορφώνεται μέσα στον χρόνο, καθώς η

φροντίδα συνεχίζεται σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια του παιδιού. Συνολικά, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φαίνεται να λειτουργούν περισσότερο ως πλαίσιο κατανόησης του δείγματος παρά ως παράγοντες που διαφοροποιούν ουσιαστικά την εικόνα της έρευνας.

Η διερεύνηση της δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης που ήταν και το πρώτο ερευνητικό ερώτημα έδειξε ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία βιώνουν μια αξιοσημείωτη ψυχική επιβάρυνση, η οποία φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται τις δυσκολίες που συνδέονται με τη φροντίδα και την καθημερινότητα του παιδιού τους. Το συνολικό σκορ της κλίμακας STSS διαμορφώθηκε σε σχετικά υψηλά επίπεδα ($M=44,06$, $TA=13,62$), στοιχείο που δείχνει ότι η εμπειρία της αναπηρίας δεν αποτελεί μόνο μια πρακτική ή οργανωτική πρόκληση, αλλά συνοδεύεται και από σημαντική συναισθηματική και ψυχική επιβάρυνση. Με βάση την εικόνα των αποτελεσμάτων, αρκετοί πατέρες φαίνεται να επηρεάζονται ουσιαστικά από τις δυσκολίες του παιδιού τους, βιώνοντας ένταση, ανησυχία και αυξημένο ψυχικό φορτίο που επεκτείνεται πέρα από τη στιγμή του άμεσου γεγονότος και ενσωματώνεται στην καθημερινότητά τους.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η «Αποφυγή» αποτέλεσε τη διάσταση με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση ($M=16,70$, $TA=5,47$), γεγονός που δείχνει ότι αρκετοί πατέρες φαίνεται να προσπαθούν να διαχειριστούν τη συναισθηματική πίεση μέσα από μια μορφή εσωτερικής αποστασιοποίησης. Η εικόνα αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι το 21,0% δήλωσε ότι βιώνει συχνά ή πολύ συχνά συναισθηματικό «μούδιασμα», ενώ ένα επιπλέον 42,0% ανέφερε ότι το βιώνει μερικές φορές. Παράλληλα, το 25,0% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι αισθάνεται συχνά ή πολύ συχνά συναισθηματική εξάντληση, ενώ το 39,0% τη βιώνει μερικές φορές. Επιπλέον, σχεδόν ένας στους πέντε πατέρες (19,0%) ανέφερε ότι νιώθει συχνά ή πολύ συχνά απογοήτευση για το μέλλον. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι η ψυχική επιβάρυνση συχνά οδηγεί σε μια προσπάθεια περιορισμού της συναισθηματικής έντασης, πιθανόν ως τρόπου προστασίας από τη συνεχή πίεση που συνοδεύει τον γονεϊκό ρόλο. Η αποφυγή, επομένως, δεν φαίνεται να υποδηλώνει μειωμένη πατρική εμπλοκή ή αδιαφορία για το παιδί, αλλά μάλλον μια προσπάθεια διατήρησης ψυχικής ισορροπίας μέσα σε συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων. Ωστόσο, όταν η συναισθηματική αποστασιοποίηση γίνεται πιο σταθερή, είναι πιθανό να δυσκολεύει τη

διαχείριση και επεξεργασία δύσκολων εμπειριών, αυξάνοντας τελικά την επιβάρυνση αντί να τη μειώνει.

Παράλληλα, η διάσταση της «Εισβολής/Επαναβίωσης» εμφάνισε επίσης αυξημένες τιμές ($M=14,55$, $TA=4,50$), δείχνοντας ότι οι δυσκολίες του παιδιού παραμένουν έντονα παρούσες στη σκέψη και στη συναισθηματική εμπειρία αρκετών πατέρων. Ενδεικτικό είναι ότι το 43,0% ανέφερε πως βιώνει συχνά ή πολύ συχνά έντονο καρδιοχτύπι όταν σκέφτεται τις δυσκολίες του παιδιού του, στοιχείο που δείχνει ότι η επιβάρυνση εκφράζεται όχι μόνο ψυχικά αλλά και σωματικά. Επιπλέον, περισσότεροι από τους μισούς πατέρες (50,5%) δήλωσαν ότι βιώνουν μερικές φορές την αίσθηση ότι «ξαναζούν» τον πόνο ή τις δυσκολίες του παιδιού τους, ενώ το 29,9% περίπου ανέφερε ότι το βιώνει συχνά ή πολύ συχνά. Το 32,0% δήλωσε ότι νιώθει συχνά ή πολύ συχνά παγιδευμένο λόγω των ευθυνών που απορρέουν από τη φροντίδα του παιδιού. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι η αναπηρία του παιδιού δεν βιώνεται από αρκετούς πατέρες ως ένα εξωτερικό γεγονός, αλλά ως εμπειρία με έντονο προσωπικό και συναισθηματικό αποτύπωμα, η οποία φαίνεται να επηρεάζει βαθιά τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν τον γονεϊκό τους ρόλο και την καθημερινότητά τους.

Αντίστοιχα, η διάσταση της «Διέγερσης» ($M=12,81$, $TA=4,34$) αναδεικνύει ότι η μετατραυματική επιβάρυνση δεν περιορίζεται μόνο σε συναισθηματικό επίπεδο, αλλά επηρεάζει και την καθημερινή λειτουργία των πατέρων. Οι δυσκολίες στον ύπνο, η αίσθηση διαρκούς έντασης και η ανάγκη συνεχούς ετοιμότητας φαίνεται να αποτελούν σημαντικές όψεις της εμπειρίας τους. Συγκεκριμένα, το 23,0% δήλωσε ότι βιώνει συχνά ή πολύ συχνά δυσκολίες ύπνου, ενώ το 33,0% τις βιώνει μερικές φορές. Το 24,0% ανέφερε ότι αισθάνεται συχνά ή πολύ συχνά σε διαρκή ένταση ή εγρήγορση, ενώ περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (58,0%) δήλωσαν ότι βιώνουν τουλάχιστον μερικές φορές την αίσθηση ότι ο πόνος του παιδιού τους γίνεται προσωπική εμπειρία. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι αρκετοί πατέρες βρίσκονται σε μια κατάσταση συνεχούς ψυχικής κινητοποίησης, σαν να χρειάζεται να παραμένουν διαρκώς διαθέσιμοι και έτοιμοι να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις που σχετίζονται με το παιδί τους.

Τα ευρήματα του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος επισημαίνουν ότι η δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση αποτελεί ουσιαστικό μέρος της εμπειρίας αρκετών πατέρων παιδιών με αναπηρία. Η υψηλότερη παρουσία της αποφυγής, σε συνδυασμό με τα αυξημένα επίπεδα επαναβίωσης και διέγερσης, υποδηλώνει ότι οι πατέρες καλούνται να διαχειριστούν ένα σύνθετο ψυχικό φορτίο που περιλαμβάνει τόσο

συναισθηματική αποστασιοποίηση όσο και έντονη συναισθηματική εμπλοκή. Η εικόνα αυτή δεν δείχνει απλώς δυσκολία προσαρμογής, αλλά αναδεικνύει τη συνεχή ψυχική προσπάθεια που καταβάλλουν πολλοί πατέρες ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας, διατηρώντας παράλληλα τον γονεϊκό τους ρόλο και την παρουσία τους στη ζωή του παιδιού.

Η διερεύνηση των διαφοροποιήσεων μεταξύ πατέρων παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) και πατέρων παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες αποτέλεσε το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα και δείχνει μια πιο σύνθετη εικόνα από αυτή που ίσως θα αναμενόταν αρχικά. Παρότι ο τύπος αναπηρίας δεν φαίνεται να διαφοροποιεί με τον ίδιο τρόπο όλες τις εξεταζόμενες διαστάσεις, εντοπίζονται ορισμένες σημαντικές διαφοροποιήσεις που αφορούν κυρίως τη δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση, ενώ η ψυχική υγεία και ο γονεϊκός ρόλος παρουσιάζουν μεγαλύτερη σταθερότητα μεταξύ των ομάδων.

Αναφορικά με την ψυχική υγεία, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι πατέρες, ανεξάρτητα από το εάν το παιδί τους έχει ΔΑΦ ή αισθητηριακή αναπηρία, φαίνεται να βιώνουν παρόμοιο επίπεδο ψυχολογικής επιβάρυνσης. Παρότι οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες εμφάνισαν ελαφρώς υψηλότερες μέσες τιμές σε όλες τις διαστάσεις του GHQ-28, οι διαφορές αυτές δεν αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές. Για παράδειγμα, στο συνολικό σκορ ψυχικής υγείας οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ εμφάνισαν μέση τιμή $M=24,54$ ($TA=10,82$), ενώ οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακή αναπηρία $M=27,25$ ($TA=9,05$), χωρίς η διαφορά να είναι σημαντική ($t=-1,226$, $p=.223$). Αντίστοιχα, στην υποκλίμακα άγχους και αϋπνίας, παρότι οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες εμφάνισαν υψηλότερη μέση τιμή ($M=7,88$ έναντι $M=6,13$), η διαφορά παρέμεινε μη στατιστικά σημαντική ($t=-1,816$, $p=.072$). Η εικόνα αυτή δείχνει ότι, ανεξάρτητα από τον τύπο αναπηρίας, οι πατέρες φαίνεται να έρχονται αντιμέτωποι με παρόμοιες συναισθηματικές απαιτήσεις, ανησυχίες και ψυχικό φορτίο που σχετίζεται με τη φροντίδα και τη στήριξη του παιδιού τους. Με άλλα λόγια, η ψυχική επιβάρυνση φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με τη συνολική εμπειρία της γονεϊκότητας σε συνθήκες αναπηρίας παρά αποκλειστικά με το είδος της αναπηρίας.

Διαφορετική εικόνα προκύπτει ως προς τη δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση, όπου εντοπίστηκαν ουσιαστικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες εμφάνισαν υψηλότερα

επίπεδα συνολικής μετατραυματικής επιβάρυνσης ($M=48,75$, $TA=11,52$) σε σύγκριση με τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ ($M=41,85$, $TA=14,04$), με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ($t=-2,420$, $p=.017$). Αντίστοιχα, σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν στη διάσταση της Εισβολής/Επαναβίωσης, όπου οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακή αναπηρία εμφάνισαν υψηλότερες τιμές ($M=16,38$, $TA=3,71$) σε σχέση με τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ ($M=13,69$, $TA=4,60$), με τη διαφορά να είναι ιδιαίτερα έντονη ($t=-2,886$, $p=.005$). Παρόμοια εικόνα καταγράφηκε και στη Διέγερση, όπου οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα ($M=14,31$, $TA=3,60$) συγκριτικά με την ομάδα ΔΑΦ ($M=12,10$, $TA=4,50$), με στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=-2,431$, $p=.017$). Αντίθετα, στην «Αποφυγή», παρότι οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες εμφάνισαν υψηλότερες τιμές ($M=18,06$ έναντι $M=16,06$), η διαφορά δεν έφτασε στατιστική σημαντικότητα ($t=-1,725$, $p=.088$). Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες φαίνεται να βιώνουν εντονότερα στοιχεία επαναβίωσης, συναισθηματικής επιβάρυνσης και διαρκούς έντασης, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι εμπειρίες που σχετίζονται με την αναπηρία του παιδιού ενδέχεται να αποκτούν μεγαλύτερο ψυχικό αποτύπωμα στην καθημερινότητά τους.

Ωστόσο, παρά τις διαφοροποιήσεις που καταγράφηκαν στη μετατραυματική επιβάρυνση, ο γονεϊκός ρόλος φαίνεται να διατηρείται σχετικά σταθερός μεταξύ των δύο ομάδων. Τόσο η αίσθηση γονεϊκής επάρκειας όσο και η ικανοποίηση από τον γονεϊκό ρόλο παρέμειναν σε παρόμοια επίπεδα, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Ειδικότερα, στη γονεϊκή επάρκεια η διάμεσος ήταν ίδια και στις δύο ομάδες (ΔΑΦ=20,0, αισθητηριακή αναπηρία=20,0, $U=1070,0$, $p=.892$), ενώ αντίστοιχα παρόμοια εικόνα καταγράφηκε και στη γονεϊκή ικανοποίηση (ΔΑΦ=21,0, αισθητηριακή αναπηρία=21,0, $U=990,5$, $p=.466$), καθώς και στο συνολικό σκορ του PSOC-SF (ΔΑΦ=40,5, αισθητηριακή αναπηρία=41,0, $U=1039,0$, $p=.717$). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι, παρά τις διαφορές στο επίπεδο μετατραυματικής επιβάρυνσης, οι πατέρες φαίνεται να διατηρούν παρόμοια αντίληψη για την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στον γονεϊκό τους ρόλο και να αντλούν ικανοποίηση από αυτόν. Είναι πιθανό η καθημερινή ενασχόληση με το παιδί, η προσαρμογή στις απαιτήσεις της φροντίδας και η σταδιακή ανάπτυξη τρόπων διαχείρισης των δυσκολιών να ενισχύουν ένα σταθερό αίσθημα γονεϊκής παρουσίας, ανεξάρτητα από τον τύπο αναπηρίας.

Τα ευρήματα του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος δείχνουν ότι ο τύπος αναπηρίας δεν φαίνεται να διαφοροποιεί ουσιαστικά την ψυχική υγεία ή τον γονεϊκό ρόλο των πατέρων, διαφοροποιεί όμως σε σημαντικό βαθμό τη δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση. Παρότι οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες φαίνεται να βιώνουν εντονότερη συναισθηματική επιβάρυνση, η αίσθηση γονεϊκής επάρκειας και η εμπλοκή στον γονεϊκό ρόλο παραμένουν σχετικά σταθερές. Η εικόνα αυτή δείχνει ότι η ψυχική δυσκολία και η γονεϊκή λειτουργία δεν κινούνται απαραίτητα παράλληλα, καθώς ένας πατέρας μπορεί να βιώνει έντονη εσωτερική επιβάρυνση, διατηρώντας ταυτόχρονα ενεργό και ουσιαστικό τον γονεϊκό του ρόλο.

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας ήταν το τρίτο ερευνητικό ερώτημα και δείχνει ότι οι δύο αυτές διαστάσεις συνδέονται στενά και φαίνεται να επηρεάζονται αμοιβαία. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι όσο αυξάνονται τα επίπεδα δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης, τόσο αυξάνεται και η ψυχολογική δυσφορία των πατέρων, γεγονός που υποδηλώνει ότι η συνεχής έκθεση στις δυσκολίες, στην αγωνία και στις απαιτήσεις που συνοδεύουν την αναπηρία του παιδιού έχει ουσιαστικές συνέπειες στην ψυχική τους κατάσταση. Η σχέση αυτή δεν εμφανίζεται αποσπασματικά ή μόνο σε συγκεκριμένες διαστάσεις, αλλά αποτυπώνεται με συνέπεια σε όλες τις υποκλίμακες της ψυχικής υγείας, δείχνοντας ότι η μετατραυματική επιβάρυνση φαίνεται να αποτελεί σημαντικό στοιχείο της συνολικής ψυχολογικής εμπειρίας των πατέρων.

Η ισχυρότερη εικόνα σύνδεσης εντοπίζεται ανάμεσα στη συνολική δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση και στη συνολική ψυχολογική δυσφορία, καθώς το συνολικό σκορ του STSS συσχετίστηκε πολύ έντονα με το συνολικό σκορ του GHQ-28 ($r=.756$, $p<.001$). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι πατέρες που βιώνουν υψηλότερα επίπεδα επαναβίωσης, αποφυγής και διέγερσης είναι πιθανότερο να αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, αυξημένο άγχος, δυσκολίες ύπνου, χαμηλότερη λειτουργικότητα και εντονότερη ψυχολογική επιβάρυνση συνολικά. Η ένταση της σχέσης αυτής δείχνει ότι η μετατραυματική επιβάρυνση δεν αποτελεί μια παράλληλη εμπειρία δίπλα στην ψυχική υγεία, αλλά συνδέεται ουσιαστικά με τον τρόπο που οι πατέρες βιώνουν την καθημερινότητά τους και ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της φροντίδας του παιδιού.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η ισχυρότερη σύνδεση παρατηρήθηκε με τη διάσταση του «Άγχους» και της «Αϋπνίας». Συγκεκριμένα, η συνολική

μετατραυματική επιβάρυνση εμφάνισε πολύ υψηλή θετική συσχέτιση με το GHQ-28 Άγχος/Αϋπνία ($r=.704, p<.001$), ενώ εξίσου υψηλές συσχετίσεις καταγράφηκαν και για τις επιμέρους διαστάσεις του STSS: η Διέγερση ($r=.694, p<.001$), η Αποφυγή ($r=.680, p<.001$) και η «Εισβολή/Επαναβίωση» ($r=.634, p<.001$). Η εικόνα αυτή δείχνει ότι οι πατέρες που βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική ένταση, δυσκολεύονται να απομακρυνθούν ψυχικά από τις δυσκολίες του παιδιού ή παραμένουν σε κατάσταση συνεχούς εγρήγορσης φαίνεται να αντιμετωπίζουν συχνότερα αυξημένο άγχος, εσωτερική ανησυχία και διαταραχές ύπνου. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς δείχνει ότι η μετατραυματική επιβάρυνση φαίνεται να επηρεάζει πρώτα και πιο έντονα την καθημερινή ψυχική ηρεμία και τη δυνατότητα ξεκούρασης των πατέρων, κάτι που πιθανόν επιβαρύνει συνολικά τη λειτουργικότητά τους.

Ισχυρές θετικές συσχετίσεις καταγράφηκαν και με τα σωματικά συμπτώματα, με τη συνολική μετατραυματική επιβάρυνση να συσχετίζεται σημαντικά με τη συγκεκριμένη διάσταση ($r=.546, p<.001$). Αντίστοιχα, η «Εισβολή/Επαναβίωση» ($r=.505$), η Αποφυγή ($r=.513$) και η Διέγερση ($r=.543$) εμφάνισαν επίσης σημαντικές θετικές σχέσεις ($p<.001$). Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι η ψυχική πίεση φαίνεται να εκφράζεται και σε σωματικό επίπεδο, στοιχείο που υποδηλώνει ότι η παρατεταμένη συναισθηματική επιβάρυνση μπορεί να συνδέεται με μεγαλύτερη σωματική ένταση, κόπωση ή δυσφορία. Η εικόνα αυτή συνδέεται με όσα καταγράφηκαν και στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα, όπου αρκετοί πατέρες ανέφεραν έντονο καρδιοχτύπι, διαρκή ένταση και δυσκολίες ύπνου, δείχνοντας ότι η ψυχική επιβάρυνση συχνά αποκτά και σωματική έκφραση.

Αντίστοιχα, η σχέση με τη σοβαρή κατάθλιψη εμφανίστηκε επίσης σημαντική και θετική, αν και λιγότερο έντονη συγκριτικά με το άγχος και την αϋπνία. Η συνολική μετατραυματική επιβάρυνση συσχετίστηκε σε σημαντικό βαθμό με τη σοβαρή κατάθλιψη ($r=.563, p<.001$), ενώ ιδιαίτερα υψηλή ήταν η σχέση της Αποφυγής με την κατάθλιψη ($r=.600, p<.001$). Το στοιχείο αυτό δείχνει ότι όταν οι πατέρες δυσκολεύονται περισσότερο να έρθουν σε επαφή με δύσκολα συναισθήματα ή καταφεύγουν συχνότερα σε συναισθηματική αποστασιοποίηση, είναι πιθανό να εμφανίζουν εντονότερα καταθλιπτικά στοιχεία, όπως ψυχική κόπωση, απώλεια ενδιαφέροντος ή μειωμένη ψυχική αντοχή. Η σχέση αυτή δείχνει ότι η αποφυγή, παρότι μπορεί να λειτουργεί βραχυπρόθεσμα ως τρόπος προστασίας, ενδέχεται μακροπρόθεσμα να συνδέεται με μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση.

Διαφορετική εικόνα εμφανίστηκε στην **κοινωνική δυσλειτουργία**, όπου οι συσχετίσεις παρέμειναν θετικές αλλά σαφώς ασθενέστερες. Η συνολική μετατραυματική επιβάρυνση συσχετίστηκε με την κοινωνική δυσλειτουργία σε χαμηλότερο βαθμό ($r=.297$, $p<.001$), ενώ παρόμοια χαμηλές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν για την «Εισβολή/Επαναβίωση» ($r=.272$), την Αποφυγή ($r=.279$) και τη Διέγερση ($r=.300$). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι, παρότι οι πατέρες φαίνεται να επιβαρύνονται ψυχικά, αρκετοί εξακολουθούν να διατηρούν σε έναν βαθμό τη λειτουργικότητά τους στην καθημερινότητα. Είναι πιθανό οι απαιτήσεις της φροντίδας, η αίσθηση ευθύνης απέναντι στο παιδί ή η ανάγκη διατήρησης σταθερότητας στην οικογένεια να λειτουργούν ως παράγοντες που διατηρούν ενεργό τον καθημερινό τους ρόλο, ακόμη και όταν η εσωτερική ψυχική επιβάρυνση είναι αυξημένη.

Τα ευρήματα του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος δείχνουν ότι η δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση συνδέεται στενά με την ψυχική υγεία των πατέρων και φαίνεται να αποτελεί σημαντικό στοιχείο της συνολικής ψυχολογικής τους κατάστασης. Όσο εντονότερη είναι η εμπειρία επαναβίωσης, αποφυγής και διέγερσης, τόσο αυξάνονται το άγχος, οι δυσκολίες ύπνου, τα σωματικά συμπτώματα και η συνολική ψυχολογική δυσφορία. Το γεγονός ότι η κοινωνική δυσλειτουργία εμφανίζει ασθενέστερες συσχετίσεις δείχνει ότι αρκετοί πατέρες, παρά την ψυχική τους επιβάρυνση, φαίνεται να συνεχίζουν να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του γονεϊκού και καθημερινού τους ρόλου.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και γονεϊκού ρόλου και δείχνει ότι η ψυχική επιβάρυνση των πατέρων δεν περιορίζεται μόνο στην προσωπική τους ψυχολογική κατάσταση, αλλά φαίνεται να επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους μέσα στον γονεϊκό τους ρόλο. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις της δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και στις διαστάσεις της γονεϊκής επάρκειας και ικανοποίησης, γεγονός που δείχνει ότι όσο αυξάνεται η μετατραυματική επιβάρυνση, τόσο τείνει να μειώνεται η θετική αντίληψη που έχουν οι πατέρες για τη λειτουργικότητά τους και την εμπειρία της γονεϊκότητας.

Η ισχυρότερη σχέση καταγράφηκε ανάμεσα στην «Αποφυγή» και στη γονεϊκή ικανοποίηση, καθώς η συσχέτιση ήταν μέτρια προς ισχυρή και αρνητική ($r=-.433$, $p<.001$). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι πατέρες που φαίνεται να αποστασιοποιούνται περισσότερο

συναισθηματικά από δύσκολες σκέψεις και εμπειρίες που σχετίζονται με το παιδί τους είναι πιθανό να βιώνουν χαμηλότερη συναισθηματική ικανοποίηση από τον γονεϊκό τους ρόλο. Με άλλα λόγια, όταν η καθημερινότητα συνοδεύεται από αυξημένη ψυχική πίεση και προσπάθεια διαχείρισης δύσκολων συναισθημάτων μέσω αποστασιοποίησης, φαίνεται να επηρεάζεται και το θετικό βίωμα της γονεϊκότητας, δηλαδή το αίσθημα χαράς, νοήματος ή προσωπικής πληρότητας που μπορεί να αντλεί ένας πατέρας μέσα από τον ρόλο του. Παρόμοια εικόνα παρατηρήθηκε και στη συνολική βαθμολογία του γονεϊκού ρόλου, όπου η «Αποφυγή» εμφάνισε επίσης αξιοσημείωτη αρνητική σχέση με το συνολικό PSOC-SF ($\rho = -.432, p < .001$), στοιχείο που δείχνει ότι η συναισθηματική αποστασιοποίηση συνδέεται συνολικά με χαμηλότερη θετική εμπειρία του γονεϊκού ρόλου.

Παράλληλα, η «Διέγερση» εμφάνισε επίσης σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις τόσο με τη γονεϊκή επάρκεια ($\rho = -.320, p < .001$) όσο και με τη γονεϊκή ικανοποίηση ($\rho = -.331, p < .001$), ενώ η σχέση με το συνολικό σκορ του γονεϊκού ρόλου ήταν επίσης αρνητική και σημαντική ($\rho = -.368, p < .001$). Η εικόνα αυτή δείχνει ότι οι πατέρες που βιώνουν εντονότερη ψυχική ένταση, διαρκή εγρήγορση, ανησυχία ή δυσκολίες χαλάρωσης φαίνεται να αισθάνονται λιγότερο αποτελεσματικοί στον γονεϊκό τους ρόλο και να βιώνουν μειωμένη ικανοποίηση από αυτόν. Είναι πιθανό η συνεχής ψυχική κινητοποίηση και η δυσκολία αποφόρτισης να περιορίζουν την αίσθηση ελέγχου ή επάρκειας που βιώνει ένας πατέρας απέναντι στις καθημερινές απαιτήσεις της φροντίδας, επηρεάζοντας σταδιακά και τη συναισθηματική του σχέση με τον γονεϊκό ρόλο.

Αντίστοιχα, η «Εισβολή/Επαναβίωση» εμφάνισε ασθενέστερες αλλά στατιστικά σημαντικές αρνητικές σχέσεις με τη γονεϊκή ικανοποίηση ($\rho = -.203, p = .043$) και το συνολικό σκορ γονεϊκού ρόλου ($\rho = -.209, p = .037$), χωρίς όμως να παρουσιάζει σημαντική σχέση με τη γονεϊκή επάρκεια ($\rho = -.150, p > .05$). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η έντονη συναισθηματική εμπλοκή με τις δυσκολίες του παιδιού και η συχνή ψυχική επαναφορά σε δύσκολες εμπειρίες φαίνεται να επηρεάζει κυρίως τη συναισθηματική εμπειρία του γονεϊκού ρόλου και λιγότερο την αντίληψη ικανότητας. Δηλαδή, ένας πατέρας μπορεί να συνεχίζει να θεωρεί ότι ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις του παιδιού, ακόμη κι αν η συναισθηματική πίεση μειώνει την ικανοποίηση ή την ψυχική ευχάριστη εμπειρία που αντλεί από τον γονεϊκό του ρόλο.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι οι συσχετίσεις, παρότι αρνητικές και στατιστικά σημαντικές, δεν εμφανίζονται εξαιρετικά υψηλές, γεγονός που δείχνει ότι η δευτερογενής

μετατραυματική επιβάρυνση δεν εξηγεί από μόνη της τη γονεϊκή εμπειρία των πατέρων. Παρότι η αυξημένη ψυχική επιβάρυνση φαίνεται να συνδέεται με χαμηλότερη γονεϊκή επάρκεια και ικανοποίηση, αρκετοί πατέρες ενδέχεται να εξακολουθούν να διατηρούν ενεργό, σταθερό και ουσιαστικό γονεϊκό ρόλο ακόμη και σε συνθήκες έντονης συναισθηματικής πίεσης. Η εικόνα αυτή δείχνει ότι ο γονεϊκός ρόλος πιθανόν διαμορφώνεται μέσα από περισσότερους παράγοντες, όπως η καθημερινή εμπλοκή με το παιδί, η προσωπική προσαρμογή στις απαιτήσεις της αναπηρίας και η σταδιακή ανάπτυξη τρόπων διαχείρισης των δυσκολιών.

Τα ευρήματα του τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος δείχνουν ότι η δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση συνδέεται αρνητικά με τον γονεϊκό ρόλο των πατέρων, επηρεάζοντας κυρίως τη γονεϊκή ικανοποίηση και σε μικρότερο βαθμό την αίσθηση γονεϊκής επάρκειας. Η συναισθηματική αποστασιοποίηση και η διαρκής ψυχική ένταση φαίνεται να αποτελούν τις διαστάσεις εκείνες που επιβαρύνουν περισσότερο την εμπειρία της γονεϊκότητας, ενώ η επαναβίωση δύσκολων εμπειριών φαίνεται να επηρεάζει κυρίως το συναισθηματικό βίωμα του ρόλου. Παρότι αρκετοί πατέρες συνεχίζουν να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της φροντίδας, η αυξημένη μετατραυματική επιβάρυνση φαίνεται να μειώνει σε έναν βαθμό το αίσθημα θετικής εμπλοκής και προσωπικής ικανοποίησης από τον γονεϊκό ρόλο.

Η διερεύνηση του πέμπτου ερευνητικού ερωτήματος δείχνει ότι η ψυχική υγεία των πατέρων δεν φαίνεται να επηρεάζεται μόνο από τις δυσκολίες που συνδέονται με την αναπηρία του παιδιού, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και διαχειρίζονται αυτή την εμπειρία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ψυχολογική ακαμψία, η απειλητική αντίληψη της αναπηρίας και το εσωτερικευμένο στίγμα συνδέονται με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση, γεγονός που υποδηλώνει ότι η εμπειρία της αναπηρίας αποκτά διαφορετικό ψυχικό βάρος ανάλογα με το πώς βιώνεται από τον πατέρα.

Αναφορικά με την ψυχολογική ακαμψία (AAQ-II), οι συσχετίσεις με την ψυχική υγεία εμφανίστηκαν σταθερά θετικές και στατιστικά σημαντικές. Η ισχυρότερη σχέση παρατηρήθηκε με το συνολικό σκορ ψυχικής υγείας ($r=.489$, $p<.001$) και με το άγχος/αϋπνία ($r=.487$, $p<.001$), ενώ σημαντική ήταν και η σχέση με τα σωματικά συμπτώματα ($r=.459$, $p<.001$). Η εικόνα αυτή δείχνει ότι οι πατέρες που δυσκολεύονται περισσότερο να διαχειριστούν δύσκολες σκέψεις και συναισθήματα φαίνεται να βιώνουν μεγαλύτερη

ψυχική δυσφορία, αυξημένο άγχος και εντονότερη σωματική επιβάρυνση. Αντίθετα, η σχέση με την κοινωνική δυσλειτουργία δεν αναδείχθηκε σημαντική ($r=.111$, $p>.05$), στοιχείο που υποδηλώνει ότι η καθημερινή λειτουργικότητα φαίνεται να επηρεάζεται λιγότερο.

Παράλληλα, η αντίληψη της αναπηρίας ως περισσότερο απειλητικής (B-IPQ) συνδέθηκε με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση σε όλες τις διαστάσεις της ψυχικής υγείας. Η ισχυρότερη σχέση εντοπίστηκε στο άγχος και την αϋπνία ($r=.481$, $p<.001$) και στο συνολικό GHQ-28 ($r=.482$, $p<.001$), ενώ σημαντικές σχέσεις παρατηρήθηκαν επίσης με τα σωματικά συμπτώματα ($r=.261$, $p=.009$), την κοινωνική δυσλειτουργία ($r=.267$, $p=.007$) και τη σοβαρή κατάθλιψη ($r=.326$, $p=.001$). Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι όσο περισσότερο ο πατέρας βιώνει την αναπηρία του παιδιού ως δύσκολη, απειλητική ή επιβαρυντική εμπειρία, τόσο πιθανότερο είναι να εμφανίζει αυξημένο άγχος, ψυχική κόπωση και συνολικότερη ψυχολογική δυσφορία.

Αντίστοιχα, το εσωτερικευμένο στίγμα (ASS) φάνηκε να συνδέεται σταθερά με αυξημένα επίπεδα ψυχικής επιβάρυνσης. Η ισχυρότερη σχέση παρατηρήθηκε ανάμεσα στο συνολικό σκορ ASS και στο συνολικό GHQ-28 ($r=.600$, $p<.001$), ενώ ιδιαίτερα έντονες ήταν οι σχέσεις με το άγχος/αϋπνία ($r=.549$, $p<.001$) και τα σωματικά συμπτώματα ($r=.468$, $p<.001$). Παράλληλα, όλες σχεδόν οι γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαστάσεις του στίγματος εμφάνισαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την ψυχική υγεία. Η εικόνα αυτή δείχνει ότι όταν οι πατέρες βιώνουν εντονότερα αισθήματα κοινωνικής επιβάρυνσης, αυτοαμφισβήτησης ή εσωτερικής πίεσης γύρω από την αναπηρία του παιδιού, φαίνεται να επιβαρύνεται περισσότερο και η ψυχική τους κατάσταση. Ωστόσο, και εδώ η κοινωνική δυσλειτουργία εμφάνισε πιο ασθενείς σχέσεις ($r=.203$, $p=.043$ για το συνολικό ASS), γεγονός που δείχνει ότι αρκετοί πατέρες συνεχίζουν να διατηρούν σε έναν βαθμό τη λειτουργικότητά τους παρά την αυξημένη ψυχική πίεση.

Τα ευρήματα του πέμπτου ερευνητικού ερωτήματος δείχνουν ότι η ψυχική υγεία των πατέρων φαίνεται να επηρεάζεται όχι μόνο από τις αντικειμενικές δυσκολίες που συνοδεύουν την αναπηρία, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι την αντιλαμβάνονται και τη διαχειρίζονται. Η δυσκολία διαχείρισης δύσκολων συναισθημάτων, η πιο απειλητική αντίληψη της αναπηρίας και το αυξημένο εσωτερικευμένο στίγμα φαίνεται να συνδέονται με εντονότερη ψυχική δυσφορία, κυρίως σε επίπεδο άγχους, αϋπνίας και συνολικής ψυχικής επιβάρυνσης.

Η διερεύνηση του έκτου ερευνητικού ερωτήματος δείχνει ότι η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας δεν εμφανίζεται με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους πατέρες, αλλά φαίνεται να επηρεάζεται από συγκεκριμένους παράγοντες, όπως ο τύπος αναπηρίας, η ψυχολογική ευελιξία και το εσωτερικευμένο στίγμα. Παρότι η δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση συνδέθηκε σταθερά με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία, η ένταση αυτής της σχέσης διαφοροποιήθηκε ανάλογα με τις επιμέρους συνθήκες και χαρακτηριστικά των πατέρων.

Αναφορικά με τον τύπο αναπηρίας, η σχέση μεταξύ μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας φάνηκε ισχυρή τόσο στους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ όσο και στους πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες, ωστόσο παρουσίασε διαφορετικά χαρακτηριστικά. Στην ομάδα των πατέρων παιδιών με ΔΑΦ, οι ισχυρότερες συσχετίσεις καταγράφηκαν μεταξύ «Διέγερσης» και «Άγχους/Αϋπνίας» ($r=.742, p<.001$), καθώς και μεταξύ συνολικής μετατραυματικής επιβάρυνσης και συνολικής ψυχολογικής δυσφορίας ($r=.766, p<.001$). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η συνεχής ένταση, η εγρήγορση και η δυσκολία αποφόρτισης φαίνεται να συνδέονται στενά με αυξημένο άγχος και συνολική ψυχική επιβάρυνση στους συγκεκριμένους πατέρες. Αντίθετα, στους πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες, η ισχυρότερη σχέση παρατηρήθηκε ανάμεσα στην «Αποφυγή» και στο συνολικό GHQ-28 ($r=.748, p<.001$), γεγονός που δείχνει ότι η συναισθηματική αποστασιοποίηση και η δυσκολία επεξεργασίας δύσκολων εμπειριών φαίνεται να επιβαρύνουν περισσότερο την ψυχική υγεία της συγκεκριμένης ομάδας. Παράλληλα, αξιοσημείωτο είναι ότι η κοινωνική δυσλειτουργία δεν εμφάνισε ουσιαστικές συσχετίσεις στους πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες ($r=-.039$ έως $.123, p>.05$), στοιχείο που δείχνει ότι, παρά την ψυχική επιβάρυνση, η καθημερινή λειτουργικότητα φαίνεται να παραμένει σχετικά σταθερή.

Ως προς την ψυχολογική ευελιξία, τα αποτελέσματα των μερικών συσχετίσεων δείχνουν ότι, όταν ελέγχθηκε η επίδραση της ψυχολογικής ακαμψίας (AAQ-II), η σχέση μεταξύ μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας μειώθηκε, χωρίς όμως να εξαφανιστεί. Συγκεκριμένα, η συσχέτιση μεταξύ συνολικού STSS και συνολικού GHQ-28 μειώθηκε από $r=.756$ σε $r=.662$ ($p<.001$), ενώ η σχέση με τα σωματικά συμπτώματα περιορίστηκε από $r=.546$ σε $r=.357$. Αντίστοιχα, η σχέση με το άγχος και την αϋπνία μειώθηκε από $r=.704$ σε $r=.581$ ($p<.001$). Η εικόνα αυτή δείχνει ότι η ψυχολογική ευελιξία φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά, καθώς όταν οι πατέρες δυσκολεύονται λιγότερο να

διαχειριστούν δύσκολες σκέψεις και συναισθήματα, η επίδραση της μετατραυματικής επιβάρυνσης στην ψυχική υγεία φαίνεται να περιορίζεται. Παρόλα αυτά, επειδή οι συσχετίσεις παρέμειναν σημαντικές, γίνεται φανερό ότι η μετατραυματική επιβάρυνση συνεχίζει να επηρεάζει την ψυχική υγεία ακόμη και όταν λαμβάνεται υπόψη η ψυχολογική ευελιξία.

Αντίστοιχα, παρόμοια εικόνα προέκυψε και για το εσωτερικευμένο στίγμα, καθώς ο έλεγχος των επιμέρους διαστάσεων και του συνολικού ASS μείωσε αισθητά τη δύναμη των συσχετίσεων μεταξύ μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας, χωρίς όμως να τις αναιρεί. Ενδεικτικά, η συσχέτιση μεταξύ συνολικού STSS και συνολικού GHQ-28 μειώθηκε από $r=.756$ σε $r=.590$ όταν ελέγχθηκε η γνωστική διάσταση του στίγματος, σε $r=.591$ για τη συναισθηματική διάσταση, σε $r=.589$ για τη συμπεριφορική διάσταση και σε $r=.565$ όταν ελέγχθηκε το συνολικό ASS ($p<.001$). Παρόμοια μείωση καταγράφηκε και στο άγχος/αϋπνία, όπου η αρχική σχέση ($r=.704$) περιορίστηκε σε $r=.501$ μετά τον έλεγχο του συνολικού στίγματος. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι το εσωτερικευμένο στίγμα φαίνεται να ενισχύει την ψυχική επιβάρυνση των πατέρων, καθώς όταν η επίδρασή του απομονώνεται, η σχέση μεταξύ μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας γίνεται λιγότερο έντονη. Ωστόσο, το γεγονός ότι οι σχέσεις παραμένουν στατιστικά σημαντικές δείχνει ότι το στίγμα δεν εξηγεί από μόνο του την ψυχική δυσφορία, αλλά λειτουργεί ως ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας.

Τα ευρήματα του έκτου ερευνητικού ερωτήματος δείχνουν ότι η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας διαφοροποιείται ανάλογα με συγκεκριμένους παράγοντες, χωρίς όμως να ανατρέπεται. Ο τύπος αναπηρίας φαίνεται να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο εκφράζεται η ψυχική επιβάρυνση, ενώ η ψυχολογική ευελιξία και το εσωτερικευμένο στίγμα φαίνεται να επηρεάζουν την ένταση αυτής της σχέσης. Η εικόνα που προκύπτει δείχνει ότι η ψυχική υγεία των πατέρων δεν εξαρτάται μόνο από το μέγεθος της μετατραυματικής επιβάρυνσης, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι διαχειρίζονται, αντιλαμβάνονται και εσωτερικεύουν την εμπειρία της αναπηρίας του παιδιού τους.

Η διερεύνηση του έβδομου ερευνητικού ερωτήματος δείχνει ότι ο τρόπος με τον οποίο οι πατέρες αντιλαμβάνονται την αναπηρία του παιδιού τους φαίνεται να συνδέεται ουσιαστικά τόσο με τη δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση όσο και με την ψυχική τους υγεία. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι όταν η αναπηρία βιώνεται ως περισσότερο

δύσκολη, απειλητική ή επιβαρυντική εμπειρία, αυξάνονται παράλληλα τα επίπεδα συναισθηματικής επιβάρυνσης, άγχους και συνολικής ψυχολογικής δυσφορίας. Με άλλα λόγια, η επίδραση της αναπηρίας δεν φαίνεται να εξαρτάται μόνο από τις αντικειμενικές απαιτήσεις που δημιουργεί, αλλά και από το πώς αυτές γίνονται αντιληπτές και νοηματοδοτούνται από τον πατέρα.

Αναφορικά με τη ψυχική υγεία, η αντίληψη της αναπηρίας εμφάνισε σταθερές και στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις με όλες τις διαστάσεις του GHQ-28. Η ισχυρότερη σχέση παρατηρήθηκε με το «Άγχος» και την «Αϋπνία» ($r=.481, p<.001$), καθώς και με το συνολικό σκορ ψυχικής υγείας ($r=.482, p<.001$), γεγονός που δείχνει ότι όσο περισσότερο ο πατέρας αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως απειλητική ή ψυχικά επιβαρυντική εμπειρία, τόσο πιθανότερο είναι να βιώνει αυξημένη ανησυχία, δυσκολίες ύπνου και συνολικότερη ψυχική δυσφορία. Αντίστοιχα, σημαντικές ήταν και οι σχέσεις με τα σωματικά συμπτώματα ($r=.261, p=.009$), την κοινωνική δυσλειτουργία ($r=.267, p=.007$) και τη σοβαρή κατάθλιψη ($r=.326, p=.001$), αν και σε πιο μέτριο βαθμό. Η εικόνα αυτή δείχνει ότι η απειλητική αντίληψη της αναπηρίας φαίνεται να επηρεάζει πολλαπλές πλευρές της ψυχικής λειτουργίας των πατέρων και όχι μόνο το άγχος ή τη συναισθηματική ένταση.

Αντίστοιχα, η αντίληψη της αναπηρίας εμφάνισε εξίσου ισχυρές σχέσεις με τη δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση. Η ισχυρότερη σύνδεση παρατηρήθηκε με την «Εισβολή/Επαναβίωση» ($r=.554, p<.001$), ενώ υψηλές και στατιστικά σημαντικές ήταν επίσης οι συσχετίσεις με την «Αποφυγή» ($r=.524, p<.001$), τη «Διέγερση» ($r=.482, p<.001$) και το συνολικό σκορ STSS ($r=.547, p<.001$). Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι όσο περισσότερο η αναπηρία του παιδιού βιώνεται ως επιβαρυντική εμπειρία, τόσο περισσότερο φαίνεται να αυξάνονται οι δυσκολίες συναισθηματικής διαχείρισης, η εσωτερική ένταση και η τάση επαναφοράς σε δύσκολες σκέψεις ή εμπειρίες που σχετίζονται με το παιδί. Ιδιαίτερα η ισχυρή σχέση με την επαναβίωση δείχνει ότι η απειλητική αντίληψη της αναπηρίας πιθανόν συνδέεται με εντονότερη ψυχική ενασχόληση με τις δυσκολίες του παιδιού, κάνοντας την εμπειρία περισσότερο παρούσα και συναισθηματικά φορτισμένη στην καθημερινότητα των πατέρων.

Τα ευρήματα δείχνουν ότι η αντίληψη της αναπηρίας αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την κατανόηση τόσο της ψυχικής υγείας όσο και της μετατραυματικής επιβάρυνσης των πατέρων. Όσο περισσότερο η αναπηρία γίνεται αντιληπτή ως δύσκολη, απειλητική και επιβαρυντική εμπειρία, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης άγχους, ψυχικής

δυσφορίας, συναισθηματικής έντασης και μετατραυματικής επιβάρυνσης. Η εικόνα αυτή δείχνει ότι δεν φαίνεται να επηρεάζει μόνο η ίδια η εμπειρία της αναπηρίας, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο ο πατέρας την αντιλαμβάνεται και τη βιώνει στην καθημερινότητά του.

Η διερεύνηση του όγδοου και τελευταίου ερευνητικού ερωτήματος μέσω των μοντέλων διαμεσολάβησης δείχνει ότι η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης, ψυχικής υγείας και γονεϊκού ρόλου είναι περισσότερο σύνθετη από μια απλή άμεση σύνδεση. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η ψυχολογική ακαμψία, η αντίληψη της αναπηρίας, η κοινωνική υποστήριξη και το εσωτερικευμένο στίγμα φαίνεται να συμμετέχουν στη διαμόρφωση της εμπειρίας των πατέρων, χωρίς όμως να λειτουργούν πάντοτε ως ισχυροί μηχανισμοί διαμεσολάβησης. Παρότι αρκετές σχέσεις αποδείχθηκαν σημαντικές σε άμεσο επίπεδο, τα περισσότερα έμμεσα αποτελέσματα παρέμειναν μη στατιστικά σημαντικά, γεγονός που δείχνει ότι η μετατραυματική επιβάρυνση φαίνεται να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό άμεσα τόσο την ψυχική υγεία όσο και ορισμένες πλευρές του γονεϊκού ρόλου.

Αναφορικά με την ψυχική υγεία, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η «Διέγερση» και η «Αποφυγή» αποτελούν τις διαστάσεις της μετατραυματικής επιβάρυνσης που φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο την ψυχολογική κατάσταση των πατέρων. Ειδικότερα, στο μοντέλο του «Άγχους» και της «Αϋπνίας», η Διέγερση εμφάνισε άμεση και στατιστικά σημαντική επίδραση ($B=0.439$, $p=.014$), ενώ και το συνολικό της αποτέλεσμα παρέμεινε σημαντικό ($B=0.454$, $p=.011$). Παράλληλα, η Αποφυγή εμφάνισε σημαντικό συνολικό αποτέλεσμα ($B=0.276$, $p=.021$), γεγονός που δείχνει ότι η συνεχής ένταση, η εγρήγορση και η δυσκολία αποφόρτισης, αλλά και η συναισθηματική αποστασιοποίηση, συνδέονται με αυξημένο άγχος και δυσκολίες ύπνου. Η εικόνα αυτή δείχνει ότι οι πατέρες που βρίσκονται σε συνεχή ψυχική επιφυλακή ή δυσκολεύονται να επεξεργαστούν συναισθηματικά τις δυσκολίες του παιδιού τους φαίνεται να επιβαρύνονται περισσότερο στην καθημερινότητά τους.

Αντίστοιχα, στο μοντέλο της σοβαρής κατάθλιψης, η Αποφυγή αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος θετικός παράγοντας επιβάρυνσης ($B=0.347$, $p<.001$), ενώ σημαντική ήταν και η επίδραση της Διέγερσης ($B=0.382$, $p=.013$). Αντίθετα, η Εισβολή/Επαναβίωση εμφάνισε αρνητική σχέση ($B=-0.312$, $p=.027$), γεγονός που δείχνει ότι οι πατέρες που παραμένουν περισσότερο συναισθηματικά συνδεδεμένοι με τις εμπειρίες του παιδιού, ακόμη και όταν αυτές είναι δύσκολες, ενδέχεται να βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής

επιβάρυνσης συγκριτικά με όσους αποστασιοποιούνται περισσότερο. Παρότι το εύρημα αυτό χρειάζεται προσεκτική προσέγγιση, φαίνεται να δείχνει ότι η πλήρης συναισθηματική απομάκρυνση από δύσκολες εμπειρίες πιθανόν να μην λειτουργεί πάντα προστατευτικά.

Στο συνολικό σκορ ψυχικής υγείας, η Διέγερση ($B=1.226$, $p<.001$) και η Αποφυγή ($B=0.630$, $p=.008$) παρέμειναν οι ισχυρότεροι παράγοντες επιβάρυνσης, ενώ η αντίληψη της αναπηρίας (B-IPQ) και το εσωτερικευμένο στίγμα (ASS) εμφάνισαν σημαντικές θετικές σχέσεις με τη συνολική ψυχολογική δυσφορία ($B=0.148$, $p=.047$ και $B=0.168$, $p=.013$ αντίστοιχα). Η εικόνα αυτή δείχνει ότι η ψυχική υγεία των πατέρων φαίνεται να επιβαρύνεται περισσότερο όταν συνυπάρχουν έντονη ψυχική ένταση, δυσκολία συναισθηματικής διαχείρισης, αυξημένη αίσθηση απειλής γύρω από την αναπηρία και μεγαλύτερο εσωτερικευμένο βάρος. Ωστόσο, το γεγονός ότι τα περισσότερα έμμεσα μονοπάτια διαμεσολάβησης δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά δείχνει ότι οι παράγοντες αυτοί φαίνεται περισσότερο να επιδρούν συμπληρωματικά παρά να εξηγούν πλήρως τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας.

Αναφορικά με τον γονεϊκό ρόλο, τα αποτελέσματα δείχνουν μια διαφορετική εικόνα. Στη γονεϊκή επάρκεια, η Εισβολή/Επαναβίωση εμφάνισε θετική και σημαντική επίδραση ($B=0.407$, $p=.007$), ενώ η Αποφυγή ($B=-0.274$, $p=.012$) και η Διέγερση ($B=-0.487$, $p=.003$) εμφάνισαν αρνητικές επιδράσεις. Παρόμοια εικόνα παρατηρήθηκε και στη γονεϊκή ικανοποίηση, όπου η Εισβολή εμφάνισε ακόμη ισχυρότερη θετική επίδραση, ενώ η Αποφυγή και η Διέγερση συνδέθηκαν με χαμηλότερα επίπεδα θετικής εμπειρίας από τον γονεϊκό ρόλο. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι η έντονη συναισθηματική σύνδεση με τις εμπειρίες και τις δυσκολίες του παιδιού δεν φαίνεται απαραίτητα να αποδυναμώνει τον γονεϊκό ρόλο· αντίθετα, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συνδέεται με μεγαλύτερη εμπλοκή και αίσθηση παρουσίας. Αντίθετα, η συναισθηματική αποστασιοποίηση και η διαρκής ψυχική ένταση φαίνεται να δυσκολεύουν την αίσθηση επάρκειας και ικανοποίησης από τον γονεϊκό ρόλο.

Τα ευρήματα του όγδοου ερευνητικού ερωτήματος δείχνουν ότι η δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά τόσο την ψυχική υγεία όσο και τον γονεϊκό ρόλο των πατέρων, κυρίως μέσω άμεσων επιδράσεων. Η Αποφυγή και η Διέγερση αναδεικνύονται ως οι διαστάσεις που επιβαρύνουν περισσότερο την ψυχική λειτουργία και τη γονεϊκή εμπειρία, ενώ η Εισβολή/Επαναβίωση φαίνεται να λειτουργεί με πιο σύνθετο τρόπο, καθώς συνδέεται αρνητικά με την κατάθλιψη αλλά θετικά με ορισμένες

πλευρές του γονεϊκού ρόλου. Η εικόνα αυτή δείχνει ότι η εμπειρία της αναπηρίας και της φροντίδας του παιδιού δεν επηρεάζει όλους τους πατέρες με τον ίδιο τρόπο, αλλά διαμορφώνεται μέσα από διαφορετικές μορφές συναισθηματικής εμπλοκής, διαχείρισης και ψυχικής προσαρμογής.

9.2. Συζήτηση

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας ανέδειξαν ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία βιώνουν μια σύνθετη και πολυπαραγοντική μορφή ψυχολογικής επιβάρυνσης, η οποία συνδέεται τόσο με τη μακροχρόνια φροντίδα του παιδιού όσο και με τη συναισθηματική εμπλοκή στη ζωή και τις δυσκολίες του. Παρότι οι συμμετέχοντες δεν παρουσίασαν ακραία επίπεδα ψυχοπαθολογίας, καταγράφηκαν μέτρια επίπεδα δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχολογικής δυσφορίας, με κυρίαρχες εκφάνσεις το άγχος, την υπερεγρήγορηση και τη συναισθηματική πίεση, γεγονός που δείχνει ότι η εμπειρία της πατρότητας υπό συνθήκες αναπηρίας συνοδεύεται από σημαντικές ψυχικές απαιτήσεις. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τη θεωρητική θέση ότι η συνεχής έκθεση στις δυσκολίες του παιδιού και η αυξημένη συναισθηματική εγγύτητα μπορούν να λειτουργήσουν ως παράγοντες δευτερογενούς τραυματικής επιβάρυνσης (Figley, 1995; Bride et al., 2004).

Η εικόνα αυτή φαίνεται να συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία οι πατέρες παιδιών με αναπηρία, και ιδιαίτερα με ΔΑΦ ή αισθητηριακές αναπηρίες, συχνά βιώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους, ψυχικής κόπωσης και συναισθηματικής επιβάρυνσης, ακόμη και όταν εμφανίζονται εξωτερικά λειτουργικοί και σταθεροί (Seymour et al., 2025; Li et al., 2022; Khouri, 2024). Παράλληλα, τα ευρήματα συνάδουν με την παρατήρηση των Dabrowska και Pisula (2010) ότι οι πατέρες δεν είναι απαραίτητα λιγότερο επιβαρυνόμενοι από τις μητέρες, αλλά συχνά εκφράζουν διαφορετικά ή λιγότερο εμφανώς τη δυσφορία τους, γεγονός που ενδέχεται να οδηγεί σε υποεκτίμηση των ψυχολογικών τους αναγκών.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι η ψυχολογική επιβάρυνση συνυπήρχε με σχετικά υψηλή αίσθηση γονεϊκής επάρκειας και λειτουργικότητας. Το στοιχείο αυτό δείχνει ότι η εξωτερική αποτελεσματικότητα των πατέρων δεν συνεπάγεται απουσία ψυχικής δυσφορίας. Αντίθετα, πολλοί πατέρες φαίνεται να συνεχίζουν να ανταποκρίνονται στις γονεϊκές απαιτήσεις, ακόμη και όταν βιώνουν

εσωτερική ψυχική πίεση, αβεβαιότητα και συναισθηματική κόπωση. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί και υπό το πρίσμα της έννοιας της *ambiguous loss* (Boss, 1999), σύμφωνα με την οποία οι γονείς παιδιών με αναπηρία βιώνουν μια διαρκή διαδικασία αναπροσαρμογής προσδοκιών και διαχείρισης αβεβαιότητας σχετικά με το μέλλον του παιδιού.

η δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση συνδέεται ουσιαστικά με την ψυχική υγεία των πατέρων παιδιών με αναπηρία, καθώς όσο αυξάνονταν τα επίπεδα εισβολής, αποφυγής και υπερεγρήγορσης, τόσο αυξάνονταν και οι δείκτες ψυχολογικής δυσφορίας, όπως το άγχος, η ψυχική ένταση, η σωματική κόπωση και οι δυσκολίες ύπνου. Η σχέση αυτή υποδηλώνει ότι η παρατεταμένη συναισθηματική έκθεση στις δυσκολίες του παιδιού φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά την ψυχική ισορροπία των πατέρων, ακόμη και όταν οι ίδιοι εξακολουθούν να ανταποκρίνονται λειτουργικά στις καθημερινές απαιτήσεις της φροντίδας. Τα δεδομένα αυτά συμφωνούν με τη θεωρητική προσέγγιση του Figley (1995), σύμφωνα με την οποία η συνεχής επαφή με την οδύνη ή την ευαλωτότητα ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί να οδηγήσει σε δευτερογενή τραυματική επιβάρυνση, η οποία εκδηλώνεται μέσα από άγχος, συναισθηματική εξάντληση και δυσκολίες ψυχικής προσαρμογής.

Η εικόνα αυτή φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία που αφορά πατέρες παιδιών με αναπηρία. Οι Seymour et al. (2025), εξετάζοντας πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, έδειξαν ότι η παρατεταμένη έκθεση στις απαιτήσεις φροντίδας συνδέεται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και διακυμάνσεις στην ψυχική ευημερία κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού. Αντίστοιχα, οι Li et al. (2022) διαπίστωσαν ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία εμφανίζουν αυξημένο στρες και επιβάρυνση της ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα όταν βιώνουν αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας και περιορισμένη ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Παράλληλα, η ανάλυση έδειξε ότι η διάσταση της υπερεγρήγορσης φαίνεται να συνδέεται πιο έντονα με την ψυχολογική δυσφορία. Οι πατέρες που βρίσκονται σε μια διαρκή κατάσταση ψυχικής ετοιμότητας, ανησυχίας και εγρήγορσης φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες χαλάρωσης, αυξημένο άγχος και διαταραχές ύπνου. Η διαρκής αυτή εγρήγορση μπορεί να ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα της συνεχούς ανάγκης επίβλεψης, πρόβλεψης δυσκολιών και προστασίας του παιδιού, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις

όπου η αναπηρία συνοδεύεται από αυξημένες απαιτήσεις επικοινωνίας, συμπεριφοράς ή καθημερινής υποστήριξης

Παρά την ύπαρξη αυξημένης ψυχολογικής πίεσης, οι πατέρες της παρούσας μελέτης δεν εμφάνισαν ακραία επίπεδα σοβαρής κατάθλιψης ή πλήρους αποδιοργάνωσης της λειτουργικότητάς τους. Η παρατήρηση αυτή ενδέχεται να υποδηλώνει ότι αρκετοί πατέρες αναπτύσσουν μηχανισμούς προσαρμογής που τους επιτρέπουν να διατηρούν λειτουργικότητα και αίσθηση ευθύνης απέναντι στον γονεϊκό τους ρόλο, ακόμη και όταν βιώνουν σημαντικό εσωτερικό ψυχικό φορτίο. Έτσι, η ψυχική επιβάρυνση δεν φαίνεται να εκφράζεται πάντοτε με εμφανή αποδιοργάνωση, αλλά συχνά συνυπάρχει με υψηλή αίσθηση καθήκοντος, ενεργή φροντίδα και διατήρηση της καθημερινής λειτουργικότητας.

Η αναλυτικότερη διερεύνηση των διαστάσεων του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες έδειξε ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των πατέρων δεν εκδηλώνεται με έναν ενιαίο τρόπο, αλλά μέσα από διαφορετικούς μηχανισμούς συναισθηματικής και γνωστικής προσαρμογής. Οι διαστάσεις της εισβολής/επαναβίωσης, της αποφυγής και της υπερεγρήγορης φαίνεται να αποτυπώνουν διαφορετικές όψεις της εμπειρίας του πατέρα απέναντι στη μακροχρόνια φροντίδα και στις απαιτήσεις της αναπηρίας, στοιχείο που συνάδει με το θεωρητικό μοντέλο του δευτερογενούς τραυματικού στρες (Bride et al., 2004; Figley, 1995).

Η διάσταση της εισβολής ή επαναβίωσης φαίνεται να συνδέεται με τη δυσκολία αποστασιοποίησης από τις συναισθηματικά φορτισμένες εμπειρίες που συνοδεύουν την ανατροφή παιδιού με αναπηρία. Οι πατέρες που εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα επαναβίωσης έτειναν να βιώνουν συχνότερα επίμονες σκέψεις, συναισθηματική ένταση ή επαναλαμβανόμενη ενασχόληση με δυσκολίες που αφορούν το παιδί τους. Η εικόνα αυτή μπορεί να ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα της έντονης συναισθηματικής εμπλοκής στη φροντίδα, καθώς η καθημερινή έκθεση σε θεραπευτικές ανάγκες, εκπαιδευτικές προκλήσεις και αβεβαιότητα για την πορεία του παιδιού δυσκολεύει την ψυχική αποφόρτιση. Παρόμοια εικόνα περιγράφεται και στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου οι γονείς παιδιών με αναπηρία αναφέρουν συχνή γνωστική και συναισθηματική επαναφορά σε δύσκολες εμπειρίες, ακόμη και σε περιόδους σχετικής σταθερότητας (Rattaz et al., 2022; Seymour et al., 2025).

Η αποφυγή φαίνεται να λειτουργεί περισσότερο ως μηχανισμός ψυχικής προστασίας απέναντι στη συναισθηματική υπερφόρτωση. Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης δείχνουν

ότι ορισμένοι πατέρες επιχειρούν να διαχειριστούν τη δυσφορία τους μέσω συναισθηματικής αποστασιοποίησης ή περιορισμού της επαφής με δύσκολες σκέψεις και συναισθήματα. Ωστόσο, η στρατηγική αυτή φαίνεται να συνδέεται με χαμηλότερη γονεϊκή ικανοποίηση και δυσκολότερη συναισθηματική προσαρμογή, στοιχείο που υποδηλώνει ότι η αποφυγή, παρότι βραχυπρόθεσμα μπορεί να μειώνει την ψυχική πίεση, ενδέχεται μακροπρόθεσμα να δυσκολεύει την ουσιαστική επεξεργασία της εμπειρίας της αναπηρίας. Η παρατήρηση αυτή συνδέεται με προσεγγίσεις της ψυχολογικής ευελιξίας, σύμφωνα με τις οποίες η επίμονη απομάκρυνση από δύσκολες εσωτερικές εμπειρίες συχνά συντηρεί ή ενισχύει την ψυχική δυσφορία (Hayes et al., 2006; Reich et al., 2025).

Η υπερεγρήγορη, τέλος, φαίνεται να αποτελεί τη διάσταση που αποτυπώνει πιο έντονα το χρόνιο ψυχικό φορτίο των πατέρων. Η συνεχής αίσθηση ετοιμότητας, η δυσκολία χαλάρωσης, η ανησυχία και η ψυχική ένταση μπορούν να ερμηνευθούν ως αποτέλεσμα της διαρκούς ανάγκης επίβλεψης και προστασίας του παιδιού, αλλά και της αβεβαιότητας που συνοδεύει την εξέλιξη της αναπηρίας. Η αυξημένη σύνδεση της υπερεγρήγορης με το άγχος και την αϋπνία δείχνει ότι η πατρική εμπειρία δεν περιορίζεται σε πρακτικές απαιτήσεις φροντίδας, αλλά συνοδεύεται από συνεχή συναισθηματική κινητοποίηση, η οποία επηρεάζει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική ευεξία. Η εικόνα αυτή συμφωνεί με μελέτες που δείχνουν ότι οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ ή αισθητηριακές αναπηρίες βιώνουν παρατεταμένη ψυχική επιφυλακή εξαιτίας της αβεβαιότητας, των αυξημένων ευθυνών και της ανάγκης συνεχούς προσαρμογής (Li et al., 2022; Sealy et al., 2023).

Συνολικά, οι τρεις αυτές διαστάσεις φαίνεται να λειτουργούν συμπληρωματικά, αποτυπώνοντας διαφορετικές όψεις της πατρικής εμπειρίας απέναντι στην αναπηρία. Η επαναβίωση αντανακλά τη δυσκολία συναισθηματικής αποφόρτισης, η αποφυγή την προσπάθεια ψυχικής προστασίας και η υπερεγρήγορη τη συνεχή κατάσταση ευθύνης και επιφυλακής. Ως αποτέλεσμα, το δευτερογενές τραυματικό στρες φαίνεται να αποτελεί έναν σύνθετο ψυχολογικό μηχανισμό μέσω του οποίου οι πατέρες επεξεργάζονται, διαχειρίζονται και νοηματοδοτούν την εμπειρία της πατρότητας υπό συνθήκες αναπηρίας.

Η ψυχολογική ακαμψία που βρέθηκε στα ευρήματα συνδέεται με αυξημένη ψυχική επιβάρυνση των πατέρων, γεγονός που υποδηλώνει ότι η δυσκολία αποδοχής και διαχείρισης δύσκολων συναισθηματικών εμπειριών ενδέχεται να δυσχεραίνει την ψυχική τους προσαρμογή. Οι πατέρες που φαίνεται να εγκλωβίζονται περισσότερο σε αρνητικές σκέψεις ή να αποφεύγουν δύσκολα συναισθήματα σχετικά με την αναπηρία του παιδιού

ενδέχεται να βιώνουν μεγαλύτερη ψυχική δυσφορία. Η εικόνα αυτή συνδέεται με τη θεωρία της ψυχολογικής ευελιξίας και το μοντέλο της *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*, σύμφωνα με τα οποία η προσαρμογή δεν προϋποθέτει την απουσία δυσκολιών, αλλά την ικανότητα αποδοχής και λειτουργικής διαχείρισης των εσωτερικών εμπειριών χωρίς υπερβολική αποφυγή ή γνωστική προσκόλληση (Hayes et al., 2006). Η ερμηνεία αυτή φαίνεται να συμφωνεί και με τα ευρήματα των Reich et al. (2025), σύμφωνα με τα οποία η μεγαλύτερη ψυχολογική ευελιξία συνδέεται με καλύτερη ψυχική προσαρμογή και υψηλότερη γονεϊκή αποτελεσματικότητα στους γονείς παιδιών με ΔΑΦ.

Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι ο τρόπος με τον οποίο οι πατέρες αντιλαμβάνονται την αναπηρία του παιδιού τους, καθώς και ο βαθμός εσωτερίκευσης κοινωνικών αντιλήψεων γύρω από αυτή, φαίνεται να συνδέονται ουσιαστικά με την ψυχική τους προσαρμογή. Η αντίληψη της αναπηρίας ως περισσότερο επιβαρυντικής, μακροχρόνιας και συναισθηματικά απαιτητικής συνδέθηκε με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, γεγονός που δείχνει ότι η ψυχική επιβάρυνση των πατέρων δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τις αντικειμενικές απαιτήσεις της φροντίδας αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι νοσηματοδοτούν την εμπειρία της αναπηρίας. Η εικόνα αυτή φαίνεται να συμφωνεί με το *Common-Sense Model of Illness Representations*, σύμφωνα με το οποίο οι προσωπικές αντιλήψεις για τη σοβαρότητα, τη διάρκεια και τις συνέπειες μιας κατάστασης επηρεάζουν ουσιαστικά τη συναισθηματική προσαρμογή και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του ατόμου (Leventhal et al., 2016). Παράλληλα, η εσωτερίκευση κοινωνικών αντιλήψεων γύρω από την αναπηρία φαίνεται να συνδέεται με την έννοια του *affiliate stigma*, σύμφωνα με την οποία τα μέλη της οικογένειας μπορεί να επηρεάζονται ψυχολογικά από κοινωνικά στερεότυπα και αντιλήψεις γύρω από την αναπηρία (Mak & Cheung, 2008).

Το θεωρητικό υπόβαθρο του μοντέλου των αναπαραστάσεων της ασθένειας/κατάστασης (*illness representations*), σύμφωνα με το οποίο οι προσωπικές αντιλήψεις για τη διάρκεια, τη σοβαρότητα, τον βαθμό ελέγχου και τις συνέπειες μιας κατάστασης επηρεάζουν ουσιαστικά τη συναισθηματική προσαρμογή του ατόμου (Leventhal et al., 2016). Στην παρούσα μελέτη, οι πατέρες φαίνεται να αναγνώριζαν σε μεγάλο βαθμό τη χρόνια φύση της αναπηρίας, ενώ ταυτόχρονα εξέφραζαν αυξημένη ανησυχία για το μέλλον, τις προοπτικές ανάπτυξης και τον βαθμό ανεξαρτησίας του παιδιού. Η συνεχής αυτή προβολή προς το μέλλον ενδέχεται να λειτουργεί ως διαρκής πηγή άγχους

και συναισθηματικής κινητοποίησης, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από αβεβαιότητα σχετικά με τη λειτουργικότητα, την κοινωνική ένταξη ή την αυτονομία του παιδιού.

Η εικόνα αυτή συμφωνεί με μελέτες που δείχνουν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ και αισθητηριακές αναπηρίες βιώνουν αυξημένο στρες όταν αντιλαμβάνονται την κατάσταση του παιδιού ως περισσότερο περιοριστική ή δύσκολα προβλέψιμη (Gunjawate et al., 2022; Sealy et al., 2023; Mukherjee & Beresford, 2023). Παρότι αρκετές από αυτές τις μελέτες αναφέρονται συνολικά σε γονείς, τα δεδομένα της παρούσας έρευνας υποδηλώνουν ότι η διαδικασία αυτή φαίνεται να αφορά ουσιαστικά και τους πατέρες, οι οποίοι, ακόμη και όταν εμφανίζονται λειτουργικοί, φαίνεται να επηρεάζονται ψυχικά από την αβεβαιότητα και τη μακροχρόνια ευθύνη της φροντίδας.

Παράλληλα, το εσωτερικευμένο στίγμα φαίνεται να αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που επηρεάζει την ψυχική προσαρμογή των πατέρων. Οι πατέρες που βίωναν μεγαλύτερη κοινωνική πίεση, αίσθηση διαφορετικότητας ή μειωμένη κοινωνική κατανόηση της εμπειρίας τους εμφάνιζαν αυξημένες ενδείξεις ψυχικής δυσφορίας και συναισθηματικής επιβάρυνσης. Η σχέση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από την έννοια του *affiliate stigma*, σύμφωνα με την οποία τα μέλη της οικογένειας παιδιών με αναπηρία ενδέχεται να εσωτερικεύουν κοινωνικά στερεότυπα, βιώνοντας αισθήματα ενοχής, κοινωνικής απομόνωσης ή αυτοαμφισβήτησης (Mak & Cheung, 2008).

Συγκεκριμένα δείχνει ότι το στίγμα δεν εκδηλώνεται απαραίτητα ως ανοιχτή κοινωνική απόρριψη, αλλά περισσότερο ως μια εσωτερική ψυχική διεργασία που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, τον γονεϊκό τους ρόλο και τη θέση τους μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον. Σε αρκετές περιπτώσεις, η δυσκολία εύρεσης επαρκούς κοινωνικής κατανόησης ή υποστήριξης φαίνεται να επιβαρύνει περαιτέρω την ψυχική τους κατάσταση, ενισχύοντας το αίσθημα μοναξιάς ή αποκλεισμού. Ως αποτέλεσμα, η εμπειρία της πατρότητας παιδιού με αναπηρία δεν φαίνεται να επηρεάζεται μόνο από τις πρακτικές απαιτήσεις της φροντίδας, αλλά και από το πώς η κοινωνική πραγματικότητα βιώνεται και εσωτερικεύεται από τον ίδιο τον πατέρα.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι η ψυχολογική ευελιξία φαίνεται να διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην ψυχική προσαρμογή των πατέρων παιδιών με αναπηρία. Οι πατέρες που δυσκολεύονταν περισσότερο να αποδεχθούν δυσάρεστα συναισθήματα, σκέψεις ή καταστάσεις εμφάνιζαν αυξημένες ενδείξεις ψυχολογικής επιβάρυνσης, γεγονός που

υποδηλώνει ότι ο τρόπος διαχείρισης των εσωτερικών εμπειριών μπορεί να επηρεάζει σημαντικά τη συνολική ψυχική τους κατάσταση. Με άλλα λόγια, η δυσκολία διαχείρισης της αγωνίας, της αβεβαιότητας ή της στενοχώριας γύρω από την αναπηρία του παιδιού φαίνεται να επιβαρύνει περαιτέρω την ψυχική ισορροπία του πατέρα.

Η εικόνα αυτή μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από το θεωρητικό πλαίσιο της ψυχολογικής ευελιξίας (psychological flexibility), σύμφωνα με το οποίο η προσαρμογή δεν εξαρτάται από την απουσία δύσκολων συναισθημάτων, αλλά από την ικανότητα του ατόμου να τα αναγνωρίζει, να τα αποδέχεται και να συνεχίζει να λειτουργεί αποτελεσματικά παρά την ύπαρξή τους (Hayes et al., 2006). Στην περίπτωση των πατέρων παιδιών με αναπηρία, αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η εμπειρία της πατρότητας συχνά συνοδεύεται από μακροχρόνια αβεβαιότητα, αυξημένη ευθύνη και συνεχείς προσαρμογές στις ανάγκες του παιδιού. Όταν τα δύσκολα συναισθήματα βιώνονται ως απειλητικά ή καταπιέζονται συστηματικά, η ψυχική επιβάρυνση φαίνεται να γίνεται εντονότερη.

Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας βρίσκονται σε συμφωνία με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, η οποία δείχνει ότι η χαμηλότερη ψυχολογική ευελιξία συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους, γονεϊκού στρες και συναισθηματικής εξάντλησης στους γονείς παιδιών με αναπηρία (Whittingham et al., 2022; Reich et al., 2025). Παρότι αρκετές μελέτες αναφέρονται γενικότερα σε γονείς, η παρούσα έρευνα δείχνει ότι η διάσταση αυτή φαίνεται να αφορά ουσιαστικά και τους πατέρες, οι οποίοι συχνά καλούνται να ισορροπήσουν ανάμεσα στον ρόλο του φροντιστή, στις επαγγελματικές απαιτήσεις και στην κοινωνική προσδοκία να παραμένουν «σταθεροί» και λειτουργικοί.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η ψυχική προσαρμογή των πατέρων δεν σχετίζεται μόνο με τις αντικειμενικές απαιτήσεις της αναπηρίας, αλλά και με τον τρόπο που οι ίδιοι επιτρέπουν στον εαυτό τους να βιώσει και να επεξεργαστεί τη δυσκολία. Σε αρκετές περιπτώσεις, η προσπάθεια απομάκρυνσης δύσκολων σκέψεων ή η αποφυγή επαφής με επώδυνα συναισθήματα φαίνεται να λειτουργεί βραχυπρόθεσμα ανακουφιστικά, χωρίς όμως να μειώνει ουσιαστικά την ψυχική επιβάρυνση. Αντίθετα, οι πατέρες που φαίνεται να αποδέχονται περισσότερο την πολυπλοκότητα της εμπειρίας τους ενδέχεται να εμφανίζουν μεγαλύτερη συναισθηματική ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα απέναντι στις απαιτήσεις της καθημερινότητας.

Από την έρευνα φάνηκε ότι η δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση συνδέεται ουσιαστικά με τον τρόπο που οι πατέρες αντιλαμβάνονται και βιώνουν τον γονεϊκό τους ρόλο. Η αυξημένη αποφυγή και η υπερεργήγορση συσχετίστηκαν με χαμηλότερη γονεϊκή ικανοποίηση και μειωμένη αίσθηση αποτελεσματικότητας, στοιχείο που δείχνει ότι όσο αυξάνεται η ψυχική πίεση, τόσο δυσκολότερο γίνεται για τον πατέρα να αισθανθεί επαρκής και συναισθηματικά ικανοποιημένος από τη γονεϊκή εμπειρία.

Η ανάλυση διαμεσολάβησης έδειξε ότι η σχέση ανάμεσα στο δευτερογενές τραυματικό στρες και στην ψυχική υγεία των πατέρων είναι περισσότερο άμεση παρά έμμεση. Παρότι εξετάστηκαν μεταβλητές όπως η ψυχολογική ακαμψία, η κοινωνική υποστήριξη, η αντίληψη της αναπηρίας και το εσωτερικευμένο στίγμα ως πιθανοί μεσολαβητές, τα έμμεσα αποτελέσματα δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά. Αντίθετα, οι άμεσες επιδράσεις του STSS παρέμειναν εμφανείς, καθώς το άγχος/αϋπνία και το συνολικό επίπεδο ψυχολογικής δυσφορίας προβλέπονταν κυρίως από την αποφυγή και τη διέγερση/υπερεργήγορση, ενώ ακόμη και η σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία επηρεαζόταν από όλες τις διαστάσεις της μετατραυματικής επιβάρυνσης.

Παράλληλα, ο τρόπος με τον οποίο οι πατέρες αντιλαμβάνονταν την αναπηρία του παιδιού φαίνεται να συνδέεται έντονα με την ψυχική τους κατάσταση. Η αντίληψη μεγαλύτερης απειλητικότητας της αναπηρίας συσχετίστηκε τόσο με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία (GHQ-28 σύνολο: $r=.482$, $p<.001$) όσο και με υψηλότερη μετατραυματική επιβάρυνση (STSS σύνολο: $r=.547$, $p<.001$), γεγονός που δείχνει ότι όσο περισσότερο η αναπηρία βιώνεται ως επιβαρυντική ή αβέβαιη, τόσο εντονότερη φαίνεται να γίνεται η ψυχική πίεση των πατέρων.

Η σχέση αυτή φαίνεται να εξηγείται από το γεγονός ότι η παρατεταμένη συναισθηματική επιβάρυνση απορροφά σημαντικούς ψυχικούς πόρους. Οι πατέρες που βρίσκονται σε διαρκή εγρήγορση ή προσπαθούν να απομακρυνθούν από δύσκολα συναισθήματα ενδέχεται να δυσκολεύονται περισσότερο να βιώσουν τον γονεϊκό ρόλο με αίσθηση επάρκειας, σταθερότητας και συναισθηματικής σύνδεσης. Η πατρότητα, επομένως, δεν επηρεάζεται μόνο από τις πρακτικές απαιτήσεις της φροντίδας, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο ο πατέρας διαχειρίζεται ψυχικά τη χρόνια πίεση.

Η εικόνα αυτή βρίσκεται σε συμφωνία με έρευνες που δείχνουν ότι το αυξημένο γονεϊκό στρες και η ψυχολογική επιβάρυνση συνδέονται με χαμηλότερη γονεϊκή

αυτοαποτελεσματικότητα και δυσκολότερη προσαρμογή στον γονεϊκό ρόλο, ιδιαίτερα στους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ (Strauss et al., 2024; Greenlee et al., 2023). Αντίστοιχα, οι Whittingham et al. (2022) υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική ευελιξία και η αποδοχή δύσκολων εμπειριών φαίνεται να προστατεύουν τη σχέση του γονέα με τον γονεϊκό ρόλο, μειώνοντας την επίδραση της ψυχικής επιβάρυνσης.

Παρότι καταγράφηκαν αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ μετατραυματικής επιβάρυνσης και γονεϊκού ρόλου, οι πατέρες της παρούσας έρευνας συνέχισαν να εμφανίζουν σχετικά υψηλή γονεϊκή επάρκεια. Το στοιχείο αυτό δείχνει ότι η ψυχική επιβάρυνση δεν οδηγεί απαραίτητα σε αποδυνάμωση του γονεϊκού ρόλου, αλλά συχνά συνυπάρχει με προσπάθεια διατήρησης της λειτουργικότητας και της υπευθυνότητας απέναντι στο παιδί.

Ένα από τα στοιχεία που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα είναι ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των πατέρων δεν συνοδεύτηκε απαραίτητα από απώλεια λειτουργικότητας ή αίσθησης γονεϊκής επάρκειας. Παρότι καταγράφηκαν ενδείξεις άγχους, υπερεγρήγορης, αποφυγής και συναισθηματικής πίεσης, οι πατέρες συνέχισαν να αξιολογούν σχετικά θετικά τον γονεϊκό τους ρόλο και την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του παιδιού. Η εικόνα αυτή δείχνει ότι η ψυχική επιβάρυνση και η λειτουργικότητα δεν αποτελούν απαραίτητα αντίθετες καταστάσεις.

Η παρατήρηση αυτή φαίνεται να συνδέεται με τον τρόπο με τον οποίο αρκετοί πατέρες διαχειρίζονται κοινωνικά και προσωπικά τον ρόλο τους. Η ανάγκη διατήρησης σταθερότητας, ελέγχου και υπευθυνότητας απέναντι στο παιδί ενδέχεται να οδηγεί πολλούς πατέρες στο να παραμένουν λειτουργικοί ακόμη και όταν βιώνουν σημαντική εσωτερική πίεση. Με άλλα λόγια, η ικανότητα ανταπόκρισης στις καθημερινές απαιτήσεις δεν σημαίνει απαραίτητα απουσία ψυχικής δυσφορίας. Η εικόνα αυτή συμφωνεί με τη βιβλιογραφία που δείχνει ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία συχνά εμφανίζονται εξωτερικά προσαρμοσμένοι, ενώ παράλληλα βιώνουν αυξημένο στρες, συναισθηματική κόπωση και δυσκολίες ψυχικής προσαρμογής (Seymour et al., 2025; Khouri, 2024).

Η σύγκριση μεταξύ πατέρων παιδιών με ΔΑΦ και πατέρων παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες δεν ανέδειξε ουσιαστικές διαφορές στην ψυχική υγεία και στη γονεϊκή επάρκεια, γεγονός που δείχνει ότι η εμπειρία της πατρότητας υπό συνθήκες αναπηρίας φαίνεται να συνοδεύεται από κοινές ψυχολογικές απαιτήσεις ανεξάρτητα από

τον τύπο της αναπηρίας. Παρότι οι δυσκολίες που συνοδεύουν τη ΔΑΦ (κοινωνική επικοινωνία, συμπεριφορά, απρόβλεπτη λειτουργικότητα) διαφοροποιούνται από τις απαιτήσεις των αισθητηριακών αναπηριών, όπως η επικοινωνιακή προσαρμογή, η εκπαιδευτική υποστήριξη και η ανησυχία για τη λειτουργική αυτονομία, τα δεδομένα της παρούσας έρευνας υποδηλώνουν ότι οι πατέρες φαίνεται να βιώνουν παρόμοιο επίπεδο ευθύνης, συναισθηματικής εμπλοκής και αβεβαιότητας (Gunjawate et al., 2022; Seymour et al., 2025; Khouiri, 2024). Η εικόνα αυτή συμφωνεί με τη θέση της Boss (1999) σχετικά με την *ambiguous loss*, σύμφωνα με την οποία η μακροχρόνια αναπροσαρμογή προσδοκιών και η αβεβαιότητα γύρω από το μέλλον του παιδιού αποτελούν κοινές εμπειρίες των γονέων παιδιών με αναπηρία, ανεξάρτητα από τη μορφή της διάγνωσης.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ορισμένες μεταβλητές, όπως η ψυχολογική ακαμψία, η αρνητικότερη αντίληψη της αναπηρίας και το εσωτερικευμένο στίγμα, σχετίζονταν με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία, χωρίς όμως να εξηγούν πλήρως την επίδραση της μετατραυματικής επιβάρυνσης.

Η εικόνα αυτή αναδεικνύει την ψυχολογική ευελιξία, την κοινωνική υποστήριξη και τη γνωστική νοηματοδότηση της αναπηρίας ως παράγοντες ψυχικής προσαρμογής (Whittingham et al., 2022; Reich et al., 2025). Ωστόσο, τα δεδομένα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι, στην περίπτωση των πατέρων, η επίδραση της μετατραυματικής επιβάρυνσης φαίνεται να είναι περισσότερο άμεση και λιγότερο εξαρτώμενη από μία μόνο ενδιάμεση μεταβλητή.

Η αυξημένη μετατραυματική επιβάρυνση συνδεόταν με περισσότερες δυσκολίες ψυχικής υγείας, χωρίς όμως να συνοδεύεται από πλήρη αποδυνάμωση της γονεϊκής λειτουργικότητας. Για παράδειγμα, η αντίληψη της αναπηρίας ως περισσότερο απειλητικής συνδέθηκε με υψηλότερη συνολική ψυχολογική δυσφορία (GHQ-28: $r=.482$, $p<.001$) και αυξημένο δευτερογενές τραυματικό στρες (STSS: $r=.547$, $p<.001$), γεγονός που δείχνει ότι η εσωτερική ψυχική επιβάρυνση ενισχύεται όταν η αναπηρία βιώνεται ως περισσότερο δύσκολη, αβέβαιη ή απειλητική για το μέλλον του παιδιού. Η παρατήρηση αυτή συμφωνεί με μελέτες που δείχνουν ότι οι πατέρες παιδιών με ΔΑΦ ή άλλες μορφές αναπηρίας συχνά εμφανίζονται εξωτερικά σταθεροί, ενώ ταυτόχρονα βιώνουν αυξημένο στρες, ψυχική κόπωση και συναισθηματική πίεση (Khouiri, 2024; Seymour et al., 2025). Η Dabrowska και Pisula (2010) επισημαίνουν ότι οι πατέρες τείνουν συχνά να εκφράζουν λιγότερο εμφανώς

τη δυσφορία τους σε σχέση με τις μητέρες, χωρίς αυτό να σημαίνει μικρότερη ψυχική επιβάρυνση.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι οι πατέρες παιδιών με αναπηρία βιώνουν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση, η οποία συνδέεται με το δευτερογενές τραυματικό στρες, το άγχος και τη συναισθηματική πίεση, χωρίς όμως να αναιρεί απαραίτητα τη γονεϊκή τους λειτουργικότητα. Η αποφυγή και η υπερεγρήγορη συνδέθηκαν περισσότερο με δυσκολίες ψυχικής υγείας, ενώ η περισσότερο απειλητική αντίληψη της αναπηρίας συσχετίστηκε με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία ($r=.482, p<.001$) και μετατραυματική επιβάρυνση ($r=.547, p<.001$), δείχνοντας ότι η ψυχική προσαρμογή επηρεάζεται τόσο από τις απαιτήσεις της αναπηρίας όσο και από τον τρόπο νοσηματοδότησής της (Leventhal et al., 2016; Boss, 1999). Παράλληλα, η ψυχολογική ακαμψία και το εσωτερικευμένο στίγμα φαίνεται να επιβαρύνουν την προσαρμογή των πατέρων, ενώ οι ομοιότητες μεταξύ ΔΑΦ και αισθητηριακών αναπηριών υποδηλώνουν ένα κοινό ψυχικό φορτίο που σχετίζεται με τη χρόνια φροντίδα, την αβεβαιότητα και την ανάγκη συνεχούς προσαρμογής (Gunjawate et al., 2022; Seymour et al., 2025; Reich et al., 2025)

9.3. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να διερευνήσει τη δευτερογενή μετατραυματική επιβάρυνση των πατέρων παιδιών με αναπηρία και τη σχέση της με την ψυχική υγεία και τον γονεϊκό ρόλο, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τον ρόλο της αντίληψης της αναπηρίας, της ψυχολογικής ευελιξίας, του εσωτερικευμένου στίγματος και του τύπου αναπηρίας. Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν ότι η εμπειρία της πατρότητας σε συνθήκες αναπηρίας συνοδεύεται από αυξημένες ψυχικές απαιτήσεις, οι οποίες φαίνεται να επηρεάζουν ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες βιώνουν την καθημερινότητά τους, διαχειρίζονται τις δυσκολίες του παιδιού και αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους μέσα στον γονεϊκό τους ρόλο.

Ένα από τα βασικότερα συμπεράσματα της μελέτης αφορά την παρουσία μέτριων προς αυξημένων επιπέδων δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης στους πατέρες παιδιών με αναπηρία. Η μετατραυματική επιβάρυνση δεν φάνηκε να περιορίζεται μόνο σε στιγμές έντονης συναισθηματικής φόρτισης, αλλά να εκδηλώνεται μέσα από ένα ευρύτερο σύνολο εμπειριών που περιλαμβάνει συναισθηματική αποστασιοποίηση, επαναβίωση

δύσκολων εμπειριών και διαρκή ψυχική ένταση. Ιδιαίτερα η αποφυγή αναδείχθηκε ως η περισσότερο επιβαρυνόμενη διάσταση, γεγονός που δείχνει ότι αρκετοί πατέρες φαίνεται να προσπαθούν να διαχειριστούν το ψυχικό βάρος της εμπειρίας μέσω συναισθηματικής αποστασιοποίησης ή περιορισμού της επαφής με δύσκολες σκέψεις και συναισθήματα. Παράλληλα, η παρουσία στοιχείων επαναβίωσης και διέγερσης υποδηλώνει ότι οι δυσκολίες του παιδιού συχνά παραμένουν ψυχικά ενεργές και συνοδεύονται από έντονη εσωτερική κινητοποίηση, ανησυχία και δυσκολία αποφόρτισης.

Ιδιαίτερα σημαντικό συμπέρασμα της παρούσας μελέτης αποτελεί η ισχυρή σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής επιβάρυνσης και ψυχικής υγείας. Όσο αυξάνονταν τα επίπεδα μετατραυματικής επιβάρυνσης, τόσο αυξάνονταν και τα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας των πατέρων, κυρίως σε σχέση με το άγχος, τις δυσκολίες ύπνου, τα σωματικά συμπτώματα και τη συνολική ψυχική επιβάρυνση. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ότι η συναισθηματική επιβάρυνση που σχετίζεται με την αναπηρία του παιδιού δεν αποτελεί μια παράλληλη ή δευτερεύουσα εμπειρία, αλλά φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά την καθημερινή ψυχική λειτουργία των πατέρων. Παράλληλα, η πιο περιορισμένη σύνδεση με την κοινωνική δυσλειτουργία δείχνει ότι αρκετοί πατέρες εξακολουθούν να διατηρούν σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργικότητα και την ανταπόκρισή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις, ακόμη και όταν βιώνουν έντονη ψυχική πίεση.

Αναφορικά με τον γονεϊκό ρόλο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αυξημένη μετατραυματική επιβάρυνση συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα γονεϊκής επάρκειας και γονεϊκής ικανοποίησης, ιδιαίτερα όταν κυριαρχούν στοιχεία αποφυγής και διέγερσης. Η συναισθηματική αποστασιοποίηση και η διαρκής ένταση φαίνεται να δυσκολεύουν τη θετική εμπειρία της γονεϊκότητας και να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες αξιολογούν τη λειτουργικότητά τους στον γονεϊκό ρόλο. Παρόλα αυτά, η εικόνα της έρευνας δεν δείχνει κατάρρευση ή αποδυνάμωση της πατρικής παρουσίας. Αντίθετα, παρά την αυξημένη ψυχική επιβάρυνση, αρκετοί πατέρες φαίνεται να εξακολουθούν να διατηρούν ενεργό και ουσιαστικό γονεϊκό ρόλο, συνεχίζοντας να συμμετέχουν στη φροντίδα και στην υποστήριξη του παιδιού τους.

Ως προς τον τύπο αναπηρίας, τα ευρήματα έδειξαν ότι οι πατέρες παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής επιβάρυνσης σε σύγκριση με τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, χωρίς όμως να παρατηρούνται αντίστοιχες ουσιαστικές διαφοροποιήσεις στην ψυχική υγεία ή στον γονεϊκό ρόλο. Το εύρημα αυτό

υποδηλώνει ότι ο τύπος αναπηρίας φαίνεται να διαφοροποιεί κυρίως τον τρόπο και την ένταση της ψυχικής επιβάρυνσης και λιγότερο τη συνολική γονεϊκή λειτουργία ή τη γενικότερη ψυχική κατάσταση των πατέρων.

Επιπλέον, αναδείχθηκε ότι η αντίληψη της αναπηρίας, η ψυχολογική ευελιξία και το εσωτερικευμένο στίγμα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των πατέρων. Όσο περισσότερο η αναπηρία βιώνεται ως δύσκολη και απειλητική εμπειρία, τόσο εντονότερη εμφανιζόταν η ψυχολογική δυσφορία και η μετατραυματική επιβάρυνση. Αντίστοιχα, η δυσκολία διαχείρισης δύσκολων συναισθημάτων και η παρουσία αυξημένου εσωτερικευμένου στίγματος συνδέθηκαν με αυξημένα επίπεδα ψυχικής επιβάρυνσης, γεγονός που δείχνει ότι η εμπειρία της αναπηρίας φαίνεται να επηρεάζεται όχι μόνο από τις αντικειμενικές απαιτήσεις της καθημερινότητας, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο ο πατέρας την αντιλαμβάνεται και τη βιώνει προσωπικά.

Παράλληλα, τα μοντέλα διαμεσολάβησης έδειξαν ότι η δευτερογενής μετατραυματική επιβάρυνση φαίνεται να επιδρά κυρίως άμεσα στην ψυχική υγεία και στον γονεϊκό ρόλο, ενώ οι έμμεσες επιδράσεις μέσω της ψυχολογικής ακαμψίας, της αντίληψης της αναπηρίας, του εσωτερικευμένου στίγματος και της κοινωνικής υποστήριξης εμφανίστηκαν περισσότερο περιορισμένες. Η αποφυγή και η διέγερση αναδείχθηκαν ως οι διαστάσεις που συνδέονται πιο σταθερά με αυξημένη ψυχική επιβάρυνση και μειωμένη θετική εμπειρία του γονεϊκού ρόλου, ενώ η εισβολή/επαναβίωση εμφάνισε μια πιο σύνθετη εικόνα, καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις συνδέθηκε με μεγαλύτερη γονεϊκή εμπλοκή και αίσθηση παρουσίας.

Συνολικά, η παρούσα μελέτη δείχνει ότι η πατρότητα σε συνθήκες αναπηρίας αποτελεί μια εμπειρία με σημαντικές ψυχικές απαιτήσεις, χωρίς όμως να οδηγεί απαραίτητα σε αποδυνάμωση του γονεϊκού ρόλου. Παρά τη συναισθηματική επιβάρυνση, αρκετοί πατέρες φαίνεται να συνεχίζουν να παραμένουν ενεργά παρόντες στη ζωή, στη φροντίδα και στην υποστήριξη του παιδιού τους, καταβάλλοντας μια συνεχή προσπάθεια προσαρμογής απέναντι στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Η εικόνα αυτή αναδεικνύει ότι η πατρική εμπλοκή και η ψυχική δυσκολία δεν αποτελούν απαραίτητα αντίθετες εμπειρίες· αντίθετα, φαίνεται συχνά να συνυπάρχουν, αποτυπώνοντας την πολυπλοκότητα της εμπειρίας των πατέρων παιδιών με αναπηρία και την ανάγκη ουσιαστικής κατανόησης και υποστήριξής τους.

9.4. Πρακτικές εφαρμογές και προτάσεις

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν ότι η ψυχολογική εμπειρία των πατέρων παιδιών με αναπηρία αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα, ο οποίος είναι απαραίτητο να λαμβάνεται περισσότερο υπόψη τόσο στην εκπαιδευτική διαδικασία όσο και στα πλαίσια υποστήριξης της οικογένειας. Παρότι οι πατέρες συχνά εμφανίζονται λειτουργικοί και λιγότερο εκφραστικοί ως προς τις δυσκολίες που βιώνουν, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πίσω από αυτή την εικόνα ενδέχεται να υπάρχουν αυξημένες ψυχολογικές απαιτήσεις και συναισθηματική επιβάρυνση.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι πολλοί πατέρες φαίνεται να συνεχίζουν να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του γονεϊκού και οικογενειακού τους ρόλου ακόμη και όταν βιώνουν σημαντική ψυχολογική πίεση, στοιχείο που ενδέχεται να σχετίζεται με κοινωνικές και προσωπικές προσδοκίες γύρω από τον πατρικό ρόλο και την ανάγκη διατήρησης μιας εικόνας σταθερότητας και λειτουργικότητας. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας ενισχύουν την αντίληψη ότι η αναπηρία δεν αφορά αποκλειστικά το ίδιο το παιδί, αλλά επηρεάζει πολυεπίπεδα το οικογενειακό σύστημα, τις σχέσεις, τους ρόλους και την ψυχολογική προσαρμογή όλων των μελών της οικογένειας.

Το στοιχείο αυτό καθιστά σημαντική την ουσιαστικότερη εμπλοκή των πατέρων στη συνεργασία σχολείου και οικογένειας, καθώς και την ενίσχυση της παρουσίας τους στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που αφορούν την εκπαιδευτική πορεία και υποστήριξη του παιδιού. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν ακόμη την ανάγκη οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες της ειδικής αγωγής να αναγνωρίζουν ότι οι ψυχολογικές δυσκολίες των πατέρων δεν εκφράζονται πάντοτε άμεσα ή εμφανώς, γεγονός που απαιτεί μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και κατανόηση απέναντι στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Σημαντικό είναι να μην ταυτίζεται η μειωμένη λεκτική έκφραση ή η διακριτική στάση των πατέρων με απουσία ψυχολογικής επιβάρυνσης ή ανάγκης υποστήριξης. Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται και η επιμόρφωση των επαγγελματιών της εκπαίδευσης και της ψυχικής υγείας σχετικά με την πατρική εμπειρία στο πλαίσιο της αναπηρίας, ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν έγκαιρα σημάδια ψυχολογικής επιβάρυνσης και να ενισχύουν ουσιαστικά τη συνεργασία με ολόκληρη την οικογένεια.

Αναδεικνύεται επίσης η σημασία ανάπτυξης περισσότερο οικογενειοκεντρικών και υποστηρικτικών πρακτικών στην ειδική αγωγή και εκπαίδευση. Πρακτικά, αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει τη δημιουργία ομάδων συμβουλευτικής και ψυχολογικής

υποστήριξης για γονείς, την πραγματοποίηση ενημερωτικών και βιωματικών σεμιναρίων για πατέρες παιδιών με αναπηρία, καθώς και την ενεργότερη συμμετοχή τους σε συναντήσεις με εκπαιδευτικούς, ειδικούς παιδαγωγούς και διεπιστημονικές ομάδες. Σημαντική μπορεί να αποδειχθεί και η παροχή έγκαιρης ψυχολογικής και συμβουλευτικής υποστήριξης προς τους γονείς ήδη από τα πρώτα στάδια της διάγνωσης, καθώς η αρχική περίοδος προσαρμογής ενδέχεται να συνοδεύεται από αυξημένη συναισθηματική επιβάρυνση, αβεβαιότητα και δυσκολίες διαχείρισης της νέας πραγματικότητας. Μέσα από τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να ενισχυθεί όχι μόνο η ψυχική ανθεκτικότητα των πατέρων, αλλά και η συνολική λειτουργικότητα της οικογένειας, καθώς και το υποστηρικτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται και υποστηρίζεται το παιδί.

9.5. Περιορισμοί της έρευνας

Παρά τη σημασία και τα ενδιαφέροντα ευρήματα της παρούσας έρευνας, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν ορισμένοι περιορισμοί, οι οποίοι είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία και γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Αρχικά, το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν αποκλειστικά από πατέρες παιδιών με ΔΑΦ, οπτική ή ακουστική αναπηρία, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλες κατηγορίες αναπηρίας ή σε διαφορετικά οικογενειακά πλαίσια. Παράλληλα, αν και το δείγμα περιλάμβανε συμμετέχοντες από διάφορες περιοχές της Ελλάδας, ο αριθμός των συμμετεχόντων παραμένει σχετικά περιορισμένος για την εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων για το σύνολο του πληθυσμού των πατέρων παιδιών με αναπηρία. Περιορισμό αποτελεί επίσης το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως πατέρες μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε νεότερους πατέρες, οι οποίοι πιθανόν να βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο προσαρμογής στη διάγνωση και στη φροντίδα παιδιού με αναπηρία. Η διαφορετική ηλικιακή κατανομή των παιδιών και η μεγαλύτερη συμμετοχή αγοριών στο δείγμα αποτελούν στοιχεία που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, καθώς ενδέχεται να επηρεάζουν τη βιωμένη εμπειρία της πατρότητας και περιορίζουν την ισόρροπη αποτύπωση των εμπειριών μεταξύ φύλου παιδιού, χωρίς ωστόσο να προκύπτουν σαφείς ενδείξεις ουσιαστικής διαφοροποίησης στα ευρήματα.

Η έρευνα βασίστηκε αποκλειστικά σε εργαλεία αυτοαναφοράς, γεγονός που ενδέχεται να επηρέασε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Οι πατέρες πιθανόν να απέφυγαν να εκφράσουν πλήρως ορισμένες σκέψεις ή συναισθήματα, ιδιαίτερα σε ζητήματα που σχετίζονται με την ψυχική επιβάρυνση, το άγχος ή το εσωτερικευμένο στίγμα. Η συχνά διακριτική και εσωτερικευμένη διαχείριση των δυσκολιών από τους πατέρες ενδέχεται να οδήγησε σε υποεκτίμηση ορισμένων ψυχολογικών διαστάσεων. Η χρήση ποσοτικής μεθοδολογίας, παρότι επέτρεψε τη στατιστική διερεύνηση των μεταβλητών, δεν κατέστησε δυνατή τη βαθύτερη κατανόηση των προσωπικών βιωμάτων και εμπειριών των συμμετεχόντων. Η αξιοποίηση ποιοτικών μεθόδων, όπως η ημιδομημένη συνέντευξη, θα μπορούσε να αναδείξει περισσότερο τις προσωπικές αφηγήσεις, τις συναισθηματικές διεργασίες και τις στρατηγικές προσαρμογής των πατέρων.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά τον διατομεακό χαρακτήρα της έρευνας (cross-sectional design), καθώς τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ως αποτέλεσμα, δεν είναι δυνατό να διερευνηθεί η εξέλιξη της ψυχολογικής κατάστασης των πατέρων σε βάθος χρόνου ή να διαπιστωθούν πιθανές μεταβολές που σχετίζονται με την ηλικία του παιδιού, τη διάρκεια της διάγνωσης ή τις εμπειρίες προσαρμογής της οικογένειας. Επιπλέον, ορισμένες μεταβλητές που ενδέχεται να επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογική εμπειρία των πατέρων δεν εξετάστηκαν σε βάθος στην παρούσα μελέτη, όπως η ποιότητα της συζυγικής σχέσης, η ύπαρξη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας, η σοβαρότητα της αναπηρίας ή η πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης και παρέμβασης.

Οι κατηγορίες αναπηρίας που εξετάστηκαν παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τα χαρακτηριστικά και τις απαιτήσεις τους. Ωστόσο, η παρούσα έρευνα δεν εστίασε σε εξειδικευμένες υποκατηγορίες ή στον βαθμό σοβαρότητας της κάθε αναπηρίας, στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάζει ουσιαστικά την ψυχολογική επιβάρυνση και την πατρική εμπειρία. Δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο συμμετοχής στην έρευνα κυρίως πατέρων που ήταν περισσότερο πρόθυμοι να μιλήσουν ή να εμπλακούν σε διαδικασίες σχετικές με την αναπηρία και την ψυχική υγεία, γεγονός που ενδέχεται να διαφοροποιεί το δείγμα από πατέρες που παραμένουν περισσότερο αποστασιοποιημένοι ή δυσκολεύονται να εκφράσουν τις εμπειρίες τους. Το στοιχείο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς η πατρική εμπειρία συχνά χαρακτηρίζεται από εσωτερίκευση συναισθημάτων και περιορισμένη αναζήτηση υποστήριξης.

9.6. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Με βάση τα ευρήματα και τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η διερεύνηση της εμπειρίας των πατέρων παιδιών με αναπηρία, καθώς η πατρική διάσταση εξακολουθεί να παραμένει λιγότερο ορατή στη σχετική βιβλιογραφία. Επόμενες έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν αποκλειστικά στους πατέρες, όχι μόνο ως συνοδευτικά πρόσωπα της οικογένειας, αλλά ως γονείς με δικές τους ψυχολογικές ανάγκες, τρόπους προσαρμογής και μορφές συναισθηματικής επιβάρυνσης. Κρίνεται ενδιαφέρον μελλοντικές ερευνητικές προσεγγίσεις να εστιάσουν περισσότερο στον τρόπο με τον οποίο οι πατέρες βιώνουν και εκφράζουν τη συναισθηματική πίεση, καθώς και στους μηχανισμούς προσαρμογής που αναπτύσσουν.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η αξιοποίηση ποιοτικών μεθόδων, όπως οι ημιδομημένες συνεντεύξεις ή οι αφηγηματικές προσεγγίσεις, ώστε να αναδειχθούν σε βάθος οι προσωπικές εμπειρίες, οι σκέψεις και οι συναισθηματικές διεργασίες των πατέρων. Μέσα από τέτοιες μεθόδους θα μπορούσε να φωτιστεί καλύτερα η διακριτική και εσωτερικευμένη διαχείριση των δυσκολιών, η οποία συχνά δεν αποτυπώνεται πλήρως μέσα από τα ποσοτικά εργαλεία. Θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθούν σε μεγαλύτερα και πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, ώστε να καταστεί δυνατή η ασφαλέστερη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Θα μπορούσαν ενδεχομένως να εξεταστούν χωριστά διαφορετικές κατηγορίες αναπηρίας, όπως η ΔΑΦ, η οπτική αναπηρία και η ακουστική αναπηρία, καθώς οι απαιτήσεις φροντίδας και οι ψυχολογικές επιπτώσεις ενδέχεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τη φύση και τη σοβαρότητα της αναπηρίας. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία παρουσιάζει μεγαλύτερη εστίαση στη ΔΑΦ σε σύγκριση με την οπτική και ακουστική αναπηρία. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται σημαντικό μελλοντικές έρευνες να διερευνήσουν περισσότερο τις ιδιαίτερες εμπειρίες των γονέων παιδιών με αισθητηριακές αναπηρίες, ώστε να αναδειχθούν πιθανές διαφοροποιήσεις στις ψυχολογικές και οικογενειακές τους εμπειρίες.

Ακόμη, θα μπορούσαν να σχεδιαστούν διαχρονικές έρευνες, οι οποίες θα παρακολουθούν την ψυχολογική κατάσταση των πατέρων σε διαφορετικές φάσεις της ζωής του παιδιού, από τη διάγνωση έως την ενήλικη ζωή. Με αυτόν τον τρόπο θα ήταν δυνατό να διερευνηθεί πώς μεταβάλλονται η μετατραυματική επιβάρυνση, η ψυχική υγεία, η γονεϊκή επάρκεια και οι στρατηγικές προσαρμογής με την πάροδο του χρόνου. Τέλος, ιδιαίτερα χρήσιμη θα ήταν η μελέτη παρεμβάσεων που απευθύνονται ειδικά σε πατέρες παιδιών με αναπηρία. Τέτοιες έρευνες θα μπορούσαν να αξιολογήσουν την

αποτελεσματικότητα προγραμμάτων ψυχολογικής υποστήριξης, ομάδων πατέρων, συμβουλευτικής γονέων και παρεμβάσεων ενίσχυσης της ψυχολογικής ευελιξίας, με στόχο την καλύτερη υποστήριξη των πατέρων και της οικογένειας συνολικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*(1), 27–35.
<https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(6), 631–637.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5th ed.). Oxford University Press.
- Burton, M. J., Ramke, J., Marques, A. P., Bourne, R. R. A., Congdon, N., Jones, I., Tong, B. A., Arunga, S., Bachani, D., Bascaran, C., Bastawrous, A., Blanchet, K., Braithwaite, T., Buchan, J. C., Cairns, J., Cama, A., Chagunda, M., Chuluunkhuu, C., Cooper, A., ... Faal, H. B. (2021). The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: Vision beyond

2020. *The Lancet Global Health*, 9(4), e489–e551. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30488-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30488-5)

Cabrera, N. J., Volling, B. L., & Barr, R. (2018). Fathers are parents, too! Widening the lens on parenting for children's development. *Child Development Perspectives*, 12(3), 152–157. <https://doi.org/10.1111/cdep.12275>

Chan, K. K. S., & Lam, C. B. (2018). Self-stigma among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 48, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.01.001>

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2018). *Research methods in education* (8th ed.). Routledge.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.

Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266–280. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Falk, N. H., Norris, K., & Quinn, M. G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3185–3203. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2189-4>

Feng, Y., Lu, D., Ng, T. Y. C., Chau, P. H., Chan, L. M. L., & Kwok, J. Y. Y. (2025). Mindfulness and parenting stress among parents of autistic children: The mediation of resilience and psychological flexibility. *Autism*. <https://doi.org/10.1177/13623613251328465>

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.

- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Flippin, M., & Crais, E. R. (2011). The need for more effective father involvement in early autism intervention: A systematic review and recommendations. *Journal of Early Intervention*, 33(1), 24–50. <https://doi.org/10.1177/1053815111400415>
- Fonseca, A., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2020). Uncovering the links between parenting stress and parenting styles: The role of psychological flexibility within parenting and global psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.004>
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D., & Garyfallos, A. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(4), 371–378. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03162.x>
- Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2009). Factor structure of the Parenting Sense of Competence scale using a normative sample. *Child: Care, Health and Development*, 35(1), 48–55. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00867.x>
- Golan, O., Haruvi-Lamdan, N., Laor, N., & Horesh, D. (2022). The comorbidity between autism spectrum disorder and post-traumatic stress disorder is mediated by brooding rumination. *Autism*, 26(2), 538–544. <https://doi.org/10.1177/13623613211035240>
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- Gray, D. E. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. *Social Science & Medicine*, 56(3), 631–642. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00059-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00059-X)

- Greenlee, J. L., Hickey, E., Stelter, C. R., Huynh, T., & Hartley, S. L. (2023). Profiles of the parenting experience in families of autistic children. *Autism*, 27(7), 1919–1932.
<https://doi.org/10.1177/13623613221147399>
- Gunjawate, D. R., Ravi, R., & Driscoll, C. (2023). Stress among parents of children with hearing loss and how they deal with it: A systematic review. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 27(1), 166–177. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743273>
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2022). *Exceptional learners: An introduction to special education* (15th ed.). Pearson.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629–642. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Heward, W. L. (2011). *Exceptional children: An introduction to special education* (10th ed.). Pearson.
- Hintermair, M. (2006). Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 493–513. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl005>
- Holbrook, M. C., & Koenig, A. J. (2000). *Foundations of education: Instructional strategies for teaching children and youths with visual impairments* (2nd ed.). American Foundation for the Blind Press.

- Hunt-Jackson, J. L. (2007). *Finding fathers' voices: Exploring life experiences of fathers of children with autistic spectrum disorders* [Doctoral dissertation, State University of New York at Buffalo].
- Ilias, K., Cornish, K., Kummar, A. S., Park, M. S.-A., & Golden, K. J. (2018). Parenting stress and resilience in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Southeast Asia: A systematic review. *Frontiers in Psychology, 9*, 280.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00280>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*(2), 167–175. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2*, 217–250.
- Karekla, M., & Michaelides, M. P. (2017). Validation and invariance testing of the Greek adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire-II across clinical vs. nonclinical samples and sexes. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(1), 119–124.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.006>
- Khouri, J. (2024). *The fathers' experiences of healthcare when caring for children with autism spectrum disorder* [Master's thesis, Macquarie University]. Sydney, Australia.
- Kreiser, N., & Segal, O. (2025). The power of two: Exploring the impact of mothers' and fathers' involvement in speech-language pathology treatment for children with autism. *Autism & Developmental Language Impairments, 10*. <https://doi.org/10.1177/23969415251355462>
- Kypriotaki, M., & Markodimitraki, M. (2016). Fathers of children with Autism Spectrum Disorders: A case study on their experiences and relationships. In *17th European Conference on Developmental Psychology Proceedings* (pp. 245–250). Medimond – Monduzzi Editore International Proceedings Division.

- Kypriotaki, M., Charitaki, G., Marinakis, G., Markodimitraki, M., Kalesiou, M., & Manolitsis, G. (2025). The impact of marital satisfaction, children's disability, and family characteristics on father involvement. *Hellenic Journal of Psychology*.
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2020). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896–910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
- Lamb, M. E. (Ed.). (2010). *The role of the father in child development* (5th ed.). Wiley.
- Lapková, T., Stejskalová, J., & Baloun, I. (2024). Paternal involvement in families with disabled children: A medical-social perspective on care, stress, and developmental outcomes. *Ukrainian Educational-Scientific Medical Space*, 3–4(4–5), 42–47. <https://doi.org/10.31612/3041-1548.3-4.2024.06>
- Lee, J., & Barger, B. (2024). Factors predicting poor mental and physical health in parents of children with autism spectrum disorder: Results from 2016 to 2019 National Survey of Children's Health. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(5), 1987–2002. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05870-y>
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. 2, pp. 7–30). Pergamon Press.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of self-regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Li, F., Tang, Y., Fang, S., Liu, X., Tao, M., Wu, D., & Jiang, L. (2022). Psychological distress in parents of children with autism spectrum disorder: A cross-sectional study based on 683 mother-father dyads. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, e49–e55. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.02.006>
- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J. H., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. W., Taylor, J. L., & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism

spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 5.

<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>

Lupón, M., Armayones, M., & Cardona, G. (2018). Quality of life among parents of children with visual impairment: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 83, 120–131. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.08.013>

Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., et al. (2021). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2018. *MMWR Surveillance Summaries*, 70(11), 1–16. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7011a1>

Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2008). Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(6), 532–545. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x>

Marie, A., Bat-Chava, Y., & Bonneville, M. (2023). Parenting stress and needs for social support in mothers and fathers of deaf or hard of hearing children. *Frontiers in Psychology*, 14, 1229420. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1229420>

Marschark, M., & Spencer, P. E. (Eds.). (2010). *The Oxford handbook of deaf studies, language, and education* (Vol. 1, 2nd ed.). Oxford University Press.

Mason, H., & McCall, S. (1997). *Visual impairment: Access to education for children and young people* (2nd ed.). David Fulton Publishers.

Menashe-Grinberg, A., Reich, A., & Levkovich, I. (2025). Psychological flexibility, parental reflective functioning, parental self-efficacy, and coping strategies among parents of children with autism spectrum disorder. *Clinical Nursing Research*.
<https://doi.org/10.1177/15407969251316501>

- Mitter, N., Ali, A., & Scior, K. (2019). Stigma experienced by families of individuals with intellectual disabilities and autism: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 89*, 10–21. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.03.001>
- Moore, D. F. (2001). *Educating the deaf: Psychology, principles, and practices* (5th ed.). Houghton Mifflin.
- Mukherjee, S., & Beresford, B. (2023). Factors influencing the mental health of autistic children and teenagers: Parents' observations and experiences. *Autism, 27*(8), 2324–2336. <https://doi.org/10.1177/13623613231158959>
- Ostergren Clark, K. L. (2021). *The relationships fathers have with their co-residential adult children with developmental disabilities: A qualitative exploration of fatherhood and masculinity* [Doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham].
- Papadopoulos, C., Lodder, A., Constantinou, G., & Randhawa, G. (2019). Systematic review of the relationship between autism stigma and informal caregiver mental health. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(4), 1665–1685. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3835-z>
- Rattaz, C., Loubersac, J., Michelon, C., Picot, M.-C., & Baghdadli, A. (2023). Changes in mothers' and fathers' stress level, mental health and coping strategies during the 3 years following ASD diagnosis. *Research in Developmental Disabilities, 137*, 104497. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104497>
- Reich, A., Lifshitz, H., Shnitzer-Meirovich, S., & Gur, A. (2025). Psychological flexibility, parental reflective functioning, parental efficacy and coping in parents of children with autism. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 50*(3), 177–194. <https://doi.org/10.1177/15407969251316501>

- Rusu, P. P., Candel, O.-S., Bogdan, I., Ilciuc, C., Ursu, A., & Podina, I. R. (2025). *Parental stress and well-being: A meta-analysis*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 28(2), 255–274. <https://doi.org/10.1007/s10567-025-00515-9>
- Sealy, J., McMahon, C., & Sweller, N. (2023). Parenting deaf children: Exploring relationships between resolution of diagnosis, parenting styles and morale, and perceived child vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 32, 2761–2775. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02579-z>
- Seymour, M., Pecora, L., McMahon, G., Wood, C. E., Feinberg, M., Hock, R., & Giallo, R. (2025). Trajectories of psychological distress for Australian fathers parenting a child on the autism spectrum: Evidence from early childhood to adolescence. *Autism*, 29(1), 182–194. <https://doi.org/10.1177/13623613241272005>
- Shakespeare, T., Watson, N., & Alghaib, O. A. (2017). Blaming the victim, all over again: Waddell and Aylward’s biopsychosocial (BPS) model of disability. *Critical Social Policy*, 37(1), 22–41. <https://doi.org/10.1177/0261018316649120>
- Song, D.-Y., Kyung, S., Bong, G., Kim, Y. R., Lee, Y., ... & Yoo, H. J. (2026). Understanding the mental health in parents of children on the autism spectrum: Beyond child-driven stressors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-026-07255-x>
- Strauss, K., Servadio, M., Valeri, G., Casula, L., Vicari, S., & Fava, L. (2024). Association between child behavioural problems and parenting stress in autism spectrum disorders: The role of parenting self-efficacy. *International Journal of Developmental Disabilities*, 70(1), 49–58. <https://doi.org/10.1080/20473869.2022.2052417>
- van den Broek, E. G. C., van Eijden, A. J. P. M., Overbeek, M. M., Kef, S., Sterkenburg, P. S., & Schuengel, C. (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 (VIIPP). *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29(4), 503–545. <https://doi.org/10.1007/s10882-016-9529-6>
- van der Lubbe, A., Swaab, H., Vermeiren, R. R. J. M., & Ester, W. A. (2023). Stress, eating behavior and adverse health in parents of young children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(10), 3948–3961. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05825-3>
- Wade, C. M., Matthews, J., Forbes, F., Vertkas, L., Burn, M., & Cann, W. G. (2023). Focus on fathers: Exploring the parenting experiences of fathers using a large population-level sample. *Child & Youth Care Forum*, 52(4), 801–828. <https://doi.org/10.1007/s10566-022-09709-6>
- Warren, D. H. (1994). *Blindness and children: An individual differences approach*. Cambridge University Press.
- Weinstein, N., & Zloof Golombick, A. (2025). ASD-modified interaction therapy: Effects on fathers' and mothers' responsiveness, affect, and attachment. *Journal of Early Intervention*, 47(1), 107–124. <https://doi.org/10.1177/10538151241235560>
- Whittingham, K., Sanders, M. R., McKinlay, L., & Boyd, R. N. (2014). Parenting intervention combined with acceptance and commitment therapy: A trial with families of children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(7), 698–710. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu023>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2021). *World report on hearing*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-hearing>
- World Health Organization. (2022). Mental health. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- World Health Organization. (2023). Autism. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism>
- World Health Organization. (2023). Blindness and vision impairment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- Xie, J., Yang, L., & Li, S. (2025). *The roles of parental psychological flexibility, mindfulness, and self-compassion in affecting mental health and self-efficacy in parents of children with or without hearing loss: An analysis of the parallel mediation model*. *Nursing Open*, 12(4). <https://doi.org/10.1002/nop2.70180>
- Yang, C.-J., Jin, J.-Y., & Sun, Y.-W. (2023). The impact of children behavior on depressive symptoms among parents of children with ASD: The mediating role of mindfulness and perceived social support. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 16(2), 92–113. <https://doi.org/10.1080/19315864.2022.2070809>
- Zhang, C., Lin, F., Chen, Y., Wang, R., Zhou, T., & Yi, C. (2025). The association between parenting stress and parenting behaviors in Chinese parents of children with autism spectrum disorders: The mediating role of parental anxiety and depression. *Journal of Child and Family Studies*, 34(2), 275–296. <https://doi.org/10.1080/19315864.2024.2401833>
- Zhou, T., Wang, Y., & Yi, C. (2018). Affiliate stigma and depression in caregivers of children with autism spectrum disorders in China: Effects of self-esteem, shame and family functioning. *Psychiatry Research*, 264, 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03>

Ελληνόγλωσση

Bryman, A. (2017). *Μέθοδοι κοινωνικής έρευνας*. Gutenberg.

- Κυπριωτάκη, Μ., & Γεωργιάδη, Μ. (2005). Παράγοντες που προκαλούν άγχος σε γονείς παιδιών με εμπόδια στη ζωή και στη μάθηση: Στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και στήριξης της οικογένειας. Στο Α. Τριλιανού & Ι. Καράμηνα (Επιμ.), *Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου με διεθνή συμμετοχή «Μάθηση και Διδασκαλία στην Κοινωνία της Γνώσης»* (Τόμ. 2, σσ. 153–162). Κέντρο Έρευνας Επιστήμης και Εκπαίδευσης (Κ.Ε.ΕΠ.ΕΚ.).
- Μπουμπούλη, Χ. (2021). *Η συμβολή της συμβουλευτικής γονέων στην ενίσχυση της γονεϊκής επάρκειας γονέων παιδιών με αναπηρία* (Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων). *Olympias Institutional Repository*.
- Σούλης, Σ.-Γ. (2002). Ανάγκες γονέων με «ειδικά» παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στο Ε. Κούρτη (Επιμ.), *Η έρευνα στην προσχολική ηλικία*. Gutenberg.
- Σούλης, Σ.-Γ. (2002). *Παιδαγωγική της ένταξης: Από το «σχολείο του διαχωρισμού» σε ένα «σχολείο για όλους»*. Τυπωθήτω / Δαρδανός.
- Σούλης, Σ.-Γ. (2008). *Ένα σχολείο για όλους: Από την έρευνα στην πράξη. Παιδαγωγική της ένταξης (Β' τόμος)*. Gutenberg.
- Σούλης, Σ.-Γ. (2020). *Σπουδή στη νοητική αναπηρία*. Gutenberg.
- Χολέβα, Β., Παρλαπάνη, Ε., Μποζίκας, Β.-Π., & Φωκάς, Κ. (Επιμ.). (2016). *Εγχειρίδιο κλινικής εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία*. University Studio Press.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2/26, 10:36 μ.μ.

Ανώνυμο Ερωτηματολόγιο Γονέα



Ανώνυμο Ερωτηματολόγιο Γονέα

Αγαπητοί πατέρες,

Ονομάζομαι Βασιλική Δημητρακάκη και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση".

Στα πλαίσια της διπλωματικής μου έρευνας διεξάγω μια καταγραφή απόψεων γονέων. Το παρόν **ΑΝΩΝΥΜΟ ερωτηματολόγιο** απευθύνεται σε γονείς, **ΔΕΝ** απαιτεί προσωπικά στοιχεία και η συμπλήρωση είναι απαραίτητη **ΜΟΝΟ** για την ολοκλήρωση της μελέτης μου. **Τα στοιχεία σας παραμένουν εντελώς ανώνυμα, το τονίζω.** Δεν χρειάζεται επομένως να αγχωθείτε για οποιαδήποτε απάντηση δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Διαρκεί περίπου 12-15 λεπτά.

Η συμπλήρωσή του είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση της διαδικασίας. Η συμμετοχή σας είναι **εθελοντική** και μπορείτε να διακόψετε την συμπλήρωση οποιαδήποτε στιγμή.

Η παρούσα έρευνα εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε) του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. <https://ethics.ac.uoi.gr/epikoionia/>

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων μέσα από την καρδιά μου για τον χρόνο σας και την πολύτιμη συμβολή σας στην εργασία μου! Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να σας ανακοινωθούν εάν το επιθυμείτε μετά από επικοινωνία.

Για οποιαδήποτε απορία το email μου είναι το εξής: pe1100078@uoi.gr

«Δημογραφικά στοιχεία γονέα και χαρακτηριστικά παιδιού»

ΟΔΗΓΙΕΣ: Στις επόμενες ερωτήσεις, επιλέξτε την απάντηση ή τις απαντήσεις που σας αντιπροσωπεύουν.

1) Ηλικιακή ομάδα (δική σας):

- ≤ 29 ετών
- 30-39 ετών
- 40-49 ετών
- 50-59 ετών
- 60+ ετών

2) Ηλικία του παιδιού σας (σε έτη):

- 0 – 2 ετών
- 3 – 5 ετών
- 6 – 11 ετών
- 12 – 14 ετών
- 15 – 18 ετών
- 19 – 25 ετών
- πάνω από 25

3) Φύλο του παιδιού σας:

- Αγόρι
- Κορίτσι
- Άλλο

4) Κύρια διάγνωση του παιδιού σας (μπορείτε να επιλέξετε πάνω από μια απάντηση):

- Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)
- Οπτική αναπηρία
- Ακουστική αναπηρία

5) Βαθμός σοβαρότητας της αναπηρίας (σύμφωνα με τη δική σας εμπειρία):

- Απαιτείται υποστήριξη (ήπιες ελλείψεις)
- Απαιτείται σημαντική υποστήριξη (έντονες ελλείψεις)
- Απαιτείται πολύ σημαντική υποστήριξη (σοβαρές ελλείψεις)

6) Χρόνος που έχει περάσει από την πρώτη διάγνωση:

- έως 6 μήνες
- έως 12 μήνες
- έως 3 χρόνια
- έως 5 χρόνια
- έως 10 χρόνια
- έως 13 χρόνια
- έως 16 χρόνια
- πάνω από 16 έτη

7) Ποια είναι η βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία φοιτά το παιδί σας;

- Ειδικό Νηπιαγωγείο
- Ειδικό Δημοτικό
- Γενικό Νηπιαγωγείο με Παράλληλη Στήριξη
- Γενικό Δημοτικό με Παράλληλη Στήριξη
- Ειδικό Επαγγελματικό Γυμνάσιο-Λύκειο
- Γενικό Γυμνάσιο-Λύκειο με Παράλληλη Στήριξη
- Κέντρο Δημέρευσης-Ημερήσιας Φροντίδας
- Σπίτι / Αποκλειστικά ιδιωτική παρέμβαση
- : Άλλο
—

8) Υπάρχουν δύσκολες συμπεριφορές;

- Ναι
- Όχι

9) Οικογενειακή σας κατάσταση:

- Έγγαμος
- Άγαμος
- Συμβίωση
- Διαζευγμένος
- Χήρος

10) Αριθμός παιδιών στην οικογένεια (συνολικά):

- 1
- 2
- 3
- πάνω από 4

11) Επίπεδο εκπαίδευσής σας:

- Απόφοιτος Δημοτικού
- Απόφοιτος Γυμνασίου
- Απόφοιτος Λυκείου
- Απόφοιτος ΙΕΚ / Μεταλυκειακή σχολή
- Απόφοιτος ΑΕΙ
- Απόφοιτος ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών
- Διδακτορικός τίτλος σπουδών

12) Κατάσταση απασχόλησης:

- Πλήρης απασχόληση
- Μερική απασχόληση
- Άνεργος
- Συνταξιούχος
- Αυτοαπασχολούμενος

13) Μέσο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα:

- < 600 €
- 600 – 1.200 €
- 1.201 – 2.000 €
- 2.001 – 3.000 €
- > 3.000 €

14) Περιοχή μόνιμης κατοικίας:

- Αγροτική περιοχή (έως 1999 κατοίκους)
- Ημιαστική περιοχή (από 2000 έως 9.999 κατοίκους)
- Αστική περιοχή (από 10.000 κατοίκους και άνω)

15) Συμπληρώστε από το 0-10 πόση βοήθεια λαμβάνετε από άλλο άτομο (οικογένεια, φίλοι, επαγγελματίες) για το παιδί σας:

0 = Δεν λαμβάνω καθόλου βοήθεια

5 = Λαμβάνω μέτρια βοήθεια

10 = Λαμβάνω πολύ μεγάλη και συστηματική βοήθεια

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16) Έχετε παρακολουθήσει επιμορφωτικό σεμινάριο / πρόγραμμα ενημέρωσης σχετικά με την αναπηρία του παιδιού σας;

- Ναι, έχω παρακολουθήσει
- Όχι, δεν έχω παρακολουθήσει
- Όχι, αλλά θα ήθελα να παρακολουθήσω
- Όχι, και δεν θα ήθελα να παρακολουθήσω

ΕΝΟΤΗΤΑ Α «Υγεία και Ευεξία»

ΟΔΗΓΙΕΣ: Επιλέξτε 1 απάντηση.

Απαντήστε σε κάθε πρόταση με βάση το πώς αισθανθήκατε το τελευταίο διάστημα, σε σύγκριση με τη συνήθη κατάστασή σας. **Απαντήστε αυθόρμητα με την απάντηση που σας έκανε κλικ από την πρώτη στιγμή.** Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

A1) Νιώθατε απολύτως καλά και με καλή υγεία;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A2) Νιώθατε την ανάγκη για κάποιο τονωτικό;

(«Τονωτικό» εννοούμε κάτι που να σας δίνει ενέργεια ή να ανεβάζει τη διάθεση πχ καφές, τσάι, ενεργειακά ποτά, βιταμίνες, συμπληρώματα κλπ.).

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A3) Νιώθατε κουρασμένος και χωρίς διάθεση;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A4) Νιώθατε ότι είστε άρρωστος;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A5) Είχατε πονοκεφάλους;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A6) Είχατε αίσθημα πίεσης ή σφιξίματος στο κεφάλι;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A7) Είχατε εξάψεις ή ρίγη;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A9) Είχατε δυσκολία να παραμείνετε κοιμισμένος;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A8) Χάσατε ύπνο λόγω ανησυχίας;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A10) Νιώθατε διαρκώς υπό πίεση;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A11) Νιώθατε ευερέθιστος ή οξύθυμος;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A12) Νιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A13) Νιώθατε ότι όλα σας ξεπερνούσαν;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A14) Νιώθατε συνεχώς νευρικός ή σε ένταση;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A15) Καταφέρνατε να παραμένετε απασχολημένος;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A16) Σας έπαιρνε περισσότερο χρόνο να κάνετε πράγματα;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A17) Νιώθατε γενικά ότι τα καταφέρνατε καλά;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A18) Ήσασταν ικανοποιημένος από τον τρόπο που εκτελούσατε τις υποχρεώσεις σας;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A19) Νιώθατε ότι παίζατε έναν χρήσιμο ρόλο στη ζωή σας;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο

A20) Νιώθατε ικανός να παίρνετε αποφάσεις;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A22) Νιώθατε ότι η ζωή είναι εντελώς χωρίς ελπίδα;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A21) Μπορούσατε να απολαμβάνετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A23) Νιώθατε ότι η ζωή δεν αξίζει να τη ζει κανείς;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A24) Σκεφτήκατε την πιθανότητα να βλάψετε τον εαυτό σας;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A25) Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα λόγω έντονης νευρικής τάσης;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A26) Ευχηθήκατε να ήσασταν νεκρός ή μακριά από όλα;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A27) Σας περνούσε από το μυαλό η ιδέα να αφαιρέσετε τη ζωή σας;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

A28) Νιώθατε ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα;

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Αρκετά περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

ΕΝΟΤΗΤΑ Β «Αντιλήψεις»

ΟΔΗΓΙΕΣ: Για κάθε ερώτηση, παρακαλούμε **επιλέξτε τον αριθμό (0–10)** που εκφράζει καλύτερα τη δική σας **άποψη**, με βάση το πώς βλέπετε την κατάσταση αυτή με το παιδί σας **αυτή τη χρονική περίοδο**.

Το 0 αντιστοιχεί στο ελάχιστο δυνατό επίπεδο (καθόλου), ενώ το 10 αντιστοιχεί στο μέγιστο δυνατό επίπεδο.

Μπορείτε να επιλέξετε μόνο έναν αριθμό.

B1) Σε ποιο βαθμό η αναπηρία/διαταραχή του παιδιού σας επηρεάζει τη ζωή σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B2) Πόσο καιρό πιστεύετε ότι θα διαρκέσει η κατάσταση του παιδιού σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B3) Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι έχετε έλεγχο απέναντι στην κατάσταση του παιδιού σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B4) Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι οι παρεμβάσεις ή θεραπείες μπορούν να βοηθήσουν;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B5) Σε ποιο βαθμό βιώνετε τις δυσκολίες/συμπτώματα της κατάστασης του παιδιού σας στην καθημερινότητά σας;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B6) Πόσο ανήσυχος αισθάνεστε για την κατάσταση του παιδιού σας;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B7) Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι κατανοείτε την αναπηρία/διαταραχή του παιδιού σας;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B8) Σε ποιο βαθμό η κατάσταση του παιδιού σας σας επηρεάζει συναισθηματικά;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B9) Παρακαλώ αναφέρετε, έναν παράγοντα που πιστεύετε ότι συνέβαλε στην κατάσταση του παιδιού σας.

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ «Συναισθήματα και εμπειρίες γονέα»

ΟΔΗΓΙΕΣ: Να απαντήσετε με ειλικρίνεια, **επιλέγοντας την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο**, με βάση το πώς αισθανθήκατε ή σκεφτήκατε το τελευταίο χρονικό διάστημα με τη δική σας προσωπική εμπειρία με το παιδί σας.

Βαθμολογήστε από **(ποτέ)** μέχρι **(πολύ συχνά)**.

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο αφορά τις σκέψεις και τα συναισθήματα που μπορεί να βιώνετε ως γονείς ενός παιδιού με αναπηρία. **Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις μόνο η δική σας προσωπική εμπειρία.**

Γ1) Ένωθα συναισθηματικά «μουδιασμένος»:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ2) Η καρδιά μου χτυπούσε δυνατά όταν σκεφτόμουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί μου:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ3) Ένωθα σαν να ξαναζώ τις δυσκολίες ή τον πόνο που βιώνει το παιδί μου:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ4) Είχα δυσκολία στον ύπνο:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ5) Ένιωθα απογοητευμένος για το μέλλον

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ6) Οτιδήποτε μου θύμιζε τις δυσκολίες του παιδιού μου με αναστάτωνα:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ7) Είχα μικρό ενδιαφέρον να βρίσκομαι με άλλους ανθρώπους:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ8) Ένιωθα σε διαρκή ένταση ή εγρήγορση:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ9) Είχα ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονταν με την κατάσταση του παιδιού μου:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ10) Ένωθα παγιδευμένος λόγω των ευθυνών που σχετίζονται με το παιδί μου:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ11) Απέφευγα ανθρώπους, μέρη ή καταστάσεις που μου θύμιζαν τις δυσκολίες του παιδιού μου:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ12) Ένωθα την ανάγκη να αποφεύγω καταστάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα του παιδιού μου:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ13) Ένιωθα ευερέθιστος (δηλαδή ένιωθα πιο ευαίσθητος ή εκνευρισμένος από ότι συνήθως):

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ14) Είχα δυσκολία στη συγκέντρωση:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ15) Ένιωθα σαν να βιώνω προσωπικά τον πόνο ή τη δυσκολία του παιδιού μου.:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ16) Είχα δυσκολία να θυμηθώ σημαντικές πτυχές της καθημερινότητάς μου ως γονέας:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

Γ17) Ένιωθα συναισθηματικά εξαντλημένος:

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Διαβάστε κάθε πρόταση και επιλέξτε τον βαθμό που συμφωνείτε ή διαφωνείτε.

Πιο κοντά στο 1= **Ισχυρά διαφωνώ**, πιο κοντά στο 7= **Ισχυρά συμφωνώ**. Μπορείτε να επιλέξετε μόνο έναν αριθμό, αυτόν που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

Δ1) Μερικές φορές νιώθω ότι δεν βιώνω κανονικά τα συναισθήματά μου:

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ2) Οι σκέψεις και τα συναισθήματά μου με πνίγουν:

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ3) Ανησυχώ για το πόσο άσχημα νιώθω:

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ4) Προσπαθώ να απομακρύνω τις σκέψεις που δεν μου αρέσουν:

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ5) Νιώθω ότι πρέπει να καταπολεμήσω τα δύσκολα συναισθήματα:

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ6) Όταν νιώθω άσχημα, προσπαθώ να μη σκέφτομαι τίποτα:

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ7) Ανησυχώ για τον τρόπο που θα αντιδράσω όταν νιώθω άγχος:

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε

ΟΔΗΓΙΕΣ: Επιλέξτε μια μόνο απάντηση, αυτή που σας αντιπροσωπεύει!

E1) Νιώθω ότι οι άλλοι με κοιτάζουν περίεργα επειδή είμαι γονιός ενός παιδιού με αναπηρία:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E2) Νιώθω ντροπή επειδή είμαι συγγενής ενός ατόμου με αναπηρία:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E3) Νιώθω ένοχος που έχω παιδί με αναπηρία:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E4) Νιώθω ότι φέρω ευθύνη για την κατάσταση του παιδιού μου:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E5) Φοβάμαι ότι οι άλλοι θα σκέφτονται ότι είμαι ανίκανος γονιός:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E6) Νιώθω ότι οι άλλοι με αποφεύγουν επειδή είμαι γονιός ενός παιδιού με αναπηρία:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E7) Νιώθω ότι πρέπει να απολογούμαι για την κατάσταση του παιδιού μου:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E8) Νιώθω ότι οι άλλοι θεωρούν ότι είμαι «φταίχτης» για την αναπηρία:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E9) Νιώθω ότι δεν μπορώ να μιλήσω ανοιχτά για το παιδί μου:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E10) Νιώθω ότι πρέπει να κρύβω την κατάσταση του παιδιού μου:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E11) Νιώθω ότι οι άλλοι με κρίνουν αρνητικά:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E12) Νιώθω ότι δεν με καταλαβαίνουν:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E13) Νιώθω ότι είμαι διαφορετικός από τους άλλους γονείς:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E14) Νιώθω ότι δεν ανήκω στην «κανονική» παρέα των γονέων:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

Ε15) Νιώθω ότι πρέπει να αποδείξω ότι είμαι καλός γονιός:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

Ε16) Νιώθω ότι οι άλλοι με λυποούνται:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

Ε17) Νιώθω ότι οι άλλοι με «λυποούνται υπερβολικά»:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

Ε18) Νιώθω ότι πρέπει να είμαι υπερπροστατευτικός:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

Ε19) Νιώθω ότι δεν έχω τη στήριξη που χρειάζομαι:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

Ε20) Νιώθω ότι οι άλλοι δεν θέλουν να βοηθήσουν:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E21) Νιώθω ότι πρέπει να κάνω τα πάντα μόνος/η μου:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

E22) Νιώθω ότι δεν μπορώ να ζητήσω βοήθεια:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ μερικώς
- Συμφωνώ πλήρως

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ «ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΝΟΤΗΤΑ»

Σε αυτό το σημείο να σας ευχαριστήσω και πάλι που φτάσατε μέχρι εδώ. Συμπληρώστε και αυτήν την τελευταία ενότητα και η διαδικασία θα ολοκληρωθεί!

Επιλέξτε 1 μόνο απάντηση!

ΣΤ1) Νιώθω ικανός να χειρίζομαι τις καθημερινές δυσκολίες του παιδιού μου:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Διαφωνώ κάπως
- Συμφωνώ κάπως
- Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Συμφωνώ πλήρως

ΣΤ2) Ξέρω πώς να ανταποκριθώ στις ανάγκες του παιδιού μου:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Διαφωνώ κάπως
- Συμφωνώ κάπως
- Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Συμφωνώ πλήρως

ΣΤ3) Νιώθω ότι τα καταφέρνω καλά στον γονεϊκό μου ρόλο:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Διαφωνώ κάπως
- Συμφωνώ κάπως
- Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Συμφωνώ πλήρως

ΣΤ4) Νιώθω αρκετά σίγουρος για τις γονεϊκές μου δεξιότητες:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Διαφωνώ κάπως
- Συμφωνώ κάπως
- Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Συμφωνώ πλήρως

ΣΤ5) Απολαμβάνω να είμαι γονιός:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Διαφωνώ κάπως
- Συμφωνώ κάπως
- Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Συμφωνώ πλήρως

ΣΤ6) Νιώθω ικανοποίηση από τον γονεϊκό μου ρόλο:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Διαφωνώ κάπως
- Συμφωνώ κάπως
- Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Συμφωνώ πλήρως

ΣΤ7) Ο γονεϊκός ρόλος με γεμίζει χαρά:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Διαφωνώ κάπως
- Συμφωνώ κάπως
- Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Συμφωνώ πλήρως

ΣΤ8) Νιώθω «γεμάτος» όταν περνάω χρόνο με το παιδί μου:

- Διαφωνώ πλήρως
- Διαφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Διαφωνώ κάπως
- Συμφωνώ κάπως
- Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό
- Συμφωνώ πλήρως

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Η.Δ.Ε. ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προς

Τον κ. Σούλη Σπυρίδωνα
Εργαστήριο Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 23 Ιανουαρίου 2026
Αριθμ. Πρωτ.: 3075/2026

Αξιότιμε κύριε Σούλη,

Κατόπιν εξέτασης της αίτησής σας από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στην Συνεδρίαση της 21^{ης} Ιανουαρίου 2026 καθώς και των συμπληρωματικών στοιχείων που σας ζητήθηκαν σας χορηγείται δεοντολογική έγκριση για την παρακάτω πρόταση:

Τίτλος: «Η μετατραυματική κατάσταση πατέρων ατόμων με αναπηρία ως επιδραστικός παράγοντας στην ψυχική υγεία τους και στον γονεϊκό τους ρόλο»

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση,

Η Πρόεδρος
της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας

VASILIKI BOUMPA

26.01.2026 11:59 UTC
Μπούμπα Βασιλική

Καθηγήτρια Τμήματος Ιατρικής ΠΙ

e-mail: eyde@uoi.gr τηλ.: 26510-07134

