



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΧΟΛΕΣ ΓΟΝΕΩΝ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΣΥΝΤΟΜΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ
ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ Χ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2011



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΧΟΛΕΣ ΓΟΝΕΩΝ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΣΥΝΤΟΜΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ
ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ Χ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2011

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Νόμος 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».

Ημερομηνία αίτησης του κ. Κωνσταντινίδη Ελευθέριου: 13-12-2004

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 560^α/21-6-2005

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Μαυρέας Βενετσάνος Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Υφαντής Θωμάς Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Δαμίγος Δημήτριος Επίκουρος Καθηγητής Ψυχολογίας με ιδιαίτερη έμφαση στην Ιατρική Ψυχολογία Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 21-6-2005

«Σχολές Γονέων: Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας σύντομου προγράμματος ψυχοεκπαίδευσης γονέων Γνωστικής Συμπεριφορικής Προσέγγισης»

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :

Βενετσάνος Μαυρέας	Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Ελισάφ Μωυσής	Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Σιαμοπούλου- Μαυρίδου Αντιγόνη	Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Υφαντής Θωμάς	Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Δαμίγος Δημήτριος	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής με ιδιαίτερη έμφαση στην Ιατρική Ψυχολογία, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Δημολιάτης Ιωάννης	Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Τζούφη Μερόπη	Επίκουρη Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 14-4-2011

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

Ιωάννης Γουδέβενος

Καθηγητής Παθολογίας-Καρδιολογίας



Η Γραμματέας της Σχολής

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΣΒΕΝΤΖΟΥΡΗ -ΖΩΗ

Στα παιδιά μου

Στη σύζυγό μου

Στους γονείς μου

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Γύρω στο 1962 ιδρύθηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας η πρώτη σχολή γονέων στην Αθήνα, σύμφωνα με τα γαλλικά πρότυπα, με πρωτοβουλία της Μ. Χουρδάκη, ψυχολόγου και Επίτιμου Προέδρου του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Από τότε έως και σήμερα οι σχολές γονέων λειτουργούν ως προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης και εφαρμόζονται σε πάρα πολλές περιοχές στην Ελλάδα από τη Σχολή Γονέων Αθηνών και άλλους ιδιωτικούς φορείς, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τους Συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων, τους Δημοτικούς και Ιδιωτικούς Παιδικούς Σταθμούς, τα πολυάριθμα σε όλη την Ελλάδα Κέντρα Πρόληψης της Εξάρτησης από τα Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας του OKANA, κ.α.

Αν και τα προγράμματα αυτά φέρουν στην Ελλάδα την ονομασία «Σχολές Γονέων» (Parent Schools), στη διεθνή βιβλιογραφία φέρουν κυρίως την ονομασία «Προγράμματα Κατάρτισης ή Εκπαίδευσης γονέων» (Parent Training Programs).

Η άποψη που επικρατεί είναι πως τα προγράμματα σχολών γονέων είναι αποτελεσματικά και βοηθούν τους γονείς στη διαπαιδαγώγηση και τη σχέση με τα παιδιά τους, όμως θέματα όπως, τα χαρακτηριστικά των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά, η δομή των προγραμμάτων αυτών, η θεματολογία που εμπεριέχουν, ο τρόπος διεξαγωγής τους και το κατά πόσο είναι αποτελεσματικά ή όχι παραμένουν, ειδικά στην Ελλάδα, αναπάντητα.

Ο σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν τριπλός: α) η διερεύνηση κατ' αρχάς των χαρακτηριστικών των γονέων που δηλώνουν συμμετοχή και τελικά συμμετέχουν σε προγράμματα σχολών γονέων, β) η προσπάθεια σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας ενός συγκεκριμένου δομημένου προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης και γ) η διερεύνηση της προσωπικής άποψης των γονέων για το πρόγραμμα στο οποίο συμμετείχαν.

Τώρα η μελέτη αυτή έφτασε στο τέλος της. Δε θα ήταν όμως ολοκληρωμένη αν δεν ευχαριστούσα όλους όσους βοήθησαν ώστε να φτάσει στο τέλος της.

Θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τον επιβλέποντα της παρούσας διατριβής Βενετσάνο Μαυρέα καθηγητή ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τη συνεχή και συνεπή καθοδήγηση και βοήθεια του καθώς και τη στήριξη και εμπιστοσύνη του.

Τον αναπληρωτή καθηγητή ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής Υφαντή Θωμά.

Τον επίκουρο καθηγητή ιατρικής ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής Δαμίγο Δημήτριο.

Την Κατερίνα Μπόλη, ΕΤΕΠ ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τη συνεχή και άψογη συνεργασία και επικοινωνία, τις χρήσιμες συμβουλές της και την πάντοτε εγκάρδια πρόθεσή της για βοήθεια.

Τον επίκουρο καθηγητή εξελικτικής ψυχοπαθολογίας του Πανεπιστημίου Μακεδονίας Γρηγόρη Σίμο για τη συνεχή και ακούραστη καθοδήγηση και βοήθειά του, όχι μόνο στα πλαίσια της παρούσης έρευνας, αλλά και στα πλαίσια της πορείας μου στον τομέα της γνωστικής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας.

Τον στατιστικό-φυσικό Κώστα Τζάνα για τις συμβουλές του και την μεγάλη του βοήθεια σχετικά με τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας.

Τον ψυχίατρο της Β΄ Πανεπιστημιακής Κλινικής του ΨΝΘ Νικόλα Νικολαΐδη για την ηθική υποστήριξή του και τη βοήθειά του σχετικά με τη βιβλιογραφία.

Την κοινωνιολόγο Βάια Παπανικολάου, τη νηπιαγωγό Δήμητρα Γκόγκα και τους φίλους Στέργιο Παπανικολάου, Αχιλλέα Μπίτση και Χρήστο Γκόγκα για την πολύτιμη βοήθεια και συμπαράστασή τους.

Όλους τους γονείς που συμμετείχαν στην έρευνα και που αφιέρωσαν χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τους γονείς που συμμετείχαν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης.

Τον παιδαγωγό Θόδωρο Παυλίδη, διευθυντή του 92^{ου} Δημοτικού Σχολείου Θεσσαλονίκης.

Τα μέλη του συλλόγου γονέων και κηδεμόνων του 92^{ου} Δημοτικού Σχολείου Θεσσαλονίκης για την παροχή υλικοτεχνικών μέσων και την απόφαση της άδειας να διεξαχθεί η έρευνα στο σχολείο τους.

Την νηπιαγωγό Ειρήνη Τάγκαλη, διευθύντρια του Βρεφονηπιακού Σταθμού «Μαγεμένο Δάσος».

Τέλος, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ, από τα βάθη της καρδιάς μου και να εκφράσω την απέραντη αγάπη μου, στα υπέροχα παιδιά μου και στη Γιώτα Γκόγκα, σύζυγο και συνάδελφο, μιας και η συγκεκριμένη προσπάθεια δε θα μπορούσε να ξεκινήσει, να διατηρηθεί και τελικά να ολοκληρωθεί χωρίς τη βοήθεια, τη συμπαράσταση, την τεράστια υπομονή, την καθοδήγηση και την αγάπη της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	19
Ορισμοί	21
Προγράμματα Εκπαίδευσης Γονέων	21
Γονεϊκή λειτουργία	23
Πρόληψη	23
Ψυχική υγεία	24
Αγωγή υγείας	24
Προστασία και προαγωγή της υγείας	24
Εκπαιδευτής-συντονιστής και ομάδα εκπαίδευσης-ευαισθητοποίησης	25
Η σημασία της επίδρασης των γονέων στην ανάπτυξη του παιδιού	27
Βιβλιογραφική ανασκόπηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων	32
Ιστορική ανασκόπηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων	32
Βασικός σκοπός, δομή, περιεχόμενο και κόστος των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων	34
Κατηγορίες των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων με βάση τα χαρακτηριστικά των γονέων στους οποίους απευθύνονται	38
Κατηγορίες των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων με βάση τη θεωρητική τους κατεύθυνση	40
Τα βασικότερα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων	42
Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων	45
<i>Ποιοτικές μελέτες</i>	45
<i>Ποσοτικές μελέτες</i>	48
Προγράμματα γενικού πληθυσμού έναντι προγραμμάτων οικογενειών υψηλού κινδύνου	54
Βασικά κριτήρια για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων	56
Τα χαρακτηριστικά των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης	63
Σκοπός της παρούσας μελέτης	65
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	67

Υλικό	69
Μέθοδος	69
Στατιστική μεθοδολογία	71
Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν	73
Το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων	73
Η Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (Life Satisfaction Inventory, LSI)	74
Το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI)	75
Η Κλίμακα εκτίμησης ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)	76
Το Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού και Δομικού Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)	77
Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ)	78
Η Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, FACES-III)	80
Το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ)	82
Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Προγράμματος Εκπαίδευσης από τους Ίδιους τους Γονείς	84
Το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης	85
Δομή και θεματολογία των συναντήσεων	85
Τεχνικές γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης που χρησιμοποιούνται στο πρόγραμμα	89
<i>Ο Σωκρατικός διάλογος</i>	90
<i>Το παιχνίδι ρόλων</i>	90
<i>Η εργασία σε μικρές ομάδες σε διάταξη κύκλου</i>	90
<i>Τεχνικές εισαγωγής των γονέων στο πρόγραμμα και στο γνωστικό μοντέλο</i>	91
<i>Τα βοηθητικά φυλλάδια και οι σημειώσεις κάθε συνάντησης</i>	91
<i>Η περίληψη στο τέλος κάθε συνάντησης και καθορισμός της δουλειάς στο σπίτι</i>	92
<i>Η τεχνική της επανατροφοδότησης</i>	92
<i>Τεχνικές αυτοελέγχου και διαχείρισης της διάθεσης</i>	92
<i>Το χιούμορ, οι μεταφορές, τα ανέκδοτα, οι αναλογίες και οι ιστορίες</i>	93

<i>Η «βιβλιοθεραπεία»</i>	94
<i>Τεχνικές αναγνώρισης, κατηγοριοποίησης και αμφισβήτησης των αυτόματων διαστρεβλωμένων σκέψεων</i>	94
<i>Τεχνικές επίλυσης προβλημάτων</i>	94
<i>Τεχνικές ανάλυσης και τροποποίησης της αρνητικής συμπεριφοράς του παιδιού</i>	95
Ο ρόλος του συντονιστή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης	95
Η γνωστοποίηση και τα βασικά εκπαιδευτικά μέσα διεξαγωγής του προγράμματος	97
Τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας	99
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	103
Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	103
Η αξιοπιστία των κλιμάκων και υποκλιμάκων	110
Τα αποτελέσματα του BDI	111
Τα αποτελέσματα της LSI	113
Τα αποτελέσματα της SCL-90-R	122
Τα αποτελέσματα του STAI	130
Τα αποτελέσματα του EPQ	133
Τα αποτελέσματα του ΕΔΕΠ	137
Τα αποτελέσματα της FACES III	143
Τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης του Προγράμματος από τους Ίδιους τους Γονείς	155
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	161
Σχόλια και περιορισμοί	161
Το δείγμα και ο βαθμός ανταπόκρισης	164
Εκδήλωση ενδιαφέροντος, συμμετοχή, μη προσέλευση και πρόωρη αποχώρηση	166
Τα χαρακτηριστικά των γονέων που δηλώνουν συμμετοχή και συμμετέχουν στις σχολές γονέων	170

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά _____	171
Χαρακτηριστικά σχετικά με την εκτίμηση της ικανοποίησης ζωής (LSI) _____	173
Χαρακτηριστικά σχετικά με τη λειτουργικότητα της οικογένειας (FACES III) _____	174
Χαρακτηριστικά σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση των γονέων (BDI, SCL-90-R, STAI) _____	174
Χαρακτηριστικά σχετικά με την προσωπικότητα των γονέων (EPQ) _____	177
Χαρακτηριστικά σχετικά με προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών (ΕΔΕΠ) _____	178
Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος σχολών γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης _____	179
Τα ευρήματα της LSI _____	179
Τα ευρήματα της FACES III _____	181
Τα ευρήματα του BDI, της SCL-90-R και του STAI _____	182
Τα ευρήματα του EPQ _____	186
Τα ευρήματα του ΕΔΕΠ _____	187
Η αξιολόγηση του προγράμματος από τους ίδιους τους γονείς: Οι απόψεις των γονέων _____	188
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ _____	193
ΠΕΡΙΛΗΨΗ _____	201
SUMMARY _____	205
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη _____	211
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Φυλλάδια γνωστοποίησης του προγράμματος _____	237
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Οι προσδοκίες των γονέων _____	243
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	247

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορισμοί

Προγράμματα Εκπαίδευσης Γονέων

Οι σχολές γονέων (parent schools) ή προγράμματα εκπαίδευσης γονέων (parent training programs), είναι προγράμματα που στοχεύουν να βοηθήσουν τους γονείς να βελτιώσουν την επικοινωνία και τη σχέση με τα παιδιά τους και να εφοδιάσουν τους γονείς με μια σειρά από δεξιότητες, ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν, να ορίζουν, να παρατηρούν και να αντιμετωπίζουν την προβληματική συμπεριφορά των παιδιών τους. Τα συγκεκριμένα προγράμματα είναι δομημένα έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν από κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα διαφόρων ειδικοτήτων. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν διάρκεια από 4 έως 22 εβδομάδες. Οι γονείς συμμετέχουν στις συναντήσεις χωρίς τα παιδιά.

Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων στα οποία οι γονείς εκπαιδεύονται συμμετέχοντας σε ομάδες γονέων υπό το συντονισμό ενός ή δύο εκπαιδευμένων εκπαιδευτών-συντονιστών στα πλαίσια μιας κλινικής ή της κοινότητας. Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται σε γονείς με παιδιά που παρουσιάζουν κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα ή σε γονείς που τα παιδιά τους δεν εμφανίζουν κάποιο πρόβλημα αλλά επιθυμούν να μάθουν νέους τρόπους διαπαιδαγώγησης.
2. Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων ένας προς έναν (one-to-one programmes), στα οποία οι γονείς συναντιούνται ο καθ' ένας χωριστά με τον ίδιο θεραπευτή, στα πλαίσια μιας κλινικής ή στο σπίτι των γονέων. Τα προγράμματα αυτά έχουν κυρίως θεραπευτικό σκοπό.
3. Προγράμματα αυτό-εκπαίδευσης γονέων. στα οποία οι γονείς διαχειρίζονται από μόνοι την εκπαίδευσή τους π.χ. διαβάζοντας κάποιο εγχειρίδιο ή παρακολουθώντας βίντεο στα πλαίσια κάποιας κλινικής ή στο σπίτι με την ταυτόχρονη απουσία κάποιου θεραπευτή και πάλι για θεραπευτικό σκοπό [1].

Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων στην Ελλάδα έχουν καθιερωθεί με τον όρο σχολές γονέων. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η Μ. Χουρδάκη [2], «ο όρος σχολές γονέων αναφέρεται σε σχολεία ενηλίκων προαιρετικής φοίτησης, που αποβλέπουν στην παροχή γνώσεων γύρω από την οικογένεια και την ανατροφή των παιδιών και ασχολούνται ιδιαίτερα με ψυχολογικά προβλήματα, με θέματα υγείας και υγιεινής διαβίωσης, καθώς και με την παροχή συμβουλών για ορισμένες προσωπικές δύσκολες περιπτώσεις. Οι σχολές γονέων αποτελούν μια μορφή ενός σύγχρονου μορφωτικού θεσμού, που εντάσσεται στα πλαίσια της δια βίου παιδείας, χωρίς να έχει το γνωστό σχήμα των άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Απευθύνεται στους γονείς, στους μέλλοντες γονείς, στους νέους, που παίρνοντας μέρος σε ομάδες, ενημερώνονται πάνω σε θέματα σχετικά με την ανάπτυξη και τις ανάγκες του παιδιού καθώς και για τη διαμόρφωση της δικής τους ψυχολογίας. Βασικός σκοπός των σχολών γονέων είναι η προληπτική ψυχική υγιεινή του ατόμου».

Σήμερα, ο όρος «προγράμματα εκπαίδευσης γονέων» χρησιμοποιείται περισσότερο στη διεθνή βιβλιογραφία από ότι ο όρος «σχολές γονέων» [3]*. Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι συνήθως σύντομα σε διάρκεια και απευθύνονται σε γονείς με παιδιά βρεφικής, νηπιακής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Αν και πολλά από αυτά τα προγράμματα έχουν και θεραπευτικό σκοπό, βασικός τους στόχος είναι η πρόληψη της ψυχικής υγείας του παιδιού [4]. Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι σύντομες χρονικά παρεμβάσεις που στοχεύουν στην υποστήριξη και εκπαίδευση των γονέων ώστε να ασκήσουν αποτελεσματικά το γονεϊκό τους ρόλο [5] και αποτελούν ένα κομμάτι μόνο των ποικίλων τρόπων υποστήριξης των γονέων [3]. Επίσης, στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας της σχέσης γονέα-παιδιού, βελτιώνοντας τη λειτουργία και την ποιότητα ζωής των γονέων και των παιδιών [6], την ψυχική υγεία της μητέρας και τη συναισθηματική και συμπεριφορική ρύθμιση των παιδιών [7]. Τα προγράμματα αυτά, είναι στην πλειονότητά τους δομημένα και έχουν συγκεκριμένη θεματολογία με καθορισμένους στόχους, αν και διαφοροποιούνται αρκετά ως προς τη μορφή, το περιεχόμενο, το σκοπό, το μέγεθος και τη θεωρητική τους κατεύθυνση [6].

Σύμφωνα με τους Shepard και Carlson [8], τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων αποτελούν και ένα είδος παρέμβασης του σχολείου προς την οικογένεια, όπου οι γονείς συμμετέχουν σε ομάδες, υπό το συντονισμό ενός εκπαιδευτή, ο οποίος παρουσιάζει στην ομάδα θέματα από μια προσχεδιασμένη θεματολογία σε όλη την ομάδα των γονέων και όχι σε κάθε γονέα χωριστά [9,10]. Ο περισσότερος χρόνος δεν αναλώνεται στην παρουσίαση του κάθε θέματος, αλλά στην εξάσκηση και ενεργή συμμετοχή των γονέων για την απόκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων, όπως η εξάσκηση σε τρόπους ενίσχυσης της συμπεριφοράς του παιδιού [10].

Βασικός στόχος των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων είναι η πρόληψη. Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων αποτελούν προγράμματα παρέμβασης ενός ευρύτερου πλαισίου πρωτογενούς πρόληψης της ψυχικής υγείας του ευρύτερου χώρου της αγωγής και προαγωγής της υγείας [11-15].

Τα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων αποτελούν μια από τις ποικίλες παρεμβάσεις για γονείς που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Άλλες παρεμβάσεις που μπορεί να είναι ωφέλιμες για τους γονείς είναι: τα ατομικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, η ατομική συμβουλευτική, η τηλεφωνική υποστήριξη, τα φυλλάδια που είναι σχετικά με ένα θέμα και στοχεύουν στη γραπτή ενημέρωση των γονέων, τα άρθρα σε εφημερίδες και περιοδικά, τα βιβλία σχετικά με τη γονεϊκή λειτουργία, το υλικό από αξιόπιστες πηγές που είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο, το υλικό πληροφόρησης που αποτελεί περιεχόμενο μιας βιντεοκασέτας ή κάποιου CD-ROM ή DVD, η πληροφόρηση-ενημέρωση και συμβουλευτική από υπηρεσίες του κοινωνικού

* Στο εξής στα πλαίσια της συγκεκριμένης μελέτης θα χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση και οι δύο όροι.

δικτύου, τα προγράμματα επίσκεψης στο σπίτι, οι ενημερωτικές τηλεοπτικές ή ραδιοφωνικές εκπομπές κ.α. [6,16].

Γονεϊκή λειτουργία

Η Παπαγεωργίου [17] αποδίδοντας τον αγγλικό όρο «parenting» στην ελληνική γλώσσα αναφέρεται στην έννοια της γονεϊκής λειτουργίας και χρησιμοποιεί τον ορισμό της Kendziora και O’Leary [18], οι οποίες ορίζουν τη γονεϊκή λειτουργία ως οτιδήποτε κάνουν ή δεν κάνουν οι γονείς καθημερινά. Η καθημερινή αυτή συμπεριφορά των γονέων περιλαμβάνει, τις αντιλήψεις, τα συναισθήματα, τις αξίες και τη στάση τους προς το παιδί. Βασιζόμενες στον ορισμό αυτό, οι ίδιες συγγραφείς, ορίζουν την δυσλειτουργική γονεϊκή λειτουργία ως οτιδήποτε κάνει ή δεν κάνει ο γονέας, που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το παιδί.

Οι Kendler, Sham και Maclean αναφέρουν ότι, η γονεϊκή λειτουργία είναι ο συνδυασμός πολλών καθοριστικών συμπεριφορών που επηρεάζονται από την προσωπικότητα, τα ψυχολογικά προβλήματα, την ποιότητα της σχέσης των γονέων και από τα χαρακτηριστικά του ίδιου του παιδιού [19]. Γενικά, η γονεϊκή λειτουργία επηρεάζεται από στρεσογόνους παράγοντες της καθημερινότητας [17] και αποτελεί τη διαδικασία προαγωγής και στήριξης από τους γονείς, της σωματικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και διανοητικής ανάπτυξης του παιδιού, από τη βρεφική ηλικία έως και την ενηλικίωση [20]. Προκειμένου η γονεϊκή λειτουργία να είναι αποτελεσματική, οι γονείς χρειάζεται να διαθέτουν προσαρμοστικότητα, ώστε να βοηθούν το παιδί να ενταχθεί στο περιβάλλον όπου ζει και αυτό επιτυγχάνεται όταν οι γονείς επιδικνύουν ευαισθησία, ευελιξία και αντιληπτικότητα απέναντι στο παιδί [21].

Πρόληψη

Ο όρος πρόληψη (prevention), αναφέρεται σε παρεμβάσεις οι οποίες αποτρέπουν την εμφάνιση ενός ψυχικού προβλήματος ή ασθένειας.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης στοχεύουν στον καθορισμό των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων. Οι παράγοντες κινδύνου, είναι καταστάσεις (π.χ. στρες) που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης κάποιου ψυχικού προβλήματος, ενώ οι προστατευτικοί παράγοντες, είναι καταστάσεις (π.χ. επαρκής κοινωνική υποστήριξη) που μειώνουν την πιθανότητα αυτή. Οι παρεμβάσεις αυτές, εφαρμόζονται ανάλογα με το επίπεδο κινδύνου του πληθυσμού και χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: α) παρεμβάσεις γενικές ή καθολικές (πρωτογενής πρόληψη), όπου κανένας ειδικός παράγοντας κινδύνου δεν έχει εντοπιστεί και σκοπός είναι η πρόληψη της ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό, β) παρεμβάσεις κινδύνου ή εκλεκτικές (δευτερογενής πρόληψη), όπου στόχος είναι οι άνθρωποι ή οι ομάδες όπου ο κίνδυνος εμφάνισης ενός ψυχικού προβλήματος είναι υψηλότερος απ’ ότι στο γενικό πληθυσμό, όπως είναι οι άνθρωποι με κάποια σωματική ασθένεια και γ) παρεμβάσεις υψηλού κινδύνου ή ειδικές

(τριτογενής πρόληψη), όπου στόχος είναι άνθρωποι ή ομάδες όπου ο κίνδυνος εμφάνισης ενός ψυχικού προβλήματος είναι πολύ υψηλός, όπως οι άνθρωποι που υπήρξαν θύματα βίας [11,22,23].

Ψυχική υγεία

Σύμφωνα με τις αναφορές του Rickwood, η έννοια της ψυχικής υγείας (mental health) αφορά στο πώς οι άνθρωποι σκέφτονται, αισθάνονται και ενεργούν καθημερινά και στο πώς αισθάνονται για τον εαυτό τους, τη ζωή τους και τους άλλους. Η ψυχική υγεία περιλαμβάνει επίσης, τον τρόπο που οι άνθρωποι διαχειρίζονται το στρες, τον τρόπο που επικοινωνούν με τους άλλους ανθρώπους, και τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνουν αποφάσεις [22].

Η ψυχική υγεία αφορά στην κατάσταση συναισθηματικής και κοινωνικής ευημερίας, που επιτρέπει στους ανθρώπους να αναλάβουν δραστηριότητες, να βιώσουν στενές διαπροσωπικές σχέσεις, να προσαρμοστούν στις αλλαγές και να αντιμετωπίσουν την αντιπαλότητα. Η ψυχική υγεία δεν είναι η απουσία ψυχικής ασθένειας ή προβλήματος. Είναι η δυνατότητα του ανθρώπου να αντιμετωπίζει και να αισθάνεται θετικά για τους ανθρώπους και τα γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής του [24].

Αγωγή υγείας

Ο όρος αγωγή υγείας (health education), αναφέρεται σε μία βασιζόμενη σε επιστημονικές αρχές διαδικασία, η οποία χρησιμοποιώντας προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης, στοχεύει στο να δώσει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να λειτουργούν ατομικά ή ως σύνολο, να παίρνουν αποφάσεις και να λειτουργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους [25].

Σε αρκετές αναφορές, η αγωγή υγείας ορίζεται ως το σύνολο των επιρροών οι οποίες καθορίζουν τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά του ανθρώπου σε σχέση με την υγεία του [26].

Η αγωγή υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο τύπους: α) την τυποποιημένη, που έχει το χαρακτήρα μιας προγραμματισμένης επιστημονικής διαδικασίας ενημέρωσης και εκπαίδευσης, σε συγκεκριμένα συνήθως θέματα υγείας και ψυχικής υγείας και β) την άτυπη, που αφορά στη διαπαιδαγώγηση του ανθρώπου από τη στιγμή της γέννησής του και η οποία αντιστοιχεί στο περιβάλλον που ανατρέφεται [27]. Στα πλαίσια της προαγωγής της υγείας, η αγωγή υγείας αποτελεί έναν από τους τομείς δράσης [28].

Προστασία και προαγωγή της υγείας

Η προστασία της υγείας, είναι ο συνδυασμός των μέτρων της τροποποίησης του περιβάλλοντος, με σκοπό να διευκολυνθεί η υιοθέτηση υγιών τρόπων ζωής. Αυτά τα μέτρα αφορούν στο φυσικό ή/και στο ανθρώπινο περιβάλλον. Είναι μέτρα νομικά, οικονομικά, βοήθειας (π.χ. ψυχολογική στήριξη) και άλλα. Η προαγωγή υγείας (health promotion) είναι ο συνδυασμός

των μέτρων πρόληψης, αγωγής υγείας και προστασίας της υγείας, καθώς και της οργάνωσης των υπηρεσιών στο πλαίσιο της ατομικής και της συλλογικής συμμετοχής [29].

Σύμφωνα πάντα με τις αναφορές του Rickwood [22], ο όρος προαγωγή υγείας αναφέρεται στη βελτίωση της ευημερίας όλων των ανθρώπων, ανεξάρτητα από το εάν είναι υγιείς ή όχι. Σχετίζεται με τη βελτίωση της ψυχικής υγείας όλων των ανθρώπων, μέσω της βελτίωσης του περιβάλλοντος στο οποίο ζούμε. Η ψυχική υγεία επηρεάζεται από τα θετικά και τα αρνητικά γεγονότα που συμβαίνουν καθημερινά γύρω μας και μπορεί να προαχθεί όταν υποστηρίζεται η κοινωνική και συναισθηματική ευημερία του ανθρώπου και των ομάδων. Κοινωνικά, φυσικά, οικονομικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα χρειάζεται να στηρίζουν την ψυχική υγεία. Όλες οι κοινωνίες χρειάζεται να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα και να κάνουν ενέργειες ώστε να στηρίξουν τα μέλη τους, έτσι ώστε οι άνθρωποι να βοηθηθούν στο να αναπτύξουν δεξιότητες, να κατανοήσουν, να ενισχύσουν και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες της ψυχικής τους υγείας [11,22]. Υπάρχουν ποικίλοι τρόποι για να προαχθεί και να ενισχυθεί η προσωπική, κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη, καθώς και η μάθηση των παιδιών μικρής ηλικίας. Ένας βασικός τρόπος είναι και τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων [30].

Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι, οι όροι πρόληψη, αγωγή υγείας, προστασία της υγείας και προαγωγή της υγείας, δεν είναι ταυτόσημοι. Ως κοινό έχουν ότι συνδέονται με το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας, με τη σφαιρική έννοια του όρου, ως συνισταμένη των προσωπικών και κοινωνικών (βιολογικών, ψυχολογικών, οικονομικών και πολιτιστικών) μεταβλητών [29].

Διακρίνονται τρεις κατηγορίες μεθόδων και τεχνικών που χρησιμοποιούνται στα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας: α) οι μέθοδοι παθητικής ενημέρωσης, όπως οι διαλέξεις, η προβολή μιας ταινίας, τα ενημερωτικά φυλλάδια, οι αφίσες και άλλες, β) οι εκπαιδευτικές μέθοδοι ενεργητικής συμμετοχής, όπως η απλή ή συμμετοχική παρατήρηση, η αλληλοδιδασκαλία και άλλες και γ) οι βιωματικές μέθοδοι ενεργητικής συμμετοχής, όπως η δραματοποίηση, το θεατρικό παιχνίδι, η συμβουλευτική και άλλες. Οι εκπαιδευτικές και οι βιωματικές μέθοδοι είναι αποτελεσματικότερες διότι απαιτούν την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου [27,31,32]. Η αξιολόγηση κάθε προγράμματος προαγωγής της υγείας, εμπεριέχει την αξιολόγηση του περιεχομένου του προγράμματος, την αξιολόγηση των μεθόδων που χρησιμοποιούνται από το πρόγραμμα και την αξιολόγηση της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες από το πρόγραμμα [27].

Εκπαιδευτής-συντονιστής και ομάδα εκπαίδευσης-ευαισθητοποίησης

Με τη γενική του έννοια, ο όρος ομάδα εκπαίδευσης (training group ή T-group) αναφέρεται στην ομάδα που δίνει έμφαση στην ανάπτυξη της αυτογνωσίας, στην ομαδική εξέταση των προτύπων συμπεριφοράς και στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τη δυναμική της ομάδας υπό το συντονισμό ενός εκπαιδευτή [33-35].

Το γράμμα Τ συμβολίζει τη λέξη training (εκπαίδευση) και όχι τη λέξη therapy (θεραπεία). Συνήθως, στην ομάδα συμμετέχουν 8-12 μέλη [34].

Η βασική διαφορά των κατεξοχήν ομάδων εκπαίδευσης-ευαισθητοποίησης με τις ομάδες εκπαίδευσης γονέων εντοπίζεται στο ότι οι δεύτερες είναι δομημένες και πολλές από τις δραστηριότητες προτείνονται από τον εκπαιδευτή-συντονιστή [15].

Ο εκπαιδευτής (trainer-educator) που στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων παίζει και ρόλο συντονιστή (coordinator), είναι ένα ειδικά ειδικευμένο άτομο που σχεδιάζει και εφαρμόζει ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης και επιπροσθέτως συντονίζει, καθοδηγεί και διευκολύνει τα μέλη μιας ομάδας εκπαίδευσης καθώς και την ίδια την εκπαίδευση [33,35]. Στα πλαίσια των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων, ο συντονιστής είναι το άτομο που δημιουργεί στην ομάδα ένα κλίμα ασφάλειας και βοηθάει την ελευθερία της έκφρασης [36].

Στην Ελλάδα, υπεύθυνοι για το σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων, είναι κατά κύριο λόγο ψυχολόγοι και λιγότερο ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί και παιδαγωγοί [15].

Στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόζονται διεθνώς, υπεύθυνοι για το σχεδιασμό και την εφαρμογή τους, είναι επαγγελματίες από 21 περίπου ειδικότητες με επικρατέστερες αυτές των σχολικών ψυχολόγων, των επισκεπτών υγείας, των κοινωνικών λειτουργών και των δασκάλων. Την κάθε ομάδα, την συντονίζει ένας ή δύο εκπαιδευτές-συντονιστές* ανάλογα με το μέγεθος της ομάδας των γονέων. Ορισμένες φορές ο συντονιστής της ομάδας μπορεί να είναι και κάποιος γονέας ο οποίος αρχικά συμμετείχε σε παρόμοια προγράμματα και αργότερα εκπαιδεύτηκε ως συντονιστής ομάδων. Στα περισσότερα προγράμματα οι συντονιστές, κυρίως αρχικά αλλά και αργότερα, ανά διαστήματα λαμβάνουν επίβλεψη [1,37].

Οι απόψεις σχετικά με τις δεξιότητες και το επίπεδο κατάρτισης των συντονιστών των ομάδων διαφέρουν.

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν και πολλές ευκαιρίες για κάποιον που ενδιαφέρεται να εκπαιδευτεί στο συντονισμό προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων. Στην ουσία, η εκπαίδευση στο συντονισμό των προγραμμάτων σχολών γονέων παρέχεται στην Ελλάδα από το πρόγραμμα εκπαίδευσης του Πανελληνίου Συνδέσμου Σχολών Γονέων, το πρόγραμμα εκπαίδευσης της Ελληνικής Εταιρίας Αντλεριανής Ψυχολογίας [38] και το πρόγραμμα εκπαίδευσης του PET (Parent Effectiveness Training) που βασίζεται στην πελατοκεντρική θεωρία και πραγματοποιείται από την Gordon Hellas (<http://www.gordonhellas.gr/trainers.html>). Όπως αναφέρει ο ίδιος ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος, το πρόγραμμα απευθύνεται σε ειδικούς ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, συμβούλους, παιδοψυχιάτρους, ψυχοπαιδαγωγούς, κοινωνικούς λειτουργούς), έχει διάρκεια 40

* Στο εξής, στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, αντί του όρου συντονιστής-εκπαιδευτής θα χρησιμοποιείται ο όρος συντονιστής.

ώρες και παρέχει τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να εργαστούν ως συντονιστές σχολών γονέων σύμφωνα με τις αρχές του «Εξελικτικού Συστήματος» της κ^ας Μ. Χουρδάκη [39].

Στην Αγγλία, σε αντίθεση με την Ελλάδα, η κυβέρνηση σε συνεργασία με τις σημαντικότερες φιλανθρωπικές οργανώσεις ίδρυσε μια Εθνική Ακαδημία Εκπαίδευσης Επαγγελματιών (National Academy for Parenting Practitioners) με σκοπό να αυξήσει την ποιότητα της γονεϊκής φροντίδας, παρέχοντας υψηλής ποιότητας εκπαίδευση στους επαγγελματίες που εφαρμόζουν προγράμματα εκπαίδευσης γονέων και πραγματοποιώντας έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων [40].

Γενικά, οι περισσότεροι φορείς που εφαρμόζουν προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, εκπαιδεύουν τους συντονιστές που θα εφαρμόσουν το πρόγραμμά τους. Παράλληλα, οι συντονιστές μπορούν να χρησιμοποιούν και συγκεκριμένα εγχειρίδια ή να βασίζονται σε συγκεκριμένους οδηγούς που είναι γραμμένοι ειδικά για την εφαρμογή και την αξιολόγηση των συγκεκριμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων [41-45].

Στην έρευνά τους οι Stolz και συνεργάτες αναφέρουν, αυτό που ανέφεραν και οι Blaisure & Geasler αρκετά χρόνια πριν ότι δηλαδή, παρόλο που οι υπεύθυνοι φορείς του κάθε προγράμματος φροντίζουν να εκπαιδεύουν τους συντονιστές των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων, λόγω της διαφορετικότητας που παρουσιάζεται ανάμεσα στους συντονιστές (ειδικούς και μη ειδικούς) και λόγω του ότι δεν υπάρχει κάποια ειδική κρατική πιστοποίηση ή άδεια για την άσκηση των καθηκόντων του συντονιστή προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων, προτείνουν την αναγκαιότητα της πανεπιστημιακής εμπλοκής στον τομέα της εκπαίδευσης των συντονιστών προγραμμάτων γονέων [46,47].

Η σημασία της επίδρασης των γονέων στην ανάπτυξη του παιδιού

Ο τρόπος με τον οποίο μεγαλώνουν τα παιδιά τους οι γονείς, αποτελεί πλέον ένα βασικό θέμα που απασχολεί τους επαγγελματίες ολοένα και περισσότερο. Υπάρχει ένα ολοένα και πιο αυξανόμενο ενδιαφέρον για τον ορισμό της επιτυχημένης γονεϊκής λειτουργίας [48].

Οι McGroder και Hyra παραπέμποντας παράλληλα και στη δουλειά των Shonkoff και Phillips αναφέρουν ότι, τα παιδιά επηρεάζονται από το ποιοι είναι οι γονείς τους (π.χ. ως προς το φύλλο, την ηλικία, την καταγωγή/εθνικότητα, τη νοημοσύνη, την εκπαίδευση, την ιδιοσυγκρασία), από το τι γνωρίζουν οι γονείς (π.χ. σχετικά με την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του παιδιού), από το τι πιστεύουν οι γονείς (π.χ. στάσεις σχετικά με τη διαπαιδαγώγηση), από το τι εκτιμούν οι γονείς (π.χ. εκπαίδευση, επίδοση, υπακοή, διαπροσωπικές σχέσεις), από το τι προσδοκούν οι γονείς από το παιδί (π.χ. ηλικιακά ή αναπτυξιακά κατάλληλες πεποιθήσεις για τη συμπεριφορά, πεποιθήσεις για την επίδοση του παιδιού) και από το τι τελικά κάνουν οι γονείς (π.χ. οι πράξεις και το στυλ τους) [49,50].

Σύμφωνα με τον Hoghughi, η γονεϊκή φροντίδα είναι από τα πιο σημαντικά ζητήματα της δημόσιας ψυχικής υγείας και εμπλέκεται άμεσα σε καταστάσεις όπως, η εγκυμοσύνη κατά την εφηβεία, η κατάχρηση ουσιών, η χαμηλή σχολική επίδοση, η διακοπή του σχολείου, η κακοποίηση του παιδιού, η εκδήλωση ψυχικής νόσου και η εγκληματικότητα [51]. Η γονεϊκή φροντίδα που χαρακτηρίζεται από απαισιοδοξία αποτελεί έναν από τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με μια ποικίλα αρνητικών εκβάσεων για το παιδί [52]. Η απαισιοδοξία των γονέων και η μειωμένη πίστη για τις γονεϊκές τους ικανότητες, επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στο παιδί. Αντίθετα, όταν οι γονείς πιστεύουν στις ικανότητές τους, η φροντίδα του παιδιού είναι περισσότερο αποτελεσματική [53]. Βέβαια, η πίστη στις γονεϊκές ικανότητες του κάθε γονέα, επηρεάζεται και από τις γνώσεις που έχει σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού. Η έλλειψη γνώσεων, οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και η αδυναμία ελέγχου των συναισθημάτων των γονέων, επηρεάζουν αρνητικά την ανάπτυξη του παιδιού [54].

Η βάση της προσωπικότητας του ανθρώπου και οι ανάπτυξη των βασικών πυρηνικών πεποιθήσεών του, αναπτύσσονται στα χρόνια της παιδικής του ηλικίας [55,56]. Στην ηλικία αυτή, κύριοι φορείς αγωγής είναι οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον που οι ίδιοι διαμορφώνουν [57]. Όμως, θα ήταν άδικο και επιστημονικά σφαλές να βγάλει κανείς το συμπέρασμα, πως τα προβλήματα και οι δυσκολίες των σύγχρονων παιδιών οφείλονται αποκλειστικά και μόνο στους γονείς, μιας και παράγοντες όπως, η κοινωνική και οικονομική θέση της οικογένειας, επηρεάζουν τη γονεϊκή λειτουργία και κατ' επέκταση την κοινωνική, ψυχολογική, γνωστική και γενικότερη ανάπτυξη του παιδιού. Επιπροσθέτως, παράγοντες όπως τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του ίδιου του παιδιού, η κληρονομικότητα, το σχολείο και το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, έχουν επίδραση στο παιδί [52,58,59]. Οι γονείς της χαμηλής οικονομικής τάξης, είναι περισσότερο αυταρχικοί και τιμωρητικοί από ότι οι γονείς της μεσαίας τάξης και χρησιμοποιούν περισσότερο τη σωματική τιμωρία [60].

Οι στρεσογόνοι παράγοντες επηρεάζουν τη γονεϊκή λειτουργία. Όμως, η σχέση σοβαρών στρεσογόνων παραγόντων και γονεϊκής λειτουργικότητας δεν είναι γραμμική. Ακόμη και χαμηλά επίπεδα γονεϊκού στρες μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη γονεϊκή λειτουργία. Η αρνητική στάση των γονέων (επιθετικότητα, απόρριψη, κριτική, ενοχοποίηση και υποτίμηση), δεν είναι συνώνυμη με την έλλειψη ενδιαφέροντος. Αυτό που επηρεάζει κυρίως αρνητικά το παιδί, είναι το επίπεδο της αρνητικής στάσης των γονέων και όχι ο τρόπος που αυτή εκφράζεται [17]. Ο Abidin αναφέρει ότι, η επίδραση των στρεσογόνων καταστάσεων στη γονεϊκή λειτουργία των γονέων με περιορισμένα ψυχολογικά αποθέματα είναι σημαντική [61].

Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι, οι γονείς ζουν και οι ίδιοι την αγχώδη, ανταγωνιστική εποχή μας, δέχονται τις επιδράσεις της, ταλαιπωρούνται και κουράζονται. Χωρίς να το συνειδητοποιούν, μεταφέρουν την ανασφαλή και συγκρουσιακή ψυχολογία τους στο παιδί και δημιουργούν ακατάλληλη ατμόσφαιρα περιβάλλοντος και αγωγής. Δημιουργούνται έτσι, οι

διαπροσωπικές σχέσεις του άγχους, της επιθετικότητας, της ανασφάλειας, της υπερπροστασίας, γνώριμες συνθήκες για τη διαμόρφωση των γνωστών προβλημάτων και της κρίσης που αντιμετωπίζει η σύγχρονη οικογενειακή ομάδα. Η γονεϊκή συμπεριφορά επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες [62]. Έτσι, αρχίζει και δημιουργείτε ένας φαύλος κύκλος όπου η αρνητική συμπεριφορά των γονέων επηρεάζει την αρνητική συμπεριφορά του παιδιού και αυτή με τη σειρά της επιδρά αρνητικά στη συμπεριφορά των γονέων [63,64]. Αυτή η αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού επηρεάζει όχι μόνο την κοινωνική αλλά και τη γνωστική ανάπτυξη του παιδιού [65].

Γενικά, θετικά χαρακτηριστικά της γονεϊκής λειτουργίας όπως, η φροντίδα του παιδιού από μικρή ηλικία που χαρακτηρίζεται από ευαισθησία, η υπευθυνότητα και η συμμετοχή, βοηθούν τη θετική κοινωνική και συναισθηματική προσαρμογή του παιδιού. Τα χαρακτηριστικά αυτά, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες στην εκδήλωση προβλημάτων κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, προάγουν την αυτοεκτίμηση του παιδιού, τη σχολική επίδοση και την κοινωνική ανάπτυξη και μειώνουν την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης [66-70]. Αντίθετα, αρνητικά χαρακτηριστικά της γονεϊκής λειτουργίας όπως, η φροντίδα του παιδιού από μικρή ηλικία που χαρακτηρίζεται από αδιαφορία, αμέλεια, αυστηρότητα, απόσταση, τιμωρία, αδιακρισία και αντίδραση, σχετίζεται με ποικίλα προβλήματα στην προσαρμογή του παιδιού και την εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων [71].

Η εποικοδομητική και θετική ενασχόληση των γονέων με το παιδί, ιδιαίτερα κατά την προσχολική ηλικία, έχει σημαντικά θετική επίδραση στη σχολική επίδοση και προσαρμογή του παιδιού. Από την άλλη, όσο μεγαλύτερες είναι οι επιδόσεις του παιδιού στο σχολείο τόσο μεγαλύτερη είναι και οι ενασχόληση των γονέων [72,73].

Με το ρόλο που παίζει η οικογένεια στην ανάπτυξη του παιδιού έχουν ασχοληθεί διάφορες επιστήμες. Η ποιότητα της σχέσης γονέων-παιδιών και η επίδρασή της στην κοινωνική, ψυχική, γνωστική και εκπαιδευτική ανάπτυξη του παιδιού, έχει απασχολήσει αρκετά τους επιστήμονες από τις αρχές του εικοστού αιώνα [74] και σημαντικά εγχειρίδια έχουν γραφτεί [75], διότι η σχέση αυτή αποτελεί έναν από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού [76]. Τα μικρά παιδιά αναπτύσσουν την κοινωνική και συναισθηματική τους ικανότητα μέσω των αλληλεπιδράσεων τους με άλλα άτομα, αρχικά κυρίως στα πλαίσια του σπιτιού και αργότερα στα πλαίσια του παιδικού σταθμού και του σχολείου [17]. Παρά το ότι τα παιδιά βρίσκονται καθημερινά για αρκετή ώρα στο σχολείο ή στον παιδικό σταθμό και μακριά από το σπίτι, οι γονείς παραμένουν για αυτά οι πιο σημαντικοί ενήλικες. Το τι μαθαίνουν τα παιδιά, το πώς αντιδρούν και το τι προσδοκούν από τον εαυτό τους και τους άλλους, επηρεάζεται κυρίως από τους γονείς [72,77]. Η κύρια επίδραση της οικογένειας, διαρκεί από τη βρεφική και νηπιακή ηλικία έως και την ενήλικη ζωή. Η υποστήριξη που δέχεται το παιδί από τους γονείς του σε κάθε αναπτυξιακή περίοδο της ζωής του, μπορεί να παρεμποδιστεί και να προκληθούν συναισθήματα άγχους και ψυχικές διαταραχές [17]. Η κοινωνική, συναισθηματική και προσωπική ανάπτυξη,

καθώς και η μάθηση του βρέφους και του νηπίου, εξαρτώνται κατά μεγάλο ποσοστό από τη σχέση γονέα-παιδιού κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία [30]. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται στα μέλη της οικογένειας, οδηγούν τόσο στην φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού, όσο και στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας [78], ενώ η έντονα συγκρουσιακή σχέση των γονέων, η επιθετική συμπεριφορά του ενός προς τον άλλο και οι έντονες διαφωνίες για τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού, αποτελούν ενισχυτικό παράγοντα εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς και συναισθηματικών προβλημάτων από το παιδί [79]. Η υγεία των παιδιών ξεκινά από το σπίτι [51]. Το ίδιο συμβαίνει και με τη βίαιη συμπεριφορά [80].

Αυτό που γενικά αναμένεται, είναι ότι κάθε γυναίκα στα πλαίσια της προσωπικής της ανάπτυξης θα μάθει να είναι αποτελεσματική και στοργική μητέρα. Το ίδιο φυσικά αναμένεται και από τον κάθε πατέρα. Οι γονείς είναι ο πιο κρίσιμος παράγοντας στην ανάπτυξη της κοινωνικοποίησης του παιδιού [81,82]. Όμως, πολλοί γονείς δεν είναι και τόσο καλά προετοιμασμένοι ώστε να κάνουν το καλύτερο δυνατό για τα παιδιά τους [83]. Από την μικρή ακόμη ηλικία των παιδιών και πιο συγκεκριμένα τη νηπιακή ηλικία, πολλοί γονείς αποτυγχάνουν να χειριστούν συμπεριφορές των νηπίων που εκδηλώνονται με αρνητισμό και επιθετικότητα, χαρακτηριστικά που θεωρούνται αναπτυξιακώς κατάλληλα για αυτήν την ηλικία [84]. Το επίπεδο της γνώσης των γονέων για θέματα που αφορούν τη γονεϊκή λειτουργία και την ανάπτυξη του νηπίου, επιδρά τόσο στη συμπεριφορά των γονέων, όσο και στην ανάπτυξη του νηπίου [85].

Επιπροσθέτως, τα ψυχολογικά προβλήματα επηρεάζουν δυσμενώς πολλές πλευρές της ζωής του κάθε ανθρώπου και για το λόγο αυτό είναι δυνατό να επηρεάσουν και το ρόλο του ως γονέα. Υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στη συχνότητα των σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων στους γονείς και στην εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων στα παιδιά [82]. Η φτωχή σε γονεϊκές δεξιότητες συμπεριφορά των γονέων και η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού, οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες των γονέων για το παιδί και η περιφρόνηση από τους γονείς των αποδοτικών στρατηγικών χειρισμού της συμπεριφοράς του παιδιού, είναι παράγοντες που σχετίζονται με την κακομεταχείριση του παιδιού από τους γονείς [86]. Η γονεϊκή συμπεριφορά σχετίζεται με την κακομεταχείριση του παιδιού [87,88]. Στην έρευνά τους, ο Voltanis και οι συνεργάτες του τονίζουν ότι, η εκδήλωση ψυχικών διαταραχών στα παιδιά σχετίζεται άμεσα με την ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων στους γονείς και η σχέση αυτή μπορεί να επηρεάζεται και από τις συνήθειες και στρατηγικές των γονέων σε σχέση με την πειθαρχία. Παρόλο που οι γονείς χρησιμοποιούν ολοένα και λιγότερες μεθόδους σωματικής τιμωρίας από ότι στο παρελθόν, η απουσία της σωματικής τιμωρίας και η περισσότερο ενισχυτική στάση των γονέων, σχετίζονται με την απουσία ψυχολογικών προβλημάτων στα παιδιά [89].

Στη σημερινή εποχή, πολλά παιδιά βιώνουν τα προβλήματα συμπεριφοράς ως κάτι το φυσιολογικό στην καθημερινή τους ζωή. Πάνω από 30 έτη έρευνας, αποδεικνύουν ότι η συμπεριφορά των γονέων επηρεάζει την ανάπτυξη διαταραχών συμπεριφοράς της παιδικής ηλικίας

[90]. Η έρευνα στον τομέα αυτό δείχνει επίσης ότι, η ύπαρξη προβλημάτων συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία συνδέεται άμεσα με δυσκολίες που ενδεχομένως να εκδηλωθούν αργότερα ως αντικοινωνική συμπεριφορά, χρήση ουσιών και αλκοόλ, προβλήματα ψυχικής υγείας και δυσκολίες στην ανάπτυξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων [5,57]. Η αναδρομή στο παρελθόν ανηλίκων και ενηλίκων με αντικοινωνική συμπεριφορά, οδηγεί συχνά στη διαπίστωση ότι, η επιθετική συμπεριφορά αναπτύσσεται από την παιδική ηλικία και φαίνεται να συνδέεται με ταλαιπωρημένη παιδική ηλικία, με τεταμένες οικογενειακές σχέσεις, με την ύπαρξη κάποιου ψυχικού προβλήματος των γονέων, με χρήση ουσιών και την ασυμφωνία μεταξύ των γονέων [57]. Η γονεϊκή συμπεριφορά και οι παράγοντες που επηρεάζουν την οικογενειακή διαντίδραση, επιβαρύνουν την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς από το παιδί, σε ποσοστό 30 έως 40% [69]. Το ασταθές οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε αίσθηση ανασφάλειας, σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, σε συναισθήματα θυμού και σε δυσκολία δημιουργίας στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Ο τρόπος διαπαιδαγώγησης και η σχέση γονέα-παιδιού, είναι δύο καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων στα παιδιά [91]. Η βελτίωση της κακής σε ποιότητα σχέσης μεταξύ γονέα και παιδιού, μπορεί να αποτελεί βασικό παράγοντα πρόληψης της γενικής υγείας κατά την ενηλικίωση [92]. Η Stewart-Brown υπογραμμίζει το βασικό ρόλο της διαπαιδαγώγησης των γονέων στην πρόληψη του εγκλήματος και της εκπαιδευτικής αποτυχίας [93]. Σύμφωνα με την άποψη του Patterson και των συνεργατών του και του McMahon, αλλαγές στη συμπεριφορά των γονέων μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές στη συμπεριφορά των παιδιών [94,95].

Ένας ακόμη βασικός παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην εκδήλωση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων στα παιδιά είναι και τα ψυχολογικά προβλήματα των γονέων [17]. Συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα των παιδιών ηλικίας κάτω των 3 ετών, είναι αρκετά συχνά και σχετίζονται έντονα με τη συμπεριφορά των γονέων [96]. Ο Douglas στηριζόμενος στα αποτελέσματα των μελετών σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την εκδήλωση αρνητικής συμπεριφοράς κατά την προσχολική ηλικία, υπογραμμίζει μεταξύ άλλων, το σημαντικό ρόλο που παίζουν τα προβλήματα στη σχέση των γονέων μεταξύ τους, τα ψυχολογικά προβλήματα των γονέων και ιδιαίτερα η κατάθλιψη της μητέρας, ο καταθλιπτικός και διαστρεβλωμένος τρόπος σκέψης, η έλλειψη δεξιοτήτων από τους γονείς, η φτώχη σε περιεχόμενο σχέση γονέων παιδιού και η χαμηλή αυτοεκτίμηση των γονέων που οδηγεί σε μια περισσότερο κριτική και πιεστική συμπεριφορά απέναντι στο παιδί [97]. Η διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών επηρεάζεται από ψυχολογικές καταστάσεις της μητέρας [98] όπως, η δυσφορία στα πλαίσια της συζυγικής σχέσης [99], το άγχος [100], η απομόνωση [101] και η κατάθλιψη [102,103].

Γενικά, η ψυχική υγεία των γονέων έχει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και ανάπτυξη των παιδιών τους [104]. Η κατάθλιψη της μητέρας αποτελεί προδιαθετικό παράγοντα προβλημάτων

ανάπτυξης του παιδιού κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του και προβλημάτων συμπεριφοράς αργότερα. Οι μητέρες με κατάθλιψη, εκφράζουν προς το παιδί την αρνητική συναισθηματική τους διάθεση, το κρίνουν αρνητικά, το απορρίπτουν, έχουν φτωχή ευαισθησία στις ανάγκες του και χρησιμοποιούν αποκλίνουσες μορφές πειθαρχίας ακόμη και όταν παίζουν με το παιδί [105-107]. Ορισμένες έρευνες, υπογραμμίζουν ότι η κατάθλιψη της μητέρας επιδρά άμεσα στην εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς και ψυχικών προβλημάτων στα παιδιά [108] και άλλες έμμεσα, μέσω της αλληλεπίδρασης μητέρας παιδιού [109].

Ο καθοριστικός ρόλος της οικογένειας στα παιδιά με διαταραχές άγχους προσελκύει ολοένα και περισσότερο την προσοχή των επιστημόνων και αποτελεί αντικείμενο πολλών ερευνών [110,111]. Τα αποτελέσματα ερευνών, αναφέρουν ότι τα παιδιά πιθανόν μιμούνται τους φόβους και το άγχος των γονέων τους [112,113]. Άλλες έρευνες, υπογραμμίζουν ότι γονείς με διαταραχές άγχους έχουν περισσότερες πιθανότητες τα παιδιά τους να εμφανίσουν συμπτωματολογία άγχους και παιδιά με διαταραχές άγχους έχουν περισσότερες πιθανότητες οι γονείς τους να έχουν συμπτωματολογία άγχους [114]. Η αγοραφοβία και η αποφευκτική συμπεριφορά των γονέων φαίνεται ότι επηρεάζουν την προσαρμογή των παιδιών, τα οποία πιθανόν μιμούνται τη συμπεριφορά των γονέων [115]. Σε ενήλικες με αγχώδεις διαταραχές ή με διαταραχές της διάθεσης, παρατηρήθηκε ότι μεγάλωσαν σε οικογενειακά περιβάλλοντα με γονείς οι οποίοι ήταν ευάλωτοι, υπερπροστατευτικοί, αποθαρρυντικοί, αγχώδεις, καταθλιπτικοί και οι οποίοι δεν μπορούσαν να ελέγξουν σημαντικά γεγονότα [116]. Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι, το άγχος που βιώνουν οι γονείς επηρεάζει αρνητικά τη γονεϊκή συμπεριφορά, η οποία στη συνέχεια επιδρά αρνητικά στην ανάπτυξη των παιδιών [117]. Γονείς με αγχώδη παιδιά, εμφανίζονται να είναι υπερπροστατευτικοί ή αδιάφοροι. Οι αδιάφοροι γονείς είναι αποστασιοποιημένοι, απόμακροι και αποσυρμένοι από τη ζωή του παιδιού τους, σε αντίθεση με τους υπερπροστατευτικούς οι οποίοι υπερασχολούνται και δεν εμπιστεύονται το παιδί [118]. Η γονεϊκή συμπεριφορά, το άγχος των γονέων και η αλληλεπίδραση γονέα παιδιού, έχουν αναγνωριστεί και ως παράγοντες που επηρεάζουν τον ύπνο του παιδιού κατά τη νηπιακή [119,120] και τη σχολική ηλικία [121].

Βιβλιογραφική ανασκόπηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων

Ιστορική ανασκόπηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων

Οι προσπάθειες επιμόρφωσης και εκπαίδευσης των γονέων δεν είναι κάτι καινούριο. Μελέτες σχετικά με την πορεία της εκπαίδευσης των γονέων, αναφέρουν ότι η συγκεκριμένη προσπάθεια είναι αρκετά παλιά. Οι πρώτες ανησυχίες για το θέμα των γονέων παρουσιάστηκαν σε χώρες βιομηχανικά αναπτυγμένες. Στην Αμερική το 1815, οι πρώτοι σύλλογοι γονέων αναφέρονται στην ανάγκη να ενημερωθούν οι γονείς για τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους. Εκείνη την εποχή η διαπαιδαγώγηση είχε έναν αρκετά ακραίο και αυταρχικό χαρακτήρα. Τέτοιου

είδους προσπάθειες ενημέρωσης των γονέων, ξεκινούν περίπου στις αρχές του 18^{ου} αιώνα και πιο συγκεκριμένα γύρω στα 1820, όταν κάνανε την εμφάνισή τους οι πρώτες ομάδες από μητέρες, οι οποίες συζητούσαν γύρω από τα προβλήματα διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους [122,123].

Το 1830 αρχίζουν να κυκλοφορούν έντυπα με τον τίτλο «ο βοηθός της μητέρας», τα οποία παρείχαν στους γονείς συμβουλές σαν ένα είδος έτοιμων συνταγών [2], οι οποίες σήμερα δεν αποτελούν και τόσο αποτελεσματική μέθοδο εκπαίδευσης [27].

Το 1888, ο ψυχολόγος Stanley Hall αναλαμβάνει την οργάνωση προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων και των αντίστοιχων συμβουλευτικών κέντρων. Μετά το 1922, άρχισαν να αναπτύσσονται στην Ευρώπη ειδικά συμβουλευτικά κέντρα για γονείς και παιδαγωγούς και κυρίως σε συνεργασία με τα Πανεπιστήμια. Εκείνο το διάστημα, στο Ινστιτούτο Ψυχολογικής Έρευνας και Ψυχοθεραπείας του Μονάχου, υπό την επίβλεψη του Dr Leonhard Seit, πραγματοποιήθηκε κύκλος μαθημάτων σε 4 εξάμηνα που απευθυνόταν σε παιδαγωγούς με τίτλο «ειδικές διδασκαλίες για βοηθούς αγωγής» [124].

Παράλληλα, το ίδιο χρονικό διάστημα, ο Dr G. Heujer οργάνωσε το «σχολείο για γονείς» στην Ιατρική Σχολή της Σορβόνης στο Παρίσι, με τη μορφή δημόσιων διαλέξεων ιατρών, παιδαγωγών, ψυχολόγων και πνευματικών, αλλά και με παρουσιάσεις δελτίων με εικονικές παραστάσεις λαθών διαπαιδαγώγησης και υποδείξεων για την αποφυγή τους, καθώς και συζητήσεων, ραδιοφωνικών διαλέξεων και προσωπικών συμβουλών [124].

Το 1928, αναπτύσσονται οι σχολές γονέων στο Παρίσι. Σήμερα, στη Γαλλία λειτουργούν χιλιάδες προγράμματα εκπαίδευσης γονέων κάτω από το συντονισμό της Εθνικής Οργάνωσης των Σχολών Γονέων της Γαλλίας [2].

Μετά τον Α΄ παγκόσμιο πόλεμο, οι Rockefeller χρηματοδοτούν αυτές τις μορφωτικές κατευθύνσεις, οι οποίες παίρνουν από τότε μεγάλη έκταση. Σήμερα, στην Αμερική λειτουργεί το Εθνικό Συμβούλιο για την Επιμόρφωση των Γονέων και στα υπουργεία Παιδείας, Υγείας και Εργασίας υπάρχουν ιδιαίτερα τμήματα, που έχουν ως αποστολή την οργάνωση επιμορφωτικών μαθημάτων για γονείς [2,125].

Στη μεταπολεμική περίοδο, η εκπαίδευση των γονέων αλλάζει νοοτροπία και από αυταρχική γίνεται περισσότερο ανθρωπιστική [126,127], επηρεαζόμενη από τις ιδέες των φιλοσόφων Locke, Rousseau, Pestalozzi και Froebel [125] και από την έναρξη της εδραίωσης της έρευνας για τις επιπτώσεις της γονεϊκής λειτουργίας στην ανάπτυξη του παιδιού [128,129].

Το 1964 ιδρύεται η Διεθνής Ένωση για την επιμόρφωση των Γονέων. Στα ιδρυτικά μέλη συμπεριλαμβάνεται και η χώρα μας [62].

Η εκπαίδευση των γονέων σε ομάδες ξεκινά ουσιαστικά στις αρχές τις δεκαετίας του 1970 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στο Ηνωμένο Βασίλειο, βασιζόμενη κυρίως στη συμπεριφορική προσέγγιση και μέσα στις επόμενες δύο δεκαετίες αναπτύσσεται ραγδαία σε πάρα πολλές χώρες ανά τον κόσμο [130].

Από τότε έως και σήμερα, λειτουργούν πάρα πολλά προγράμματα που εφαρμόζονται από διάφορους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς [131]. Δύο από αυτά τα προγράμματα, το Incredible Years και το Triple-P (Positive Parenting Programme), θεωρούνται αρκετά αποτελεσματικά, είναι διεθνώς διαδεδομένα και τυγχάνουν αρκετών ερευνών σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους [132,133].

Στη χώρα μας, η συμβουλευτική προς τις «μητέρες», ξεκίνησε πριν τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο με πρωτοβουλία του ιατρού Απ. Δοξιάδη και της Αικ. Φράγκου. Η συστηματική όμως επιμόρφωση των γονέων άρχισε με τη λειτουργία της πρώτης σχολής γονέων στην Αθήνα, τον Ιανουάριο του 1962, από ιδιωτική πρωτοβουλία. Έτσι, γύρω στο 1962, ιδρύθηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας η πρώτη σχολή γονέων στην Αθήνα, σύμφωνα με τα γαλλικά πρότυπα, με πρωτοβουλία της ψυχολόγου Μαρίας Χουρδάκη. Ακολούθησε η ίδρυση και λειτουργία και άλλων προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων και σε άλλες περιοχές και σήμερα ο θεσμός έχει επεκταθεί σε όλη την Ελλάδα [62]. Από το 1974 ο θεσμός βρήκε μεγάλη απήχηση και οργανώθηκε στο πλαίσιο της τοπικής αυτοδιοίκησης [134].

Με τον Νόμο 2621/98, παρέχεται «η δυνατότητα δημιουργίας σχολών γονέων μετά από πρόταση του συλλόγου γονέων ή του ΟΤΑ ή της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και κοινή Υπουργική απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Με όμοια απόφαση καθορίζονται οι προϋποθέσεις καθώς και η διαδικασία οργάνωσης και λειτουργίας των σχολών αυτών». Σήμερα, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης που εφαρμόζονται σε πάρα πολλές περιοχές στην Ελλάδα από μία μεγάλη ποικιλία δημόσιων και ιδιωτικών φορέων όπως τα Κέντρα Πρόληψης της Εξάρτησης από τα Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (OKANA), τους ιδιωτικούς δημόσιους και δημοτικούς παιδικούς σταθμούς, τους φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης (Δήμοι, Νομαρχίες), τη ΧΕΝ (Χριστιανική Ένωση Νέων), το Εργατικό Κέντρο, το Επαγγελματικό Βιοτεχνικό Επιμελητήριο, τα ΚΕΣΥΥ (Κέντρα Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών), τα σχολεία και τους Συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων, τους Συλλόγους Γυναικών, τον Πανελλήνιο Σύνδεσμο Σχολών Γονέων, την Ελληνική Εταιρία Αντλεριανής Ψυχολογίας, τον Ερυθρό Σταυρό, κ.α. [15].

Βασικός σκοπός, δομή, περιεχόμενο και κόστος των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων

Ο βασικός στόχος των προσπαθειών στην εκπαίδευση των γονέων από το 1820 έως και σήμερα έχει αλλάξει κατά πολύ. Στο παρελθόν, η εκπαίδευση των γονέων προσανατολιζόταν στο να δοθούν στους γονείς συμβουλές σχετικά με τη σίτιση, την υγιεινή και την πρόληψη ατυχήματος

του παιδιού. Προσφάτως, το ενδιαφέρον στράφηκε στους κοινωνικούς και συναισθηματικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού [135].

Το 19^ο αιώνα, το ενδιαφέρον αυτών των προσπαθειών ήταν επικεντρωμένο κυρίως σε θέματα ανάπτυξης του παιδιού σχετικά με την ηθική και τη θρησκεία. Τον 20^ο αιώνα το ενδιαφέρον στράφηκε σε θέματα της ανάπτυξης της προσωπικότητας και της συναισθηματικής ανάπτυξης των παιδιών. Με τον καιρό προστέθηκαν και άλλα θέματα όπως η σωματική υγεία και τελικά η ψυχική υγεία του παιδιού. Περισσότερο πρόσφατα και γύρω στο 1960, το ενδιαφέρον των προσπαθειών εκπαίδευσης των γονέων στράφηκε σε θέματα που αφορούσαν στην γνωστική ανάπτυξη των παιδιών [136].

Αν και πολλά από αυτά τα προγράμματα έχουν θεραπευτικό σκοπό, βασικός τους στόχος είναι η πρόληψη της ψυχικής υγείας [4].

Γενικά, στα πλαίσια των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων ο συντονιστής της κάθε ομάδας (ψυχολόγος, ψυχίατρος, κοινωνικός λειτουργός κ.α.), αναλαμβάνει να «συντονίσει» την ομάδα των γονέων και να «εκπαιδεύσει» τους γονείς στοχεύοντας: α) στη στήριξη και την προάσπιση του θεσμού της οικογένειας και β) στη διαφύλαξη και την προστασία της ψυχικής υγείας των μελών της οικογένειας, καθώς και της θετικής εξέλιξης του παιδιού, ως μοναδική θωράκιση σε κάθε τομέα της μελλοντικής ζωής του. Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, χρειάζονται βασικές γνώσεις που προσφέρονται στους γονείς, καθώς επίσης και προοπτικές για διαφοροποίηση της στάσης τους απέναντι στο παιδί, μέσα από τη θεμελίωση μιας σωστής και υγιούς σχέσης [2].

Αυτό που ισχύει σήμερα στην Ελλάδα και σύμφωνα με την άποψη της Μ. Χουρδάκη είναι ότι, οι δύο βασικές κατευθύνσεις των σχολών γονέων αφορούν στην ενημέρωση των γονέων και στη διαμόρφωση - διαφοροποίηση της στάσης και της συμπεριφοράς τους [2].

Οι δύο αυτές βασικές κατευθύνσεις, είναι οι κατευθύνσεις που όρισε και η Διεθνής Ομοσπονδία για την Εκπαίδευση των Γονέων (Federation Internationale pour l' Education des Parents - F.I.E.P.). Σύμφωνα πάντοτε με την ίδια άποψη, οι σχολές γονέων δεν έχουν σχέση με το σχήμα του γνωστού σχολείου, τη διδασκαλία και τα μαθήματα. Οι σχολές γονέων έρχονται να βοηθήσουν με το έργο τους, την προβληματική ψυχολογία γονέων-παιδιών προς δύο κατευθύνσεις με σκοπό την πρόληψη: α) στην επιμόρφωση των γονέων ή των υποψήφιων γονέων σχετικά με τα στάδια εξέλιξης του παιδιού και τις ανάγκες της κάθε ηλικίας και β) στη βελτίωση της ψυχολογίας των γονέων και των σχέσεων των συζύγων μεταξύ τους. Το σχήμα που τελικά χρησιμοποιείται από τα περισσότερα προγράμματα σχολών γονέων είναι εκείνο της εργασίας με ομάδες [2].

Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων επίσης στοχεύουν: α) να βοηθήσουν τους γονείς να αναπτύξουν μια ποικιλία δεξιοτήτων, ώστε να εντοπίζουν να ορίζουν, να παρατηρούν και να αντιμετωπίζουν την αρνητική συμπεριφορά των παιδιών τους και β) να επιφέρουν περισσότερη σε βάθος αλλαγή στις οικογενειακές σχέσεις. Οι δύο αυτοί στόχοι δεν αποκλείουν ο ένας τον άλλον.

Ένας απλός στόχος, όπως η αλλαγή της αρνητικής συμπεριφοράς ενός παιδιού, μπορεί να περιλαμβάνει τη συζήτηση και άλλων πιο σύνθετων εννοιών όπως, την εκμάθηση μιας σειράς νέων δεξιοτήτων και την αύξηση του αυτοσεβασμού των γονέων. Ο τελικός στόχος είναι να νιώσει ο γονέας περισσότερο σίγουρος για το ρόλο του και να γίνει «ειδικός» στην επίλυση των προβλημάτων του [1,37]. Αυτοί οι στόχοι επιτυγχάνονται μέσα από την εκπαίδευση των γονέων, ώστε: α) να συνεργάζονται με τα παιδιά τους στην επίλυση των προβλημάτων, β) να βοηθούν τα παιδιά τους στην αναγνώριση και συμφιλίωση με τα συναισθήματά τους, γ) να μπορούν να ακούν τα παιδιά τους, δ) να χρησιμοποιούν τον έπαινο και να διαπραγματεύονται με τα παιδιά τους ώστε να βρίσκουν εναλλακτικές λύσεις της τιμωρίας, ε) να παροτρύνουν τα παιδιά τους να είναι αυτόνομα και υπεύθυνα και στ) να μπορούν να κάνουν αναδρομή στις δικές τους παιδικές εμπειρίες διαπαιδαγώγησης από τους γονείς τους [5]. Οι Smith και Pugh υπογραμμίζουν ότι, τα προγράμματα αυτά μεταξύ άλλων θα πρέπει: α) να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των γονιών, β) να στοχεύουν στην αύξηση της αυτοπεποίθησης των γονέων γ) να μην επιβάλλουν κάποιο συγκεκριμένο στυλ πατρότητας ή μητρότητας και δ) να υπογραμμίζουν το ζήτημα των δικαιωμάτων των παιδιών, καθώς επίσης και τις ανάγκες και τα δικαιώματα των γονέων [37].

Θα μπορούσαμε επομένως να πούμε ότι, ο βασικός προληπτικός στόχος των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων, αλλά και η όλη φιλοσοφία τους, μοιάζουν κατά πάρα πολύ με το βασικό στόχο και τη φιλοσοφία, των προγραμμάτων εκπαίδευσης σε δεξιότητες ζωής-life skills training programmes [15]. Οι δεξιότητες ζωής, αφορούν στις συμπεριφορές οι οποίες επιτρέπουν στα άτομα να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τις προκλήσεις της καθημερινότητας. Η φύση και ο ορισμός των δεξιοτήτων ζωής ποικίλουν από πολιτισμό σε πολιτισμό. Ωστόσο, η ανάλυση του πεδίου των δεξιοτήτων ζωής προτείνει ότι υπάρχει μια βασική ομάδα δεξιοτήτων η οποία σχετίζεται με την προαγωγή της υγείας και την ευημερία των παιδιών και των ενηλίκων. Οι δεξιότητες αυτές εμπεριέχουν: τη λήψη αποφάσεων, την επίλυση προβλημάτων, τη δημιουργική σκέψη, την κριτική σκέψη, την επικοινωνία, τις δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας, την αυτογνωσία, τη συναισθηματική ταύτιση και τη διαχείριση των συναισθημάτων και του άγχους [137].

Όπως αναφέρθηκε, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων παρουσιάζουν αρκετές διαφορές. Ορισμένα διαρκούν για ένα χρόνο και άλλα είναι πιο σύντομα σε διάρκεια. Το σχήμα που προτιμάτε είναι αυτό της διάταξης σε κύκλο [6,15]. Ορισμένα προγράμματα προϋποθέτουν οικονομική συμμετοχή από τους γονείς και ορισμένα προσφέρονται δωρεάν. Άλλα υλοποιούνται από ειδικευμένο αμειβόμενο προσωπικό και άλλα από εθελοντές. Άλλα πραγματοποιούνται σε σταθερή βάση και άλλα μετά από κάποιο αίτημα. Άλλα είναι ατομικά (κυρίως θεραπευτικά) και άλλα ομαδικά [6]. Συνήθως, σε κάθε ομάδα συμμετέχουν 8 έως και 12 γονείς και το πρόγραμμα ολοκληρώνεται κατά μέσο όρο σε 10 έως και 12 εβδομαδιαίες συναντήσεις διάρκειας 2 ωρών η κάθε μία [135].

Σήμερα, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων εφαρμόζονται στην Ελλάδα κυρίως από τα Κέντρα Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ ως μια κατηγορία των προγραμμάτων πρόληψης. Τα κέντρα αυτά προκειμένου να υλοποιήσουν τον προληπτικό τους στόχο σχετικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, εφαρμόζουν παρεμβάσεις, όχι μόνο στους γονείς αλλά και στα παιδιά, στα πλαίσια των σχολείων. Τα κέντρα πρόληψης, δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαφορές ως προς το πλαίσιο, τη μεθοδολογία και τη θεματολογία των ομαδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων. Έτσι, κοιτάζοντας τη δομή το περιεχόμενο και τη θεματολογία ενός καλά σχεδιασμένου προγράμματος, μπορούμε να έχουμε μια γενική άποψη για τα προγράμματα που προσφέρονται από τα κέντρα πρόληψης ανά την Ελλάδα.

Οι σχολές γονέων για παράδειγμα που πραγματοποιούνται από το κέντρο πρόληψης «Πυξίδα», πραγματοποιούνται σε κλειστές ομάδες (15 έως και 20 άτομα) και συντονίζονται από έναν ή και δύο εκπαιδευτές. Οι ομάδες ολοκληρώνονται σε προκαθορισμένο αριθμό συναντήσεων (6-12 δίωρες συναντήσεις). Όπως αναφέρει το ίδιο το κέντρο, το θεωρητικό υπόβαθρο του προγράμματος είναι κυρίως ανθρωπιστικό, προσωποκεντρικό και εμπεριέχει και στοιχεία γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης. Κατά τις συναντήσεις, γίνονται εισηγήσεις και χρησιμοποιούνται και βιωματικές τεχνικές (παιχνίδια ρόλων, μελέτες περιπτώσεων, ασκήσεις επικοινωνίας). Οι συναντήσεις απευθύνονται σε γονείς με παιδιά νηπιακής, σχολικής και εφηβικής ηλικίας. Η θεματολογία των συναντήσεων περιλαμβάνει θέματα, όπως: α) τα χαρακτηριστικά της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των παιδιών και των εφήβων, β) οι ψυχικές και συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών, γ) οι ανάγκες των γονέων, δ) η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και η διαχείριση των συναισθημάτων, ε) η επίλυση των συγκρούσεων στην οικογένεια, στ) η ενίσχυση της υπευθυνότητας και της αυτονομίας των παιδιών, ζ). τα όρια και η καθοδήγηση των παιδιών, η) πληροφορίες για τις ψυχοδραστικές ουσίες και κατανόηση των παραγόντων που συνδέονται με τη χρήση νόμιμων και παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών. Επίσης, γίνεται αναφορά και σε εξειδικευμένα θέματα, όπως: ο αποχωρισμός, η ενίσχυση της αυτονομίας, η αντιμετώπιση της αρνητικής συμπεριφοράς, η προσαρμογή στο σχολείο, οι σχέσεις του ζευγαριού, το άγχος των γονέων και άλλα [138].

Όσον αφορά στην υλοποίηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων και παιδιών, τα κέντρα πρόληψης χρησιμοποιούν συγκεκριμένα εγχειρίδια [139-141], κυρίως του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής - Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., αλλά και διαφόρων συγγραφέων [36,38,142-146]. Τα εγχειρίδια αυτά τα χρησιμοποιούν οι συντονιστές των ομάδων, όμως και πάλι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν και τόσα πολλά επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία σχετικά με το κατά πόσο και σε τι βοηθάνε τα εγχειρίδια αυτά.

Όπως έχει αναφερθεί, η αξιολόγηση των παρεμβάσεων αυτών στην Ελλάδα είναι εν μέρει φτωχή και κινείται κυρίως προς την κατεύθυνση της διερεύνησης της γνώμης των γονέων για το πρόγραμμα εκπαίδευσης που εφαρμόζει το κάθε κέντρο.

Στην Ελλάδα, ο μεγαλύτερος αριθμός των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων προσφέρονται δωρεάν στους γονείς, σε αντίθεση με χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο όπου το κόστος συμμετοχής για τους γονείς ορισμένες φορές είναι μεγάλο και ποικίλει ανάλογα με το είδος του προγράμματος. Όταν ειδικά πρόκειται για προγράμματα εκπαίδευσης γονέων τα οποία απευθύνονται σε γονείς με παιδιά που παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα, όπως αυτό της Εναντιωτικής Προκλητικής Διαταραχής, το κόστος είναι 10 φορές μεγαλύτερο από ότι το κόστος των προγραμμάτων που απευθύνονται σε γονείς των οποίων τα παιδιά δε φέρουν κάποια συγκεκριμένη διάγνωση. Όπως και διεθνώς, έτσι και στην Ελλάδα, τα περισσότερα προγράμματα έχουν συγκεκριμένη διάρκεια, από 6 έως και 22 εβδομάδες περίπου, με μία συνάντηση την εβδομάδα, διάρκειας από 1 έως και 2 ώρες και είναι δομημένα ως προς τη θεματολογία και τον τρόπο εφαρμογής τους [1].

Παρόλο που τα προγράμματα αυτά έχουν αυξηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια εντούτοις, εξυπηρετούν τις ανάγκες ενός μικρού ποσοστού γονέων οι οποίοι τελικά συμμετέχουν σε αυτά. Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, δεν υπάρχει κάλυψη όλων των περιοχών. Κατ' εκτίμηση, στα προγράμματα αυτά συμμετέχουν 28.000 περίπου γονείς το χρόνο, γεγονός που παραπέμπει στο ότι, στο Ηνωμένο Βασίλειο το 4% περίπου της δύναμης των γονέων εθνικά, παρευρίσκονται σε μια τέτοια σειρά μαθημάτων κάποια στιγμή ενώ τα παιδιά τους μεγαλώνουν [37]. Όμως, στη σημερινή εποχή τα προβλήματα της παιδικής ηλικίας όπως είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς, είναι ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας και η πλειοψηφία των γονέων θεωρεί αναγκαία την ύπαρξη των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων για την αντιμετώπισή τους και για την ενημέρωση την οποία ζητούν οι περισσότεροι γονείς [135] και η οποία, είναι προτιμότερο να ξεκινάει έγκαιρα και πρώιμα από τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, πριν ακόμη τα μικρά προβλήματα εξελιχθούν σε πολύ σημαντικές δυσκολίες για το παιδί και την οικογένειά του [147].

Κατηγορίες των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων με βάση τα χαρακτηριστικά των γονέων στους οποίους απευθύνονται

Τα περισσότερα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων απευθύνονται σε γονείς με παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, από 3 έως και 12 ετών. Στο σχεδιασμό αυτών των προγραμμάτων, βασίζονται και τα προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς με παιδιά μικρότερης ηλικίας [148].

Γενικά, τα προγράμματα απευθύνονται σε γονείς ή μέλλοντες γονείς ή σε οποιοδήποτε άτομο έχει αναλάβει τη φροντίδα και τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού [6].

Στην πλειονότητά τους, οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι μητέρες της μεσαίας τάξης [6,37,149-152]. Παρά το ότι και οι δύο γονείς, μητέρα και πατέρας, παίζουν σημαντικό ρόλο για την κοινωνική, συναισθηματική και ψυχική ανάπτυξη του

παιδιού [153], λίγα προγράμματα προσελκύουν πατέρες. Το κυρίως βάρος της εκπαίδευσης των γονέων το αναλαμβάνουν οι μητέρες [6,37,49]. Αυτό δε συμβαίνει μόνο στα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων με σκοπό την πρόληψη ή τη θεραπεία, αλλά και στα ατομικά θεραπευτικά προγράμματα [154], όπως επίσης και στα γενικότερα προγράμματα στήριξης των γονέων [155]. Για το λόγο αυτό, το κύριο βάρος των αποτελεσμάτων των ερευνών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων το αναλαμβάνουν οι μητέρες [107]. Οι πατέρες είναι πολύ λιγότερο κινητοποιημένοι σε σχέση με τις μητέρες στο να συμμετάσχουν σε οποιασδήποτε μορφής πρόγραμμα εκπαίδευσης [156]. Σχετικά με τα θεραπευτικά κυρίως προγράμματα, ορισμένοι ερευνητές δε θεωρούν τη συμμετοχή του πατέρα απαραίτητη [157,158], ενώ άλλοι θεωρούν ότι η συμμετοχή των πατέρων επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα [156,159]. Οι Lundahl, Nimer και Parsons, στη μετα-ανάλυσή τους σχετικά με την εμπλοκή του πατέρα στην εκπαίδευση γονέων, αναφερόμενοι και σε μια προγενέστερη μετα-ανάλυσή τους αναφέρουν ότι, παρόλο που οι πατέρες ωφελούνται λιγότερο από τα προγράμματα εκπαίδευσης από ότι οι μητέρες, θα πρέπει να ενθαρρύνεται η συμμετοχής τους σε αυτά, επειδή ως ένα βαθμό η συμμετοχή του πατέρα στα προγράμματα αυξάνει την αποτελεσματικότητά τους [160,161].

Ορισμένα από αυτά τα προγράμματα, είναι ανοιχτά για όλους τους γονείς, οι οποίοι ενημερώνονται για αυτά από τοπικούς φορείς, σχολεία και άλλα. Υπάρχουν όμως και προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα με το παιδί τους. Οι γονείς αυτοί, ενημερώνονται για αυτήν την κατηγορία προγραμμάτων από κοινωνικούς και ιδιωτικούς φορείς ψυχικής υγείας.

Οι βιβλιογραφικές αναφορές οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι κατηγορίες των προγραμμάτων πρόληψης μέσω της εκπαίδευσης των γονέων, με βάση τους γονείς στους οποίους απευθύνονται τα προγράμματα αυτά είναι τρεις [5,6,11,37,77,135,162-164].

Η πρώτη κατηγορία, περιλαμβάνει τα *γενικά προγράμματα* που απευθύνονται σε γονείς οι οποίοι επιθυμούν να βελτιώσουν τον τρόπο διαπαιδαγώγησης, να αναπτύξουν θετικές σχέσεις με τα παιδιά τους και να διδαχθούν πρόσθετες μεθόδους πειθαρχίας και αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας και δεξιότητες διαπαιδαγώγησης, που προωθούν την κοινωνική ψυχολογική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και μειώνουν ταυτόχρονα την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς [52,57,164,165].

Η δεύτερη κατηγορία, περιλαμβάνει τα *εκλεκτικά προγράμματα*, που είναι σχεδιασμένα και εφαρμόζονται σε ειδικές ομάδες γονέων όπως, οι γονείς με υιοθετημένα παιδιά [166,167], οι γονείς με παιδιά εφηβικής ηλικίας [168], οι έφηβοι γονείς [162,169], οι γονείς συγκεκριμένης εθνικότητας-μειονότητας ή οι γονείς που κατοικούν σε υποβαθμισμένες περιοχές [162,170-174], οι μονογονεϊκές οικογένειες [162,175], οι γονείς με χαμηλό εισόδημα [162,176,177] ή για ειδικό σκοπό όπως, η βελτίωση της συμπεριφοράς και της προσοχής των παιδιών στο σχολείο [178,179], η πρόληψη της χρήσης του τσιγάρου, του αλκοόλ και των ουσιών [162,180], η μείωση του άγχους

των γονέων που αντιμετωπίζουν πρόωρη γέννα [181], η εκπαίδευση των ζευγαριών που αποκτούν το πρώτο τους παιδί [153,182].

Η τρίτη κατηγορία, περιλαμβάνει τα *ειδικά* προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς των οποίων τα παιδιά βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο και εμφανίζουν ποικίλα προβλήματα συμπεριφοράς και τα οποία πληρούν ή δεν πληρούν τα κριτήρια κάποιας συγκεκριμένης διαταραχής, ή σε γονείς οι οποίοι έχουν χαμηλό αυτοσεβασμό και πολλαπλάσια προβλήματα [1,164]. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει προγράμματα που στοχεύουν και σε αρκετές περιπτώσεις, όπως αναφέρουν οι παρακάτω ερευνητικές βιβλιογραφικές παραπομπές, πετυχαίνουν, την εκπαίδευση των γονέων των οποίων τα παιδιά εμφανίζουν συγκεκριμένα προβλήματα όπως, η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας [183,184], τα προβλήματα διαγωγής [90,185-189], η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή [1,190], οι διαταραχές του φάσματος του Αυτισμού [191,192], η αντικοινωνική συμπεριφορά και η εγκληματικότητα [162,193,194] και γενικότερα η βίαιη συμπεριφορά [195], η κακοποίηση και κακομεταχείριση [162,196-198], η χρόνια παιδική νόσος [199] και άλλα.

Οι Sadler και Seyden διακρίνουν τα προγράμματα για την εκπαίδευση και τη στήριξη των γονέων σε τέσσερις τύπους: α) τα προγράμματα προσκόλλησης, για γονείς με παιδιά ηλικίας έως και 2 ετών, β) τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, για γονείς με παιδιά ηλικίας από 2 έως και 12 ετών, γ) τα προγράμματα επικοινωνίας, για γονείς με παιδιά ηλικίας από 13 έως και 18 ετών και δ) τα προγράμματα σχέσης ζευγαριού, για όλους τους γονείς από την εγκυμοσύνη και μετά [200].

Κατηγορίες των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων με βάση τη θεωρητική τους κατεύθυνση

Προκειμένου να δούμε το περιεχόμενο των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόζονται ανά τον κόσμο, είναι χρήσιμο να προσπαθήσουμε να τα κατηγοριοποιήσουμε με βάση τη θεωρητική κατεύθυνση που το κάθε ένα ακολουθεί. Οι Barlow, Coren και Stewart-Brown στη μετα-ανάλυσή τους, σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης στην ψυχοκοινωνική υγεία της μητέρας, εξετάζοντας το περιεχόμενο των διαφόρων προγραμμάτων, διέκριναν έξι κατηγορίες προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων. Οι κατηγορίες αυτές είναι: α) τα προγράμματα συμπεριφορικής κατεύθυνσης, β) τα προγράμματα γνωστικής συμπεριφορικής κατεύθυνσης, γ) τα προγράμματα σύνθεσης διαφόρων θεωρητικών κατευθύνσεων, δ) τα προγράμματα συμπεριφορικής-ανθρωπιστικής κατεύθυνσης, ε) τα προγράμματα λογικο-θυμικής κατεύθυνσης και στ) τα προγράμματα αντλεριανής κατεύθυνσης [201].

Η κατηγορία της συμπεριφορικής κατεύθυνσης, περιλαμβάνει προγράμματα που είναι εξολοκλήρου συμπεριφορικά προσανατολισμένα και τα οποία βασίζονται στις αρχές της

κοινωνικής μάθησης. Τα προγράμματα αυτά εκπαιδεύουν τους γονείς σχετικά με το πώς να χρησιμοποιούν μια σειρά από βασικές συμπεριφορικές τεχνικές, ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται την αρνητική συμπεριφορά των παιδιών [202-204]. Η κατηγορία της γνωστικής συμπεριφορικής κατεύθυνσης, περιλαμβάνει προγράμματα που χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό από στρατηγικές συμπεριφορικής και γνωστικής προσέγγισης, με σκοπό να βοηθήσουν τους γονείς ώστε να αναδομήσουν τη σκέψη τους σχετικά με τον εαυτό τους και τα παιδιά τους [205,206]. Η κατηγορία των προγραμμάτων σύνθεσης διαφόρων θεωρητικών κατευθύνσεων, περιλαμβάνει προγράμματα που χρησιμοποιούν και άλλα στοιχεία εκτός από αυτά της γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης ή προγράμματα που δεν μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως γνωστικά ή συμπεριφορικά. Τα προγράμματα αυτά ενσωματώνουν παράλληλα και στρατηγικές ώστε να εκπαιδεύσουν τους γονείς στη διαχείριση δύσκολων καταστάσεων ή στη διαχείριση συναισθημάτων και σχέσεων [207,208]. Η κατηγορία της συμπεριφορικής-ανθρωπιστικής κατεύθυνσης, περιλαμβάνει προγράμματα εκπαίδευσης των γονέων που χρησιμοποιούν συμπεριφορικές και πελατοκεντικές τεχνικές, με σκοπό τη βελτίωση της αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού κυρίως μέσω προβολής βίντεο [209,210,211]. Η προτελευταία κατηγορία, περιλαμβάνει όλα τα προγράμματα που είναι βασισμένα στη λογικο-θυμική προσέγγιση, με σκοπό να βοηθήσουν τους γονείς να μειώσουν τη συναισθηματική τους πίεση, μέσω της αμφισβήτησης των παράλογων πεποιθήσεων και της ενίσχυσης των περισσότερο λογικών πεποιθήσεων [212]. Τέλος, η κατηγορία της αντλεριανής κατεύθυνσης, περιλαμβάνει προγράμματα αντλεριανής θεωρητικής προσέγγισης όπου οι γονείς μελετούν και εφαρμόζουν την αντλεριανή φιλοσοφία σε σχέση με ανατροφή των παιδιών [213].

Συνήθως, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων διαχωρίζονται ως προς τον προσανατολισμό τους, σε αυτά που είναι προσανατολισμένα στη σχέση γονέα-παιδιού (ανθρωπιστικά) και σε αυτά που έχουν ένα συμπεριφορικό προσανατολισμό (συμπεριφορικά), αν και υπάρχουν και προγράμματα που βασίζονται και στις δύο προσεγγίσεις. Στα προγράμματα που είναι προσανατολισμένα στη σχέση γονέα-παιδιού, ανήκουν τα προγράμματα που βασίζονται στη θεωρία της προσκόλλησης, στην ψυχαναλυτική θεωρία και τη θεωρία των οικογενειακών συστημάτων. Στα προγράμματα συμπεριφορικής προσέγγισης ανήκουν τα προγράμματα που βασίζονται στη γνωστική συμπεριφορική θεωρία και τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης [1,4,5,93,189,214]. Σε αντίθεση με τα προγράμματα που βασίζονται κυρίως στη συμπεριφορική προσέγγιση, τα οποία έχουν να επιδείξουν πληθώρα σημαντικών ερευνητικών δεδομένων που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους, τα προγράμματα που είναι προσανατολισμένα στη σχέση γονέα-παιδιού, δεν έχουν να επιδείξουν ιδιαίτερα σημαντικά ερευνητικά αποτελέσματα στον τομέα αυτό [214]. Το ίδιο αποτελεσματικά φαίνεται να είναι και τα προγράμματα που βασίζονται κυρίως στην κοινωνική θεωρία της μάθησης [45]. Γενικώς, προγράμματα που βασίζονται κυρίως

στη συμπεριφορική προσέγγιση εμφανίζουν περισσότερα επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία, ώστε να θεωρούνται αποτελεσματικότερα από τα άλλα προγράμματα [93].

Από τον πολύ μεγάλο αριθμό προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόζονται ανά τον κόσμο, τα προγράμματα Incredible Years [215] και Triple P [216,217] τυγχάνουν ενθαρρυντικών αποτελεσμάτων ως προς την αποτελεσματικότητά τους [52,133]. Άλλα δημοφιλή προγράμματα, όπως το STEP το PET και το Active Parenting, υπήρξαν αντικείμενο, κατά τη δεκαετία του 1990, έντονης κριτικής για την έλλειψη εμπειρικών στοιχείων μέσω ερευνών σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους [218,219]. Το PET έχει δεχθεί έντονη κριτική σχετικά και με τα αποτελέσματα που επιφέρει στους γονείς που το παρακολουθούν [220,221]. Τα βασικά χαρακτηριστικά των προγραμμάτων αυτών παρουσιάζονται εν συντομία παρακάτω.

Τα βασικότερα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων

Το πρόγραμμα Incredible Years. Το πρόγραμμα αυτό δημιουργήθηκε από την Carolyn H. Webster-Stratton το 1981, έχει ως έδρα την Ουάσιγκτον των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και εφαρμόζεται εντατικά και σε τουλάχιστον 10 άλλες χώρες όπως, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία και άλλες. Βασικοί στόχοι του συγκεκριμένου προγράμματος είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς (π.χ. επιθετική συμπεριφορά), η πρόληψη της κοινωνικής επάρκειας, της συναισθηματικής σταθερότητας, της σχολικής συμμετοχής και επίδοσης του παιδιού, και η θεραπεία της Διαταραχής Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας. Το βασικό θεωρητικό υπόβαθρο του προγράμματος βασίζεται στη γνωστική και κοινωνικο-γνωστική θεωρία και ιδιαίτερα στη θεωρία του Patterson [222] και του Bandura [223]. Το πρόγραμμα χρησιμοποιεί γνωστικές τεχνικές, κυρίως για την αντιμετώπιση του αρνητικού τρόπου σκέψης και για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε γονείς με παιδιά ηλικίας από 0 έως και 12 ετών. Υπάρχουν πέντε επίπεδα εκπαίδευσης, που ολοκληρώνονται σε 8 έως και 20 συναντήσεις, των δύο ή δύομιση ωρών, ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι συμμετέχοντες δεν ξεπερνούν τους 14 ανά ομάδα. Την ομάδα συντονίζουν δύο συντονιστές, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί παρακολουθώντας ένα εφαρμοσμένο εργαστήριο εκπαίδευσης για συντονιστές ομάδων, διάρκειας τριών ή πέντε ημερών [224].

Η ιστοσελίδα του προγράμματος είναι: <http://www.incredibleyears.com>.

Το πρόγραμμα Triple P (Positive Parenting Programme). Το πρόγραμμα αυτό δημιουργήθηκε από τον Matthew R. Sanders και του συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο Queensland της Αυστραλίας το 1977. Βασικός σκοπός του προγράμματος είναι η στήριξη της οικογένειας και των γονέων και η πρόληψη σοβαρών συμπεριφορικών, συναισθηματικών και αναπτυξιακών προβλημάτων στα παιδιά, μέσω της ενίσχυσης των γνώσεων, των δεξιοτήτων και της αυτοπεποίθησης των γονέων. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε γονείς με παιδιά ηλικίας από 0

έως και 12 ετών και έχει πέντε επίπεδα εκπαίδευσης. Προσφάτως, εφαρμόστηκε και σε γονείς με παιδιά εφηβικής ηλικίας από 12 έως και 16 ετών. Όπως και το Incredible Years έτσι και το Triple P έχει τη μορφή μιας συμπεριφορικής οικογενειακής παρέμβασης βασισμένης κυρίως στις αρχές της κοινωνικής θεωρίας της μάθησης [222]. Τα άτομα που εφαρμόζουν το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαιδεύονται μέσω μιας εκπαιδευτικής διαδικασίας πέντε βημάτων. Ο αριθμός των συναντήσεων καθώς και η μορφή του κάθε προγράμματος ποικίλουν [225-227].

Η ιστοσελίδα του προγράμματος είναι: <http://www.triplep.com/>.

Το πρόγραμμα STEP (Systematic Training for Effective Parenting). Το πρόγραμμα αυτό πήρε το όνομά του και δημιουργήθηκε από τους Don C. Dinkmeyer και Gary D. McKay στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Βασίζεται κυρίως στη θεωρία του Alfred Adler και του Rudolf Dreikurs. Βασικός σκοπός του προγράμματος είναι η πρόληψη της εμφάνισης προβλημάτων στα παιδιά και στις οικογένειές τους και η ενίσχυση της γονεϊκής αποτελεσματικότητας, μέσα από την ενίσχυση της φιλοσοφίας της φροντίδας του παιδιού και την εκμάθηση θετικών γονεϊκών δεξιοτήτων και στρατηγικών, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν κατευθείαν για την αντιμετώπιση της συμπεριφορά του παιδιού. Υπάρχουν πολλές κατηγορίες προγραμμάτων που απευθύνονται σε όλους τους γονείς ή σε γονείς που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα. Επίσης, υπάρχουν προγράμματα για γονείς με παιδιά έως 6 ετών, από 6 έως και 12 ετών και από 13 έως και 19 ετών. Κατά την εκπαίδευση, χρησιμοποιούνται και συγκεκριμένα εγχειρίδια. Ο αριθμός των συναντήσεων καθώς και η μορφή του κάθε προγράμματος ποικίλουν. Τα άτομα που εφαρμόζουν το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρακολουθούν μια εκπαιδευτική διαδικασία, είτε υπό μορφή εργαστηρίου, είτε με τη χρήση εγχειριδίων και CD-ROM [228,229]. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε πάρα πολλές χώρες, μεταξύ το οποίων και η Ελλάδα. Οι αναλυτικές πληροφορίες για το πρόγραμμα STEP βρίσκονται στην ιστοσελίδα του Center for the Improvement of Child Caring (CICC): <http://www.ciccparenting.org/StepPrograms.aspx>.

Το πρόγραμμα PET (Parent Effectiveness Training). Το πρόγραμμα δημιουργήθηκε από τον Thomas Gordon το 1962 και έπειτα από αλλαγές έφτασε στην τελική σημερινή του μορφή το 2006. Βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στη θεωρία του ιδρυτή του προγράμματος, τη θεωρία του Gordon, η οποία είναι επηρεασμένη από την πελατοκεντρική προσέγγιση του Carl Rogers. Απευθύνεται σε γονείς με παιδιά όλων των ηλικιών. Ο βασικός στόχος του προγράμματος είναι η εκπαίδευση των γονέων σε δεξιότητες επικοινωνίας και όχι στην τροποποίηση της συμπεριφοράς. Κατά τη διάρκεια των συναντήσεων, γίνονται μικρές διαλέξεις, ασκήσεις βασισμένες σε ειδικό εγχειρίδιο, παιχνίδια ρόλων, μικρής διάρκειας ομαδικές συζητήσεις και εξάσκηση στο σπίτι. Το πρόγραμμα έχει συνολική διάρκεια 24 με 30 ώρες, ανάλογα με τον αριθμό των συμμετεχόντων και ολοκληρώνεται σε 8 έως 10 τρίωρες εβδομαδιαίες συναντήσεις. Οι συντονιστές του προγράμματος εκπαιδεύονται παρακολουθώντας ένα πενθήμερο πρόγραμμα εκπαίδευσης τριών βημάτων με την ονομασία LET-Leaders Effectiveness Training [230-232]. Τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά

με την αποτελεσματικότητα του PET είναι ελάχιστα. Ορισμένα από αυτά αναφέρουν μεταξύ άλλων ότι το πρόγραμμα οδηγεί σε αλλαγές της στάσης των γονέων απέναντι στα παιδιά [233]. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε πάρα πολλές χώρες μεταξύ το οποίων και η Ελλάδα.

Οι αναλυτικές πληροφορίες για το πρόγραμμα PET βρίσκονται στην ιστοσελίδα: <http://www.gordontraining.com/parentingprograms.html>. Οι αναλυτικές πληροφορίες για το πρόγραμμα της Ελλάδας βρίσκονται στην ιστοσελίδα: <http://www.gordonhellas.gr>.

Το πρόγραμμα Active Parenting. Το πρόγραμμα αυτό δημιουργήθηκε από τον Michael H. Porkin. Η αρχική μορφή του προγράμματος έφερε το όνομα Active Parenting Discussion Program και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1983. Έπειτα από δύο αναθεωρήσεις, το πρόγραμμα έλαβε το 2003 την σημερινή τελική του μορφή και ονομάζεται Active Parenting Now. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται διεθνώς σε χώρες όπως η Αμερική, ο Καναδάς, η Ιαπωνία, η Κορέα και η Σουηδία. Απευθύνεται σε όλους τους γονείς με παιδιά ηλικίας 2 έως και 12 ετών. Το πρόγραμμα ολοκληρώνεται σε έξι συναντήσεις προβολής βίντεο. Η κάθε συνάντηση έχει διάρκεια δύο ώρες. Ο εκπαιδευμένος συντονιστής ακολουθεί έναν συγκεκριμένο οδηγό εκπαίδευσης. Το ίδιο συμβαίνει και με τους γονείς. Το πρόγραμμα είναι Αντλεριανής κατεύθυνσης και στοχεύει στην ενίσχυση των δεξιοτήτων των γονέων. Οι γονείς εκπαιδεύονται στη χρήση της ενθάρρυνσης, σε τρόπους ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης του παιδιού, στην επίλυση προβλημάτων, στην ενεργητική ακρόαση, την ειλικρινή επικοινωνία και την απόδοση φυσικών και λογικών συνεπειών στις αρνητικές συμπεριφορές των παιδιών [234]. Οι αναλυτικές πληροφορίες για το πρόγραμμα αυτό βρίσκονται στην ιστοσελίδα: <http://www.activeparenting.com/index.cfm>, και στην ιστοσελίδα του National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP): <http://nrepp.samhsa.gov/>.

Στην εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπησή τους σχετικά με το τι είναι αυτό που βοηθάει περισσότερο στην υποστήριξη και ενίσχυση της γονεϊκής λειτουργίας, οι Moran, Ghate και van der Merwe ανασκοπούν τα στοιχεία της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με το θέμα αυτό και δίνουν αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με την πορεία, τη δομή και την αποτελεσματικότητα των παραπάνω προγραμμάτων αλλά και των περισσότερων προγραμμάτων που εφαρμόζονται στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, το Ηνωμένο Βασίλειο και άλλες χώρες. Μεταξύ άλλων αναφέρουν ότι, τα συμπεριφορικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων βοηθούν τους γονείς με παιδιά με Διαταραχή Ελλατωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα, όμως γενικά, χρειάζεται περισσότερη έρευνα για την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών και σημειώνουν ότι, για τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, τα ερευνητικά στοιχεία είναι πολύ λίγα. Τέλος, δίνουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτουν τα προγράμματα ώστε να είναι αποτελεσματικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά, μαζί με τα ευρήματα διαφόρων μελετών, παρουσιάζονται στα κεφάλαια της παρούσας μελέτης που ακολουθούν παρακάτω [235].

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων

Ποιοτικές μελέτες

Η έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων ολοένα και αυξάνεται. Τα τελευταία είκοσι χρόνια υπάρχει ένα ολοένα και πιο αυξανόμενο ενδιαφέρον για την υποστήριξη που χρειάζονται οι γονείς προκειμένου να μεγαλώσουν τα παιδιά τους.

Οι Smith και Pugh στην έρευνά τους σχετικά με τα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων τονίζουν ότι, αν και τα προγράμματα αυτά είναι αρκετά δημοφιλή στους γονείς, απαιτείται αυστηρότερη αξιολόγηση των προγραμμάτων αυτών [37].

Ο Jacobs δημιούργησε για το λόγο αυτό έναν πενταβάθμιο οδηγό αξιολόγησης των προγραμμάτων εκπαίδευσης που απευθύνονται στην οικογένεια [236]. Οι Matthews και Hudson δημιούργησαν με τη σειρά τους έναν οδηγό για την αξιολόγηση των κλινικών παρεμβάσεων [237].

Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων ή σχολές γονέων εφαρμόζονται σχεδόν σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας, όμως δυστυχώς τα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών είναι πάρα πολύ λίγα. Τα περισσότερα ερευνητικά αποτελέσματα στην Ελλάδα, τα οποία παραμένουν αδημοσίευτα, αφορούν στην αξιολόγηση των προγραμμάτων από τους γονείς μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων ανατροφοδότησης για το κάθε πρόγραμμα. Λίγες είναι οι έρευνες που χρησιμοποιούν σταθμισμένες κλίμακες και ερωτηματολόγια [238-240]. Ακόμη και όταν οι γονείς δηλώνουν ικανοποιημένοι και νιώθουν ότι βοηθήθηκαν από ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα αυτό δε σημαίνει αυτόματα ότι είναι και αποτελεσματικό [235].

Στις άλλες χώρες, η έρευνα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων εκπαίδευσης είναι ολοένα και πιο αυξανόμενη και νέες μεμονωμένες έρευνες, μετα-αναλύσεις και ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας, εξετάζουν το θέμα.

Οι ποιοτικές μελέτες, διερευνούν τις απόψεις των γονέων σχετικά με τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων. Τα αποτελέσματα ορισμένων ποιοτικών ερευνών εντοπίζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων που οι γονείς υπογραμμίζουν ως σημαντικά για την αποτελεσματικότητά τους [241]. Για την ποιοτική αξιολόγηση των προγραμμάτων, χρησιμοποιούνται ατομικές ή τηλεφωνικές ποιοτικές αξιολογήσεις με τη μορφή συνεντεύξεων ή ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώνονται από τους γονείς [7,41,149,242,243].

Ποιοτικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο δίνουν αρκετά στοιχεία για το ποια είναι η διαδικασία που επιτρέπει τις διάφορες παρεμβάσεις να είναι αποτελεσματικές, όμως δε διευκρινίζουν ποιες και για ποιο λόγο είναι οι καταλληλότερες παρεμβάσεις [244].

Μέχρι σήμερα, στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν μόνο μερικές δημοσιευμένες ποιοτικές έρευνες αξιολόγησης των προγραμμάτων εκπαίδευσης που βασίζονται στις απόψεις που διατυπώνουν οι ίδιοι οι γονείς για τα προγράμματα αυτά. Κατά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αυτών μέσω ποιοτικών συνεντεύξεων ή ερωτηματολογίων, οι γονείς δηλώνουν ενθουσιασμένοι από τα προγράμματα. Πολλοί αναφέρουν ότι νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στο ρόλο τους ως γονείς, ότι έχουν αποκτήσει νέες δεξιότητες και γνώσεις και ότι απολαμβάνουν την υποστήριξη και άλλων γονέων [7,37,41,149,207, 240,241,245-249]. Μελέτες προτείνουν, ότι οι γονείς βρίσκουν τα προγράμματα πολύ χρήσιμα, ακόμη και όταν «υποχρεώνονται-αναγκάζονται» να συμμετέχουν σε αυτά [247]. Εξίσου χρήσιμα, βρίσκουν οι γονείς και τα προγράμματα που έχουν ως στόχο τη βελτίωση της προσοχής και της συμπεριφοράς του παιδιού στο σχολείο [179].

Η Petersson και οι συνεργάτες της καταφέρνοντας τελικά να ολοκληρώσουν 25 συνεντεύξεις από 61 γονείς που συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων στη Σουηδία, αναφέρουν ότι όλοι οι γονείς έμειναν ικανοποιημένοι από το περιεχόμενο του προγράμματος, όμως οι νέοι ως προς το γονεϊκό ρόλο γονείς, ανέφεραν ότι θα έπρεπε να δοθεί περισσότερη έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ των γονέων μεταξύ τους και των γονέων με το παιδί. Συντονιστής του προγράμματος ήταν ειδικευμένη νοσηλεύτρια, η οποία ακολούθησε κυρίως συμβουλευτικό ρόλο. Η εμπιστοσύνη στο ρόλο του συντονισμού ήταν μεγάλη. Επίσης, οι γονείς ζήτησαν να υπάρχει καλύτερη δομή στο πρόγραμμα [243].

Η Barlow και Stewart-Brown, πραγματοποίησαν 11 συνεντεύξεις με γονείς υψηλού κινδύνου οι οποίοι είχαν παρακολουθήσει το Family Links Nurturing Programme, προκειμένου να ερευνήσουν το κατά πόσο και για ποιο λόγο έμειναν ικανοποιημένοι οι γονείς από το πρόγραμμα. Στα αποτελέσματα της έρευνάς τους αναφέρουν ότι όλοι οι γονείς εξέφρασαν την άποψη ότι ήταν μια χρήσιμη εμπειρία, που άξιζε τον κόπο. Επίσης, οι γονείς υπογράμμισαν το σημαντικό ρόλο που έπαιξε για αυτούς η υποστήριξη από τους άλλους γονείς για το γονεϊκό τους ρόλο στα πλαίσια της ομάδας (συζήτηση, γνωριμία, εμπιστοσύνη, αποδοχή, κοινά προβλήματα, συνεργασία, μείωση της ενοχής), η αίσθηση της ανάκτησης του ελέγχου στο γονεϊκό τους ρόλο (να αντιδρούν με ηρεμία, να μην σκέφτονται την αιτία μιας συμπεριφοράς, η απόκτηση νέων μεθόδων και τεχνικών, η γενίκευση των αποτελεσμάτων και σε άλλους τομείς) και η αύξηση στην ικανότητα ενσυναίσθησης και ταύτισης με τα παιδιά τους (κατανόηση των προβλημάτων και των αναγκών των παιδιών, αναδρομή στον τρόπο που οι ίδιοι μεγάλωσαν). Ορισμένοι γονείς ανέφεραν ότι τους βοήθησε το ότι δεν τους διδάχτηκαν τρόποι ώστε να είναι καλοί γονείς, αλλά το ότι έλαβαν υποστήριξη για το γονεϊκό τους ρόλο. Αρκετοί γονείς, τόνισαν ως βοηθητικό το ρόλο του συντονιστή και τη συμμετοχή τους σε παιχνίδια ρόλων. Οι γονείς σημείωσαν την ανάγκη για περισσότερες συναντήσεις ώστε να έχουν μεγαλύτερη επαφή μεταξύ τους, να μπορούν να

εξασκηθούν περισσότερο και να μπορούν να καλυφθούν τα πολλά θέματα που περιείχε το πρόγραμμα. Πολλοί γονείς συνέχισαν να συναντιούνται και μετά τη λήξη του προγράμματος [7].

Γενικά, τα αποτελέσματα ποιοτικών μελετών σχετικά με τις απόψεις και τις αντιλήψεις των γονέων για τα προγράμματα εκπαίδευσης υπογραμμίζουν τόσο θετικές όσο και αρνητικές εκβάσεις των προγραμμάτων [7,147,149,245].

Όσον αφορά στις θετικές εκβάσεις οι γονείς υπογραμμίζουν ότι τα προγράμματα τους παρείχαν:

- Την αύξηση στην αυτοπεποίθησή τους.
- Την ανακούφιση ότι τα παιδιά τους είναι «φυσιολογικά».
- Την αίσθηση μεγαλύτερου ελέγχου για την αντιμετώπιση της συμπεριφοράς των παιδιών.
- Την ανάκτηση της αίσθησης του ελέγχου στο γονεϊκό τους ρόλο, με το να μπορούν να σκεφτούν με ηρεμία και μέσω του εφοδιασμού τους με νέες μεθόδους για τη γονεϊκή τους λειτουργία.
- Την αύξηση των πιο αποτελεσματικών τρόπων πειθαρχίας και την παράλληλη μείωση των αναποτελεσματικών, όπως για παράδειγμα το να φωνάζουν ή να χτυπάνε τα παιδιά.
- Τη βελτίωση σε συγκεκριμένες συμπεριφορές των παιδιών, όπως το να χτυπάει τους άλλους ή να σηκώνεται τα βράδια.
- Τη βελτίωση στη σχέση τους με τα παιδιά.
- Την αύξηση της ικανότητας της ενσυναίσθησης και της ταύτισης με τα παιδιά τους και της καλύτερης κατανόησης των παραγόντων που οδηγούν τα παιδιά να συμπεριφέρονται με έναν συγκεκριμένο τρόπο.
- Την υποστήριξη από τους άλλους γονείς, διαπιστώνοντας ότι δεν είναι οι μόνοι και ότι όλοι λίγο πολύ αντιμετωπίζουν καθημερινά τα ίδια προβλήματα

Όσον αφορά στις αρνητικές εκβάσεις οι γονείς υπογραμμίζουν:

- Δυσκολίες στο να έχουν την υποστήριξη στην εφαρμογή των νέων τεχνικών, από το σύντροφό τους (πατέρα) ο οποίος δε συμμετείχε στο πρόγραμμα.
- Δυσκολίες στην αλλαγή των συνηθειών τους και των συνηθειών των συντρόφων που δε συμμετείχαν και πρόταση για περισσότερες συναντήσεις ώστε να ενδυναμωθούν αυτά που έμαθαν.
- Δυσκολίες στο να βρεθεί ο απαραίτητος χρόνος, κυρίως λόγω εργασίας του συζύγου, ώστε και οι δύο γονείς να εφαρμόσουν τις νέες τεχνικές.
- Δυσκολίες στο να ενσωματώσουν τις νέες τεχνικές στην καθημερινή πολυάσχολη ζωή τους.
- Γενικά οι γονείς (κυρίως μητέρες), σημειώνουν ότι θα προτιμούσαν να συμμετείχε στο πρόγραμμα και ο σύντροφός τους.
- Αμφισβήτηση της τεχνικής του «time-out» ως μιας αποτελεσματικής τεχνικής.

- Δυσκολίες στο να συμμετέχουν λόγω της φροντίδας του παιδιού.
- Δυσκολίες ενός μικρού αριθμού γονέων στο να λειτουργήσουν στην ομάδα λόγω του ότι δεν ένοιωθαν άνετα, αλλά απομονωμένοι.

Οι Kane, Wood και Barlow στη μετα-εθνογραφική τους μελέτη, συνέθεσαν τα αποτελέσματα τεσσάρων ποιοτικών μελετών προκειμένου να εξετάσουν τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις των γονέων για τα προγράμματα εκπαίδευσης. Στην έρευνά τους διαπιστώνουν ότι με βάση τις απόψεις των γονέων, η απόκτηση γνώσης, δεξιοτήτων και κατανόησης, σε συνδυασμό με την αίσθηση της αποδοχής και της υποστήριξης από τους άλλους γονείς, παρέχουν τη δυνατότητα στους γονείς να ανακτήσουν τον έλεγχο και να νιώθουν περισσότερο ικανοί στο να τα καταφέρουν και όλα αυτά οδηγούν τους γονείς στη μείωση της ενοχής και της απομόνωσης των γονέων και στην αύξηση της ενσυναίσθησης και της εμπιστοσύνης τους προς το παιδί [241].

Ποσοτικές μελέτες

Η διαθεσιμότητα ενός μεγάλου αριθμού ερευνών στον τομέα της εκπαίδευσης των γονέων, προκύπτει από τις μετα-αναλυτικές αναφορές και τις ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας, οι οποίες συνθέτουν όλα τα ουσιαστικά αποτελέσματα των διαφόρων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Παράλληλα, η πραγματοποίηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων ερευνών, είναι ένα πολύ σημαντικό μέσο διερεύνησης της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αυτών, δεδομένου ότι ορισμένες φορές τα προγράμματα αυτά έχουν βρεθεί να είναι αναποτελεσματικά ή να έχουν αρνητική επίδραση στις οικογένειες [250].

Στην ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, οι Moran, Ghate και van der Merwe τονίζουν ότι παρόλο που είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία για το τι προτιμούν και από τι ωφελούνται οι ίδιοι οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα, είναι εξίσου πολύ σημαντικό, οι έρευνες να αναδεικνύουν και εξαρτημένα στοιχεία που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών στους γονείς και στα παιδιά. Οι ίδιοι ερευνητές, συνεχίζουν, τονίζοντας την ανάγκη διεξαγωγής τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών, στις οποίες οι συμμετέχοντες (πειραματική ομάδα), συγκρίνονται πριν και μετά την παρέμβαση με γονείς που δε συμμετείχαν στην παρέμβαση (ομάδα ελέγχου) και που σαν δείγμα, δε διαφέρουν από τους συμμετέχοντες. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο θα μπορεί να διαπιστωθεί, τι είναι αυτό που βοηθάει, τι είναι ενθαρρυντικό, τι είναι αυτό που δε βοηθάει και πως αυτό μπορεί να αλλάξει και τι είναι άγνωστο σχετικά με τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων [235]. Όπως αναφέρει και η Roberts, η έρευνα σε οποιοδήποτε τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών για παιδιά, θα πρέπει να δίνει απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα [251]. Τα ίδια σχεδόν ερωτήματα θέτουν και οι Day και Davis [131]. Οι Olds, Sadler και Kitzman στην ανασκόπησή τους αναφέρουν ότι, οι περισσότερες έρευνες των προγραμμάτων

που απευθύνονται σε οικογένειες υψηλού κινδύνου παρουσιάζουν πολλά μεθοδολογικά σφάλματα, ενώ λίγες είναι οι έρευνες που βασίζονται σε μια προσεγμένη μεθοδολογία [252].

Ο Nixon σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφέρει ότι, παρόλα τα θετικά αποτελέσματα των προγραμμάτων εκπαίδευσης, αυτό που επίσης παρατηρείται είναι ότι, ένα μεγάλο ποσοστό γονέων δεν ωφελείται από τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων τα οποία στοχεύουν στη θεραπεία των διαταραχών συμπεριφοράς σε παιδιά προσχολικής ηλικίας [253]. Αρνητικές εκβάσεις έχουν παρατηρηθεί και σε ατομικά θεραπευτικά συμπεριφορικά προγράμματα. Οι αρνητικές αυτές εκβάσεις αναλύονται από τους Assemany και McIndosh σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και εμπεριέχουν, την πρόωρη αποχώρηση των γονέων, την αδυναμία συμμετοχής και την αδυναμία εφαρμογής των όσων αποκτήθηκαν βραχυπρόθεσμα [254]. Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, οι βασικοί οργανισμοί και οι βασικές πηγές του διαδικτύου που παρέχουν μετα-αναλύσεις, ανασκοπήσεις και αποτελέσματα τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών είναι οι εξής: The Cochrane Collaboration (<http://www.cochrane.org>), National Registry of Evidence-based Programmes and Practices-NREPP (<http://www.nrepp.samhsa.gov/>), Social Care Institute for Excellence-SCIE (<http://www.scie.org.uk>), Research in Practice (<http://www.rip.org.uk/evidencebank>), The National Institute for Health and Clinical Excellence-NICE (<http://www.nice.org.uk/aboutnice>), Office of Juvenile Justice and Delinquency-OJJDP (<http://ojjdp.ncjrs.org/>), και το Blueprints for Violence Prevention (<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/>).

Σε μία συστηματική ανασκόπηση των ανασκοπήσεων της βιβλιογραφίας, ο Tennant και οι συνεργάτες του εξέτασαν 27 συστηματικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας σχετικά με τις παρεμβάσεις προαγωγής και πρόληψης της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων ηλικίας από 0 έως 19 ετών, προκειμένου να διαπιστώσουν κατά πόσο αυτές οι παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές [255]. Παρά τα μεθοδολογικά προβλήματα, υπογραμμίζουν ότι αρκετά από αυτά τα προγράμματα, όπως και τα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, δείχνουν να είναι αποτελεσματικά και τονίζουν την αναγκαιότητα εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών από τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Από τις 27 συστηματικές ανασκοπήσεις που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπησή τους, οι επτά [170,220,256-260] αφορούσαν τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων διάφορων κατηγοριών και παρουσίαζαν τις υψηλότερες βαθμολογίες ως προς την αποτελεσματικότητα. Τα συμπεράσματα των σχετικότερων από αυτών με την παρούσα μελέτη καθώς και τα συμπεράσματα άλλων σημαντικών ανασκοπήσεων και ερευνών, αναφέρονται αμέσως παρακάτω.

Σε μια ανασκόπηση των ηλεκτρονικών ερευνητικών πηγών μεταξύ 1970 και 1997, η Barlow το 1997 εξέτασε 21 έρευνες που διέθεταν τα ερευνητικά κριτήρια της ανασκόπησης σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ομαδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων στη βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά με διαταραχή διαγωγής ηλικίας μεταξύ 3 και 10 ετών. Τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης ανασκόπησης, τονίζουν την αναγκαιότητα εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών για τη βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς των

παιδιών αυτής της ηλικίας. Επίσης, από την ίδια ανασκόπηση γίνεται αντιληπτό ότι τα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης είναι πολύ πιο αποτελεσματικά από ότι τα ατομικά και για το λόγο αυτό τα προτιμούν περισσότερο και οι γονείς, όμως, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των προγραμμάτων αυτών, καθώς και το ποια προγράμματα είναι περισσότερο αποτελεσματικά παραμένουν ασαφή και απαιτείται περισσότερη έρευνα σε αυτούς τους τομείς [261].

Δύο χρόνια αργότερα, οι Dimond και Hyde, πραγματοποίησαν μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να συνεχίσουν όπως αναφέρουν την ανασκόπηση της Barlow και εξέτασαν 16 μελέτες, προκειμένου να διερευνήσουν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των προγραμμάτων αυτών στα προβλήματα της συμπεριφοράς των παιδιών. Στα συμπεράσματά τους, καταλήγουν στο ότι τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα δε δίνουν διευκρινιστικά στοιχεία, όμως ενθαρρύνουν τη συνέχιση της προσπάθειας εφαρμογής των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων [262].

Σε μια άλλη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι Barlow και Parsons εξέτασαν αρχικά 190 έρευνες στην προσπάθειά τους να διαπιστώσουν κατά πόσο τα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων μπορούν να συμβάλλουν στη συναισθηματική και συμπεριφορική ρύθμιση των παιδιών ηλικίας κάτω των 3 ετών και στην πρόληψη της εμφάνισης τέτοιων προβλημάτων. Μόνο πέντε έρευνες συμπεριλήφθηκαν τελικά στην έρευνα. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης ανασκόπησης, υποστηρίζουν την εφαρμογή των ομαδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων για τη συναισθηματική και συμπεριφορική ρύθμιση των παιδιών ηλικίας κάτω των 3 ετών, εντοπίζουν όμως έλλειψη στοιχείων για τον προληπτικό ρόλο των προγραμμάτων αυτών σε αυτήν την ηλικία. Επίσης, επισημαίνουν ότι υπάρχουν πολύ λίγα στοιχεία ως προς την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών και ότι χρειάζεται παραπάνω έρευνα στον τομέα αυτό [96,257].

Η Barlow και οι συνεργάτες της το 2010, σε μία μεταγενέστερη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, εξετάζοντας και πάλι ένα μικρό τελικό αριθμό ερευνών ως προς το ίδιο θέμα, καταλήγουν στα ίδια ακριβώς συμπεράσματα με την ανασκόπηση των Barlow και Parsons του 2003 [263].

Σε μια άλλη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι Coren, Barlow και Stewart-Brown εξέτασαν 14 μελέτες διερευνώντας την αποτελεσματικότητα των ατομικών και ομαδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης σε μητέρες εφηβικής ηλικίας και στα παιδιά τους. Παρά τα προβλήματα της ανασκόπησης λόγω της διαφορετικότητας των μελετών που ερευνήθηκαν, επισημαίνουν ότι τα προγράμματα αυτά μπορούν να είναι αποτελεσματικά στη βελτίωση ποικίλων ψυχοκοινωνικών και αναπτυξιακών εκβάσεων στις έφηβες μητέρες και στα παιδιά τους [169].

Μια ακόμη συστηματική ανασκόπηση 17 συνολικά τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών των Barlow, Coren και Stewart-Brown, επισημαίνει ότι τα ομαδικά προγράμματα

εκπαίδευσης γονέων, προάγουν βραχυπρόθεσμα την ψυχοκοινωνική υγεία της μητέρας, μειώνοντας το άγχος και την κατάθλιψη και αυξάνοντας την αυτοεκτίμησή της [201].

Στα μέσα τις δεκαετίας του 1990, οι Serketich και Dumas στη μετα-ανάλυσή τους εξετάζοντας 26 μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια από 117 μελέτες στο σύνολο συμπεραίνουν ότι, τα συμπεριφορικά θεραπευτικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι βραχυχρόνια αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς των παιδιών και την προσωπική ανάπτυξη των γονέων. Τονίζουν όμως, την αναγκαιότητα περισσότερων ερευνών σχετικά με την μακροχρόνια αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών [260].

Στη μετα-ανάλυσή τους, ο Riquero και οι συνεργάτες του αρκετά χρόνια αργότερα το 2009, εξετάζοντας 55 μελέτες, διατυπώνουν ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων για την πρόληψη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και της εγκληματικότητας, θα πρέπει να συνεχίσουν να εφαρμόζονται, διότι τα οφέλη που προσφέρουν για τα πρώτα 5 χρόνια της ζωής του παιδιού είναι πολύ περισσότερα από τα πολύ λίγα αρνητικά τους αποτελέσματα [193].

Μια πρόσφατη μετα-αναλυτική ανασκόπηση της Kaminski και των συνεργατών της το 2008 [264] σχετικά με το ποια είναι τα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων που επιφέρουν βελτίωση στη συμπεριφορά και την προσαρμογή των παιδιών ηλικίας από 0 έως και 7 ετών, ενισχύει την άποψη που προκύπτει και από άλλων μετα-αναλύσεων [160,161,260,261,265,266] ότι δηλαδή, τα προγράμματα αυτά μπορούν να χρησιμοποιούνται για την αλλαγή της συμπεριφοράς και για την πρόληψη ή τη βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς που εκδηλώνονται σε μικρή ηλικία. Εξετάζοντας 77 δημοσιευμένες μελέτες ατομικών ή ομαδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων που είχαν σκοπό την πρόληψη, την προαγωγή ή τη θεραπεία η Kaminski και οι συνεργάτες της καταλήγουν στο ότι, τα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων που σχετίζονται με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα περιλαμβάνουν: α) την ενίσχυση της αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού και των δεξιοτήτων συναισθηματικής επικοινωνίας, β) τη διδασκαλία των γονέων στη χρήση της τεχνικής του time-out, γ) την ενίσχυση της σταθερότητας στη συμπεριφορά των γονέων και δ) την παρότρυνση των γονέων να εξασκούνται στο σπίτι κατά το μεσοδιάστημα των συναντήσεων. Επίσης, χαρακτηριστικά των προγραμμάτων όπως, η εκπαίδευση των γονέων σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και σε τρόπους προαγωγής των γνωστικών, ακαδημαϊκών και κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών καθώς και πρόσθετες παροχές όπως η διαχείριση του άγχους και του θυμού είναι αποτελεσματικές αλλά σε μικρότερο βαθμό.

Τα αποτελέσματα των ερευνών δίνουν στο προσκήνιο στοιχεία ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη [14]. Λόγω του ότι η συμπεριφορά των γονέων επηρεάζει κατά πάρα πολύ την ανάπτυξη διαταραχών συμπεριφοράς της παιδικής ηλικίας, οι Hutchings και Lane, υπογραμμίζουν πως οι συμπεριφορικές οικογενειακές παρεμβάσεις που στοχεύουν να διδάξουν στους γονείς συγκεκριμένες γονεϊκές δεξιότητες, είναι ο

αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης ή μείωσης των προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού [90]. Παρόλο που υπάρχει ανάγκη για αξιολόγηση του μακροπρόθεσμου αντίκτυπου αυτών των προγραμμάτων, φαίνεται ότι τα θετικά αποτελέσματα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων διατηρούνται με την πάροδο του χρόνου και ότι τα ομαδικά προγράμματα συμπεριφορικής προσέγγισης όπου οι γονείς εκπαιδεύονται σε συμπεριφορικές μεθόδους διαχείρισης της συμπεριφοράς των παιδιών τους, τείνουν να είναι αποτελεσματικότερα για την αλλαγή της συμπεριφοράς των παιδιών [244,267] και επιφέρουν θετικές και σημαντικές αλλαγές στην αρνητική συμπεριφορά των παιδιών [261]. Τα προγράμματα που συνδυάζουν τόσο συναισθηματικές όσο και συμπεριφορικές στρατηγικές προσφέρουν στους γονείς ακόμη περισσότερα οφέλη [7].

Ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόζονται από τους κρατικούς φορείς, επιφέρουν περισσότερες αλλαγές στη συμπεριφορά των παιδιών ηλικίας 3-10 ετών, έχουν χαμηλότερο κόστος και είναι περισσότερο προσιτά για τους γονείς συγκριτικά με τις ατομικές παρεμβάσεις [7,189,244,259,268,269]. Έχει επίσης προταθεί, ότι τα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης μπορεί να είναι αποτελεσματικότερα και να βοηθούν περισσότερο τους γονείς με παιδιά με προβλήματα ύπνου από ότι τα ατομικά προγράμματα [270].

Οι Mikton και Butchart το 2009 σε μία ανασκόπηση των ανασκοπήσεων των ερευνών σχετικά με τις παρεμβάσεις που βοηθούν την πρόληψη της κακομεταχείρισης του παιδιού, αναφέρουν ότι από το σύνολο των 26 ανασκοπήσεων που διερευνήθηκαν και από το σύνολο των 7 παρεμβάσεων που εξέταζαν αυτές οι ανασκοπήσεις, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων περιλαμβάνονται στις 4 παρεμβάσεις που φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στον τομέα αυτό, αν και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα [271]. Επιπροσθέτως, τα προγράμματα αυτά, όπως αναφέρουν και οι MacLeod και Nelson σε μια μετα-αναλυτική ανασκόπηση, αποτελούν μία από τις παρεμβάσεις που προάγουν την οικογενειακή ευημερία και προλαμβάνουν την κακομεταχείριση του παιδιού [196]. Αντιθέτως, η Johnson και οι συνεργάτες της, στην εκτενή αναφορά τους σχετικά με την εφαρμογή των προγραμμάτων εκπαίδευσης σε οικογένειες που χρησιμοποιούν υπηρεσίες της πρόνοιας και βρίσκονται σε κατηγορία υψηλού κινδύνου σχετικά με την κακομεταχείριση του παιδιού, διαπιστώνουν ότι τα προγράμματα που φαίνεται να αποδίδουν, αλλά μόνο βραχυπρόθεσμα, είναι τα προγράμματα εκπαίδευσης που πραγματοποιούνται από επισκέπτες υγείας στο σπίτι των γονέων [272]. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η μετα-αναλυτική ανασκόπηση των Lundahl, Nimer και Parsons, οι οποίοι εξέτασαν 23 μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης για την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης [160].

Μία μεγάλη έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο μεταξύ 2006 και 2008 από το Parenting Early Intervention Pathfinder (PEIP) η οποία κόστισε συνολικά 7,6 εκατομμύρια λίρες Αγγλίας. Λαμβάνοντας υπόψη τα συμπεράσματα της ανασκόπησης των Moran, Ghatge και

van der Merwe, εφαρμόστηκαν σε 18 τοπικές κοινωνίες του Ηνωμένου Βασιλείου τα προγράμματα Triple P, Incredible Years και Strengthening Families Strengthening Communities, όπου 3575 γονείς με παιδιά ηλικίας 8 έως και 13 ετών, συμμετείχαν σε 425 προγράμματα. Για τη διεξαγωγή του συνολικού προγράμματος εκπαιδεύτηκαν 365 συντονιστές. Το ποσοστό πρόωρης αποχώρησης ήταν 27%. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρουν μεταξύ άλλων ότι τα προγράμματα είχαν πολύ θετικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των γονέων, στην αντίληψη των γονέων για τον εαυτό τους, τις δεξιότητές τους και τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το μέσο κόστος συμμετοχής για κάθε γονέα ήταν 2955 λίρες Αγγλίας και ότι το πρόγραμμα Incredible Years ήταν το πιο ακριβό [273].

Η Stewart-Brown και οι συνεργάτες της, προσπάθησαν να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα του ομαδικού προγράμματος γονέων Webster Stratton Parents and Children Series. Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 116 οικογένειες με παιδιά ηλικίας 2 έως 8 ετών. Το πρόγραμμα είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της αρνητικής συμπεριφοράς των παιδιών και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των γονέων. Στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γονέων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και αυτών που δε συμμετείχαν, αμέσως μετά τη λήξη του προγράμματος και μετά από 6 μήνες. Οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ένα χρόνο μετά [245].

Επιπροσθέτως, σημαντικές αναφορές μελετών αναφέρουν ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι αποτελεσματικά και βοηθούν τους γονείς με παιδιά τα οποία πληρούν τα κριτήρια κάποιας διαταραχής όπως τα προβλήματα συμπεριφοράς ή της διαταραχής διαγωγής [189,274]. Σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και τα σύντομα σε διάρκεια προγράμματα τεσσάρων συναντήσεων μπορούν να επιφέρουν αλλαγές που διατηρούνται για έξι μήνες ή και για ένα χρόνο μετά [275,276].

Σύμφωνα με την Mihalic και τους συνεργάτες της, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι προγράμματα που στοχεύουν το οικογενειακό περιβάλλον και επομένως, είναι αποτελεσματικά στην μετατροπή και βελτίωση της φτώχης σε περιεχόμενο γονεϊκής λειτουργίας και επικοινωνίας οι οποίες οδηγούν στην εμφάνιση βίας, εγκληματικότητας και χρήσης ουσιών [195]. Την άποψη αυτή ασπάζεται και ο Kumpfer, ο οποίος τοποθετεί τα ομαδικά ή ατομικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων στις βασικές στρατηγικές πρόληψης της εγκληματικότητας [277]. Οι Gardner, Lane και Hutchings προσθέτουν ότι, τυχαίοι μελέτες των προγραμμάτων εκπαίδευσης κυρίως γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, επιδεικνύουν σημαντικά αποτελέσματα στην πρόληψη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς [278].

Ένα άλλο είδος προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόζονται σε χώρες του εξωτερικού είναι τα προγράμματα εκπαίδευσης μέσω της επίσκεψης επισκεπτών υγείας στο σπίτι των γονέων [162]. Τα προγράμματα αυτά, υποστηρίζεται ότι συνδέονται με κάποια βελτίωση στην ποιότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος όμως, η έρευνα σε αυτόν τον τομέα χρειάζεται να

συνεχιστεί [279]. Η μετα-αναλυτική ανασκόπηση της Sweet και του Appelbaum εξετάζει την αποτελεσματικότητα 60 τέτοιων προγραμμάτων και συμπεραίνει ότι τα προγράμματα επισκεπτών υγείας στο σπίτι φαίνεται να βοηθούν τις οικογένειες με μικρής ηλικίας παιδιά όμως, το τι ακριβώς τα κάνει αποτελεσματικά χρειάζεται περαιτέρω έρευνα [280].

Οι Gardner, Burton και Klimes αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα ενός άλλου είδους προγράμματος εκπαίδευσης, του Webster-Stratton Incredible Years ομαδικού προγράμματος εκπαίδευσης γονέων, 14 συναντήσεων προβολής βίντεο γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, κατά την εφαρμογή του στα πλαίσια του κοινωνικού εθελοντισμού. Στα συμπεράσματά τους αναφέρουν ότι, όταν το πρόγραμμα εφαρμόζεται από καλά εκπαιδευμένο προσωπικό, είναι αποτελεσματικό στη μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού και στην ενίσχυση των γονεϊκών δεξιοτήτων. Αναφέρουν επίσης ότι, τα προγράμματα αυτά είναι πιο οικονομικά και για το λόγο αυτό είναι και περισσότερο προσιτά για τους γονείς [185]. Προγράμματα προβολής βίντεο για γονείς με παιδιά 3 έως 8 ετών με Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή εμφανίζουν θετικά αποτελέσματα στο διάστημα μετά τη λήξη του προγράμματος [210]. Στο ίδιο είδος παρέμβασης, αυτό δηλαδή της προβολής βίντεο, ο Scott και οι συνεργάτες του στην προσπάθειά τους να εξετάσουν τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα του συμπεριφορικού προγράμματος εκπαίδευσης γονέων Incredible Years στην αντικοινωνική συμπεριφορά των παιδιών, αναφέρουν ότι τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά [194].

Προγράμματα γενικού πληθυσμού έναντι προγραμμάτων οικογενειών υψηλού κινδύνου

Τα στοιχεία των ερευνών για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων των οποίων τα παιδιά εμπίπτουν αναπτυξιακώς στο «φυσιολογικό» μέσο όρο, είναι σχεδόν ανύπαρκτα. Επίσης, υπάρχουν πολύ λίγα στοιχεία για το γιατί ή το πώς αποδίδουν ή δεν αποδίδουν και για το πώς μπορούν να βελτιωθούν τα προγράμματα αυτά [91]. Παρόλο που όλοι οι γονείς μπορούν να ωφεληθούν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές της ζωής των παιδιών τους από τις σχολές γονέων τα περισσότερα προγράμματα προσφέρονται σε οικογένειες υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου [281]. Η Thompson και οι συνεργάτες της μάλιστα, ενισχύουν αυτή τη νοοτροπία και προτείνουν ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων θα πρέπει καταρχάς να στοχεύουν τα παιδιά εκείνα τα οποία βρίσκονται σε σημαντικό κίνδυνο, λόγω των ακραίων συμπεριφορών των γονέων τους [282]. Την ίδια άποψη διατυπώνουν και οι Hutchings και Lane [283]. Άλλοι όμως ερευνητές έχουν αντίθετη άποψη και τάσσονται υπέρ των γενικών προγραμμάτων που απευθύνονται σε όλους τους γονείς του γενικού πληθυσμού [6,135,149,235,238,284-287].

Ο Smith και αργότερα ο Patterson και οι συνεργάτες του αναφέρουν ότι, υπάρχει και η άποψη ότι αν τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων εφαρμοστούν στο γενικό πληθυσμό, ενδεχομένως θα προσελκύσουν γονείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου, της μεσαίας τάξης, με παιδιά τα οποία δεν παρουσιάζουν ή έχουν ήπια προβλήματα συμπεριφοράς και που δεν έχουν και τόσο πολύ ανάγκη να συμμετέχουν σε τέτοιου είδους προγράμματα και έτσι θα παραγκωνιστούν οι οικογένειες που πραγματικά τα έχουν ανάγκη [135,151].

Ο Patterson και οι συνεργάτες του προσπαθώντας να ερευνησουν αυτό το ενδεχόμενο, ταχυδρόμησαν 1155 ερωτηματολόγια σε ένα δείγμα οικογενειών της Οξφόρδης με παιδιά ηλικίας 2-8 ετών, με ποσοστό ανταπόκρισης 70%, δηλαδή 800 ερωτηματολόγια. Στα αποτελέσματά τους αναφέρουν ότι το ένα πέμπτο των γονέων ανέφεραν δυσκολίες με τη συμπεριφορά των παιδιών τους, ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς είναι πιο συχνά στην εργατική κοινωνική τάξη, ότι η ανάγκη για συμμετοχή σε προγράμματα είναι ίδια για όλες τις κοινωνικές τάξεις, ότι το ένα πέμπτο των γονέων είχαν παρακολουθήσει στο παρελθόν ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης και ότι το 58% των γονέων εκδήλωσαν ενδιαφέρον συμμετοχής για το μέλλον. Επίσης, αναφέρουν ότι το ενδιαφέρον για συμμετοχή, δε σχετίζεται με την κοινωνική τάξη της οικογένειας, όμως σχετίζεται με την ηλικία του πρώτου παιδιού (3 ετών και κάτω) και με την ύπαρξη προβλημάτων συμπεριφοράς. Το συμπέρασμα αυτό ενισχύει την άποψη ότι τα προγράμματα που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό ενδεχομένως να προσελκύσουν γονείς που στην πλειονότητα τους τα έχουν πραγματικά ανάγκη και οι οποίοι μπορούν να συμμετάσχουν σε αυτά μαζί με γονείς που δεν τα έχουν και τόσο ανάγκη και τελικά να ωφεληθούν όλοι στον ίδιο βαθμό [135].

Παράλληλα, ο Patterson και οι συνεργάτες του προχώρησαν στην εφαρμογή ενός προγράμματος εκπαίδευσης γονέων σε 116 από τους 800 γονείς που συμμετείχαν στην προηγούμενη έρευνα και κατέληξαν μεταξύ άλλων στο γενικό συμπέρασμα, ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων θα μπορούσαν να είναι βασικός παράγοντας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού [14].

Οι δύο έρευνες του Patterson και των συνεργατών [14,135]του και έμμεσα η έρευνα των Barlow και Stewart-Brown [258], αποτέλεσαν αντικείμενο, εύστοχου κατά τη γνώμη του συγγραφέα της παρούσας μελέτης, προβληματισμού για τον Spencer, ο οποίος εξέφρασε το φόβο ότι ίσως τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών θα οδηγήσουν τους πολιτικούς στην εύκολη λύση της παρουσίασης των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων ως η λύση για γενικότερη κοινωνική αλλαγή. Ιδιαίτερα για τις έρευνες του Patterson και των συνεργατών του, ο Spencer υπογραμμίζει ότι λόγω της μικρής συμμετοχής στο πρόγραμμα αλλά και στην έρευνα και λόγω του μεγάλου ποσοστού εγκατάλειψης, χρειάζεται μεγάλη προσοχή για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο γενικό πληθυσμό και για το λόγο αυτό χρειάζεται περισσότερη έρευνα στον τομέα της εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών στο γενικό πληθυσμό [288]. Οι δύο αυτές έρευνες αποτέλεσαν

αντικείμενο, εν μέρει εύστοχης κατά τη γνώμη του συγγραφέα της παρούσας μελέτης, κριτικής σχετικά με τα αποτελέσματα και από τις Gada και Kanumakala [289].

Ο φόβος του Spencer έρχεται εν μέρει να επιβεβαιωθεί, όταν με βάσει τις αναφορές των Churchill και Clarke το 2009, η κυβέρνηση της Αγγλίας επενδύει σημαντικά στην εκπαίδευση των γονέων για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού, κάτω από το σκεπτικό ότι η εξάσκηση των γονέων που βρίσκονται από αρκετές πλευρές σε μειονεκτική θέση, αποτελεί το βασικό κλειδί της επίλυσης των κοινωνικών προβλημάτων. Οι ίδιοι συγγραφείς, αναφέρουν ότι η εφαρμογή των προγραμμάτων εκπαίδευσης σε αυτούς τους πληθυσμούς, προσπαθώντας να εκπαιδεύσει κυρίως μόνο τις μητέρες, οδηγεί σε στιγματισμό και δεν επιφέρει μια ουσιαστική αλλαγή του περιβάλλοντος που αυτές οι οικογένειες ζουν [290].

Αναφορικά με την εφαρμογή των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων στο γενικό πληθυσμό, επικρατεί η άποψη ότι προγράμματα εκπαίδευσης γονέων όπως το Webster-Stratton, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην πρόληψη των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, διότι βελτιώνουν τη συμπεριφορά, τόσο των παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς όσο και τη συμπεριφορά των παιδιών που δεν πληρούν τα κριτήρια κάποιας συγκεκριμένης διαταραχής [14]. Το ίδιο υποστηρίζεται και από τον Srijkers και τους συνεργάτες του μέσα από το πρωτόκολλο της έρευνας που σχεδιάζουν σχετικά με το πρόγραμμα Triple P, καθώς και από τον Simkiss και τους συνεργάτες του για το πρόγραμμα Family Links Nurturing Programme (FLNP), οι οποίοι αναφέρουν ότι, παρόλο που πολλοί διαφωνούν και άλλοι συμφωνούν με την εφαρμογή των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων στο γενικό πληθυσμό, οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες στον τομέα αυτό είναι πολύ λίγες [52,287].

Βασικά κριτήρια για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων

Χρειάζεται να σημειωθεί, ότι για αρκετούς γονείς η διαπαιδαγώγηση του παιδιού τους αποτελεί μια εντελώς φυσική συνέπεια της πορείας τους και της δικής τους οικογενειακής ζωής και επομένως, μια τυπική διαδικασία εκπαίδευσης πάνω σε κάτι το οποίο υποτίθεται ότι θα έρθει ούτως ή άλλως σαν κάτι το φυσικό, δεν κρίνεται και τόσο απαραίτητη. Ακόμη και όταν ο γονέας είναι θετικός σε μια τέτοιου είδους εκπαίδευση, ορισμένες φορές είναι δύσκολο να πληροφορηθεί για αυτήν, αλλά ακόμη και αν πληροφορηθεί, αρκετές φορές είναι δύσκολο να συμμετάσχει στο πρόγραμμα εκπαίδευσης, είτε για λόγους οικονομικούς, είτε για λόγους δυσκολίας πρόσβασης στο φορέα που πραγματοποιεί το πρόγραμμα. Ακόμη και όταν όλα τα παραπάνω ξεπεραστούν, το βασικό ερώτημα που παραμένει αναπάντητο, είναι το κατά πόσο η εκπαίδευσή του θα οδηγήσει σε αλλαγές στη συμπεριφορά του ίδιου και του παιδιού του [281].

Παρόλο που τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων σε ορισμένες ανεπτυγμένες χώρες όπως η Αυστραλία είναι ευρέως διαδεδομένα και παρόλο που οι περισσότεροι γονείς είναι ενημερωμένοι για τα προγράμματα αυτά, η Morawska και ο Sanders στην ανασκόπησή τους σχετικά με την προσέλευση των γονέων στα προγράμματα, αναφέρουν ότι μόνο ένα 14% των γονέων προσέρχεται να παρακολουθήσει τα προγράμματα, ενώ χρειάζεται εδώ να υπολογιστεί ότι το ποσοστό αυτό αφορά όλες τις παρεμβάσεις γονεϊκής εκπαίδευσης και όχι μόνο τα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων. Επίσης, αναφέρουν ότι η προσέλευση είναι μικρότερη από την αναμενόμενη και ότι σε ορισμένα προγράμματα το 50% των γονέων συμμετέχουν στις μισές ή και λιγότερες συναντήσεις. Οι γονείς που ολοκληρώνουν μια οποιαδήποτε παρέμβαση, κερδίζουν πολύ περισσότερα οφέλη [291]. Οι Petersson, Petersson και Hakansson τονίζουν ότι, παρόλο που τα προγράμματα εκπαίδευσης είναι αρκετά γνωστά στους γονείς της Σουηδίας, οι γονείς που συμμετέχουν είναι λίγοι [292]. Αντιθέτως, ο Patterson και οι συνεργάτες του, αναφέρουν ότι 18% των γονέων συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης και ένα 58% των γονέων εκδήλωσε την επιθυμία να συμμετάσχουν σε ένα ίδιο πρόγραμμα στο μέλλον [135]. Επίσης, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, στα προγράμματα αυτά συμμετέχουν κυρίως μητέρες [37]. Ακόμη και όταν οι πατέρες αποφασίσουν να συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα, στην πορεία των συναντήσεων εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά αποχώρησης και αρκετές φορές είναι λίγοι εκείνοι που προσφέρονται να συμμετέχουν στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα των Gross, Fogg και Tucker σχετικά με την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος εκπαίδευσης γονέων στη βελτίωση της σχέσης γονέων-νηπίων, από τους πατέρες που είχαν δηλώσει αρχικά συμμετοχή, το 40% παρακολούθησε λιγότερες από τις μισές συναντήσεις και το 50% δεν συμπλήρωσε κανένα από τα ερωτηματολόγια [293].

Γενικά, τα ποσοστά αποχώρησης από τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι αρκετά υψηλά και κυμαίνονται γύρω στο 28%. Το ποσοστό αυτό αφορά θεραπευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε πληθυσμούς υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου [294].

Ο Patterson και οι συνεργάτες του, στην έρευνά τους σχετικά με τη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων στο χρόνο, υπογραμμίζουν δύο βασικές παραμέτρους: α) τον μεγαλύτερο αριθμό συναντήσεων και β) τη συμμετοχή και των δύο γονέων. Οι ίδιοι συγγραφείς, επισημαίνουν ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων αποτελούν μια από τις βασικότερες στρατηγικές παρέμβασης για τους γονείς με παιδιά με συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς [135].

Παρόλο που τα προγράμματα αυτά συμβάλλουν στη βελτίωση πολλών πτυχών της οικογενειακής ζωής, υπάρχουν ακόμη πολλά ερωτηματικά για το τι είναι αυτό που τα κάνει τόσο σημαντικά και χρήσιμα για τους γονείς. Οι Kane, Wood και Barlow επισημαίνουν πέντε βασικούς τομείς τους οποίους χρειάζεται να λαμβάνουν υπόψη οι αρμόδιοι για το σχεδιασμό και την εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων και που οι ίδιοι οι γονείς αναφέρουν ότι τους επιτρέπουν να

επανακτήσουν τον έλεγχο και να αισθανθούν ικανότεροι στο να αντιμετωπίσουν τα διάφορα προβλήματα. Οι πέντε αυτοί τομείς είναι: α) η απόκτηση γνώσης, β) η απόκτηση δεξιοτήτων, γ) η κατανόηση, δ) ο έλεγχος των συναισθημάτων και ε) η δημιουργία συναισθημάτων αποδοχής και υποστήριξης από τους άλλους γονείς στα πλαίσια της ομάδας των γονέων [241].

Οι Moore, Ochiltree και Cann στην έκθεσή τους, κάνουν μια εκτενή αναφορά σχετικά με τα χαρακτηριστικά που διαθέτουν τα αποτελεσματικά προγράμματα [77]. Προκειμένου να είναι αποτελεσματικό ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων θα πρέπει, σύμφωνα με τις αναφορές των Colosi και Dunifon, να έχει μεταξύ άλλων, συγκεκριμένους και μετρήσιμους στόχους, η διάρκεια και το περιεχόμενό του να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των γονέων και να βασίζεται σε ένα συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο [295]. Οι Grimshaw και McGuire, προσθέτουν ότι τα προγράμματα θα πρέπει: α) να ενθαρρύνουν τους γονείς να μοιράζονται εμπειρίες, β) να βοηθούν τους γονείς ώστε να νιώθουν μέλη της ομάδας, γ) να φροντίζουν ώστε να μπορούν οι γονείς να έχουν εύκολη πρόσβαση στο μέρος που διεξάγεται το πρόγραμμα, δ) να εκπαιδεύουν τους γονείς στο να διαχειρίζονται από μόνοι τους καθημερινές καταστάσεις και ε) να λαμβάνουν υπόψη τη γνώμη των παιδιών [149].

Επιπροσθέτως, προγράμματα που αντιμετωπίζουν τους γονείς ως «ειδικούς» και όχι ως «κακούς γονείς» είναι περισσότερο αποτελεσματικά [296].

Η μετα-ανάλυση των Centers for Disease Control and Prevention, εξετάζοντας χιλιάδες δημοσιευμένα άρθρα από το 1990 έως και το 2002 σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων με παιδιά ηλικίας 0 έως 7 ετών, εντοπίζει στο σύνολο των θεμάτων, τεχνικών και γενικότερων χαρακτηριστικών των προγραμμάτων, ορισμένα βασικά στοιχεία τα οποία σχετίζονται σημαντικά με τα θετικά αποτελέσματά τους, στους τομείς: α) της απόκτησης αποτελεσματικών δεξιοτήτων και συμπεριφορών από τους γονείς και β) της μείωσης της αρνητικής συμπεριφοράς των παιδιών, όπως η επιθετική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, η μετα-ανάλυση μεταξύ των βασικών χαρακτηριστικών των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων κατηγοριοποιεί και ξεχωρίζει ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά τα οποία εμπεριέχονται ή δεν εμπεριέχονται σε κάθε πρόγραμμα και τα συγκρίνει με την αποτελεσματικότητα του κάθε προγράμματος. Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι: 1) η απόκτηση γνώσεων από τους γονείς για την ανάπτυξη και φροντίδα του παιδιού, 2) η εκμάθηση από τους γονείς τρόπων για θετική αλληλεπίδραση με το παιδί, 3) η εκπαίδευση των γονέων σε έναν υπεύθυνο τρόπο ανατροφής και συναισθηματικής ανταπόκρισης, 4) η εκπαίδευση στη συναισθηματική επικοινωνία, 5) η εκπαίδευση στην πειθαρχική επικοινωνία, 6) η εκπαίδευση στην πειθαρχία και τη διαχείριση της συμπεριφοράς, 7) η εκπαίδευση των γονέων στην προαγωγή της κοινωνικής συμπεριφοράς και των κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών, 8) η εκπαίδευση στην προαγωγή των γνωστικών και σχολικών δεξιοτήτων των παιδιών, 9) η τήρηση ενός συγκεκριμένου δομημένου προγράμματος, 10) η χρησιμοποίηση του modeling, 11) η ανάθεση δουλειάς στο σπίτι, 12) η χρησιμοποίηση της

συμπεριφορικής αναπαράστασης και του παιχνιδιού ρόλων, 13) η παράλληλη εκπαίδευση του παιδιού σε συμπεριφορικές δεξιότητες και 14) η εκπαίδευση των γονέων σε συμπληρωματικά θέματα όπως, η διαχείριση του άγχους και του θυμού. Αυτό που τελικά τονίζει η συγκεκριμένη μετα-ανάλυση, είναι ότι στον τομέα της απόκτησης αποτελεσματικών δεξιοτήτων και συμπεριφορών από τους γονείς, τα στοιχεία που ενισχύουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης, είναι: α) η εκπαίδευση στη συναισθηματική επικοινωνία, β) η εκμάθηση από τους γονείς τρόπων για θετική αλληλεπίδραση με το παιδί και γ) η εξάσκηση των γονέων στα πλαίσια των συναντήσεων με παιχνίδια ρόλων. Επιπροσθέτως, στον τομέα της μείωσης της αρνητικής συμπεριφοράς των παιδιών, τα στοιχεία που ενισχύουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης, είναι: α) η εκπαίδευση των γονέων στη σωστή εφαρμογή της τεχνικής του time-out, β) η εκπαίδευση των γονέων σε μια σταθερή συμπεριφορά, γ) η εκμάθηση από τους γονείς τρόπων για θετική αλληλεπίδραση με το παιδί και δ) η εξάσκηση των γονέων στα πλαίσια των συναντήσεων με παιχνίδια ρόλων. Όλα αυτά τα στοιχεία, μαζί με ορισμένα στοιχεία που είναι κατά δευτερεύοντα λόγο αποτελεσματικά, θα πρέπει να εμπεριέχονται στη δομή των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων. Τα δευτερεύοντα σε αποτελεσματικότητα χαρακτηριστικά, είναι: α) η εκπαίδευση των γονέων στην επίλυση προβλημάτων σχετικών με τη συμπεριφορά των παιδιών τους, β) η εκπαίδευση στην προαγωγή των γνωστικών και σχολικών δεξιοτήτων των παιδιών και γ) η εκπαίδευση των γονέων σε συμπληρωματικά θέματα όπως, η διαχείριση του άγχους και του θυμού [30].

Επίσης, τα αποτελεσματικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, κυρίως θεραπευτικού χαρακτήρα, θα πρέπει να παρέχουν στους γονείς επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες και στρατηγικές που θα τους βοηθήσουν να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους και παράλληλα θα πρέπει να βασίζονται σε συγκεκριμένες βασικές θεωρητικές κατευθύνσεις. Οι γονείς ρωτούν, συζητούν και κάνουν συμπεριφορικές αναπαραστάσεις, η έλλειψη των οποίων μειώνει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων. Στα αποτελεσματικά προγράμματα, στόχος είναι οι γονείς και όχι τα παιδιά. Οι γονείς μαθαίνουν να εντοπίζουν και να καταγράφουν τις συμπεριφορές, να ενισχύουν τις επιθυμητές και να μην ενισχύουν τις μη επιθυμητές συμπεριφορές και ενθαρρύνονται να προσπαθήσουν να εφαρμόσουν αυτά που μαθαίνουν στο σπίτι [297].

Ορισμένες φορές, η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος βασίζεται κατά μεγάλο ποσοστό στη σχέση των γονέων με το συντονιστή του προγράμματος και στις δεξιότητες του συντονιστή, παρά στο περιεχόμενο του προγράμματος [298,299]. Η Webster-Stratton διατυπώνει επίσης, ότι ορισμένες φορές ίσως δεν ευθύνονται τα χαρακτηριστικά των ίδιων των γονέων για τη μη προσέλευση ή τη διακοπή μιας παρέμβασης, αλλά το πρόγραμμα που τους παρέχεται [300].

Τέλος, σε μια ανασκόπηση των ανασκοπήσεων οι Whittaker και Cowley το 2010, εξετάζοντας 23 συνολικά δημοσιευμένες ανασκοπήσεις σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με φτωγή συμμετοχή και προσέλευση στα προγράμματα υποστήριξης των γονέων,

υιοθετούν το διαχωρισμό που έκαναν οι Barnes και Freude-Lagevardi το 2002 [258] και διακρίνουν τους προσωπικούς παράγοντες-εμπόδια για προσέλευση και παραμονή, σε δομικούς (γεγονότα που μπλοκάρουν την προσέλευση) και αντιληπτικούς (αντιλήψεις, σκέψεις, πεποιθήσεις και συναισθήματα των γονέων για το πρόγραμμα), οι οποίοι ενδεχομένως να αλληλοεπηρεάζονται. Στους δομικούς παράγοντες, υπογραμμίζουν μεταξύ άλλων, την περιφρόνηση των διαθέσιμων παροχών, την ακατάλληλη στιγμή της πραγματοποίησης του προγράμματος, την απόσταση από τη δομή διεξαγωγής του προγράμματος, τη φροντίδα των παιδιών και τον περιορισμένο χρόνο για παρακολούθηση του προγράμματος. Στους αντιληπτικούς παράγοντες υπογραμμίζουν μεταξύ άλλων, τη συναισθηματική νοημοσύνη, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την άποψη των γονέων ότι τα προγράμματα είναι φορτικά, ασήμαντα ή ότι θα είναι απαιτητικά ή ότι δε θα είναι βοηθητικά. Επίσης, εντοπίζουν παράγοντες που αφορούν στο πρόγραμμα όπως, το περιεχόμενο (ξεκάθαροι στόχοι, δυναμικό θεωρητικό υπόβαθρο, ειδικευμένος συντονιστής, σχεδιασμός του προγράμματος) [301].

Οι μεμονωμένες έρευνες, οι ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις σχετικά με το τι είναι αυτό που ενισχύει την προσέλευση, την παραμονή και ολοκλήρωση ενός προγράμματος εκπαίδευσης γονέων από τους γονείς, εντοπίζουν ορισμένα βασικά και σημαντικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να τηρούν τα προγράμματα αυτά ώστε να αποφεύγεται η μειωμένη εκδήλωση ενδιαφέροντος για συμμετοχή και η μη προσέλευση ή αποχώρηση από το πρόγραμμα και ενώ έχει εκδηλωθεί ενδιαφέρον για συμμετοχή. Τα βασικά αυτά χαρακτηριστικά των προγραμμάτων είναι:

- Οι γονείς θα πρέπει να έχουν μια ικανοποιητική και επαρκή ενημέρωση για το πρόγραμμα [132,302] και να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην προώθηση του προγράμματος στους γονείς [3,149].
- Για να αυξηθεί η συμμετοχή των γονέων και να μειωθεί η πεποίθηση του στιγματισμού κατά τη συμμετοχή των γονέων, θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα προγράμματα εκπαίδευσης να πραγματοποιηθούν ή να διαφημιστούν μέσω της τηλεόρασης, του ραδιοφώνου, του τύπου και του internet [303].
- Η δομή του προγράμματος θα πρέπει να είναι ελκυστική και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των γονέων [235,302,304]. Ελκυστική θα πρέπει να είναι και η ημέρα και ώρα διεξαγωγής του προγράμματος [3,303].
- Τα προγράμματα με συμπεριφορική θεωρητική κατεύθυνση [164,235,244] και τα προγράμματα που βασίζονται στην κοινωνική θεωρία της μάθησης [187] φαίνεται να είναι και τα πιο αποτελεσματικά.
- Τα προγράμματα γνωστικής κατεύθυνσης, είναι καταλληλότερα για την αλλαγή των πεποιθήσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των γονέων [235].

- Τα προγράμματα θα πρέπει να διαβεβαιώνουν κατά κάποιο τρόπο τους γονείς ότι θα τους βοηθήσουν να ενισχύσουν δεξιότητες τις οποίες ήδη κατέχουν και να μην επικεντρώνονται στα λάθη που κάνουν οι γονείς [298,305].
- Ο συντονιστής του προγράμματος, θα πρέπει να μπορεί να εδραιώνει μια επικοινωνιακή σχέση με τους γονείς, εκφράζοντας συναισθηματική κατανόηση, ευαισθησία και ικανότητα ακρόασης, ζεστασιά και αποδοχή προς τους γονείς, δημιουργώντας σχέση συνεργασίας με τους γονείς, βοηθώντας τους γονείς να εξασκηθούν και να αποκτήσουν νέες συμπεριφορές, προτρέποντας τους γονείς να προσπαθήσουν και καλλιεργώντας την ελπίδα, αφήνοντας τους γονείς να μοιραστούν εμπειρίες και οδηγώντας όλους τους γονείς να νιώθουν μέλη της ομάδας [132,149,306].
- Ο συντονιστής του προγράμματος, θα πρέπει να είναι πολύ καλά εκπαιδευμένος. Επίσης, σημαντική είναι και η επίβλεψη του προσωπικού που εφαρμόζει προγράμματα εκπαίδευσης [45,132,187,235,250,283,304,307].
- Τα προγράμματα θα πρέπει κυρίως να διδάσκουν αρχές και κανόνες, παρά να περιγράφουν τεχνικές [83,308], να μην επιβάλλουν κάποιο συγκεκριμένο στυλ πατρότητας ή μητρότητας [7, 132,149] να υπογραμμίζουν το ζήτημα των δικαιωμάτων των παιδιών, καθώς επίσης και τις ανάγκες και τα δικαιώματα των γονέων [37] και να περιέχουν στρατηγικές που προάγουν τη σχέση γονέα-παιδιού [187].
- Τα προγράμματα θα πρέπει να γίνονται σε περιοχή όπου η πρόσβαση είναι εύκολη για όλους τους γονείς [3,149,225,302,309].
- Τα προγράμματα θα πρέπει να μην είναι πολύ σύντομα σε διάρκεια, να ολοκληρώνονται περίπου σε οκτώ με δώδεκα ή και περισσότερες εβδομαδιαίες συναντήσεις [187,235,298] και να συμμετέχουν και οι δύο γονείς [135], διότι η συμμετοχή και του πατέρα και όχι μόνο της μητέρας φαίνεται να ενισχύει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων, αν και αυτός ο τομέας θέλει παραπάνω διερεύνηση [244,310].
- Τα προγράμματα θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των γονέων [37,132,149,250, 304]. Να καλύπτουν περισσότερες από μία ανάγκες χωρίς αυτό να αποσυντονίζει τους στόχους τους [235] και να λαμβάνουν υπόψη τις απόψεις των γονέων [311].
- Τα προγράμματα θα πρέπει να βασίζονται σε μια συγκεκριμένη θεωρία και μέθοδο [235].
- Κάθε πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων, θα πρέπει να έχει συγκεκριμένους και μετρήσιμους στόχους, να βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες αποδείξεις, να έχει ελεγχθεί με τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, να χρησιμοποιεί περισσότερες από μία μεθόδους και να διακρίνει αρτιότητα [45,235,259,298,307].

- Τα προγράμματα χρειάζεται να χρησιμοποιούν παιχνίδια ρόλων και συμπεριφορική αναπαράσταση [83,187,312], διότι γενικά η εξάσκηση στις νέες δεξιότητες βοηθάει στην εκμάθησή τους [223].
- Τα προγράμματα θα πρέπει να κινητοποιούν τους γονείς ώστε να κάνουν εξάσκηση στο σπίτι [187,222,313].
- Τα προγράμματα που πραγματοποιούνται σε χώρους όπως ο χώρος του σχολείου, δημιουργούν μια ατμόσφαιρα που ενισχύει τη συμμετοχή των γονέων [314].
- Τα προγράμματα θα πρέπει να απευθύνονται σε γονείς με παιδιά συγκεκριμένης ηλικίας [298].
- Τα προγράμματα θα πρέπει να προσεγγίζουν τους γονείς με τρόπο που μειώνει τον κοινωνικό στιγματισμό [3,290].
- Τα προγράμματα εκπαίδευσης που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό των γονέων, δε στιγματίζουν και δεν ετικετοποιούν τους γονείς και ενισχύουν τη συμμετοχή τους σε σύγκριση με τα προγράμματα που προσφέρονται σε μια συγκεκριμένη ομάδα γονέων [135,307]. Άλλωστε, ακόμη και όταν οι γονείς δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, θα ωφεληθούν ούτως ή άλλως διότι οι δεξιότητες που διδάσκονται εφαρμόζονται στην καθημερινή ζωή [132].
- Ο φορέας που πραγματοποιεί το πρόγραμμα θα πρέπει να φροντίζει για τη διαμονή των γονέων, για όσο καιρό πραγματοποιείται το πρόγραμμα και εφόσον οι γονείς μένουν μακριά από το χώρο διεξαγωγής. Αυτό ισχύει κυρίως για γονείς τις κατηγορίας υψηλού κινδύνου, οι οποίοι πρέπει να μετακινηθούν αρκετά ώστε να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα. Επιπροσθέτως, ο φορέας θα πρέπει να φροντίζει για την απασχόληση των παιδιών κατά τη διεξαγωγή των συναντήσεων και σε περίπτωση που δεν υπάρχει κάποιο άτομο να τα κρατήσει [6,149].
- Τα προγράμματα θα πρέπει να υπολογίζουν και να σχεδιάζονται λαμβάνοντας υπόψη τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και τις πεποιθήσεις των ομάδων των γονέων στους οποίους απευθύνονται [3,235,298,315].
- Τα προγράμματα θα πρέπει να είναι δομημένα και καλά σχεδιασμένα [235,298,307,315] και να ακολουθούν ένα μοντέλο εκμάθησης, διδασκαλίας, συντονισμού και εξάσκησης, όπου παροτρύνεται να συμμετέχει όλη η ομάδα των γονέων [235,244].
- Τα προγράμματα που εμπλέκουν γονείς και παιδιά φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματικά [235,259].
- Όταν χρησιμοποιούνται εγχειρίδια, θα πρέπει να είναι γραμμένα έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στο μορφωτικό επίπεδο των γονέων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα [162].
- Ορισμένες φορές τα προγράμματα χρειάζεται να χρησιμοποιούν κίνητρα για να προσελκύσουν τους γονείς [7]. Η χρησιμοποίηση κινήτρων (χρήματα, δραστηριότητες διασκέδασης κ.α.), ιδιαίτερα σε γονείς υψηλού κινδύνου ή με χαμηλό εισόδημα, μπορεί ενδεχομένως ορισμένες φορές να ενισχύσει την πιθανότητα προσέλευσης στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων

[7,162,235,309,316-320], όμως δε βοηθά στη μετέπειτα συμμετοχή και την ολοκλήρωση του προγράμματος [321].

- Όταν η παράλληλη με το πρόγραμμα διεξαγωγή έρευνας στερεί αρκετό χρόνο από τους γονείς, επηρεάζει αρνητικά το ποσοστό συμμετοχής [322,323].

Τα χαρακτηριστικά των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης

Οι έρευνες σχετικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων δεν είναι πολλές [324]. Οι Wellington, White και Liossis το 2006 και οι White και Wellington το 2009 στην προσπάθειά τους να εντοπίσουν τις πεποιθήσεις και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις στάσεις και τις αρχές των γονέων που συνδέονται με την επιθυμία συμμετοχής σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, διεξήγαγαν έρευνα βασισμένη στη Θεωρία της Προκαθορισμένης Συμπεριφοράς-Theory of Planned Behavior [325] σε 176 γονείς της Αυστραλίας. Στα συμπεράσματά τους το 2009, διατυπώνουν με επιφυλάξεις ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν προλαμβάνουν τη συμμετοχή στα προγράμματα. Επίσης, συμπεραίνουν ότι υποκειμενικές και ομαδικές στάσεις των γονέων, η θετική στάση των γονέων απέναντι στην εκπαίδευση σε γονεϊκές δεξιότητες, η αντίληψη της θέλησης των σημαντικών άλλων για συμμετοχή, η ύπαρξη αξιών και κινήτρων που συμφωνούν με τη συμμετοχή, η προηγούμενη συμμετοχή και το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για συμμετοχή σε προγράμματα σχολών γονέων[309]. Στα συμπεράσματά τους το 2006, διατυπώνουν ότι οι γονείς που εκφράζουν πρόθεση για συμμετοχή συγκριτικά με τους γονείς που δεν εκφράζουν τέτοια πρόθεση, παρουσιάζουν σημαντικά διαφορετικές πεποιθήσεις σε σχέση με τα οφέλη και τα μειονεκτήματα της συμμετοχής, με τους δεοντολογικούς κανόνες του προγράμματος και τον έλεγχο της καθημερινότητας [326].

Η πρόθεση για συμμετοχή δεν είναι ίδια με την αυτού κάθε αυτού συμμετοχή, αλλά δίνει πολύ χρήσιμες πληροφορίες για τους γονείς που εκδηλώνουν ενδιαφέρον να συμμετέχουν ή για τους γονείς που δεν προτίθενται να συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων [135]. Ούτως ή άλλως, η συμμετοχή των γονέων κατά 100% χωρίς κανένα ποσοστό αποχώρησης, φαντάζει μη ρεαλιστική [14].

Τα βασικά χαρακτηριστικά των γονέων που συνδέονται με αυξημένη εκδήλωση ενδιαφέροντος για συμμετοχή ή με αυξημένη προσέλευση ή με μειωμένη αποχώρηση από τα προγράμματα, ενώ έχουν εκδηλώσει ενδιαφέρον για συμμετοχή, με βάση τις έρευνες δείχνουν ότι:

- Η ύπαρξη ενδιαφέροντος για συμμετοχή [327], η ύπαρξη πρόθεσης για συμμετοχή [321,322, 328] και η ύπαρξη ετοιμότητας για αλλαγή [329], αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για συμμετοχή στα προγράμματα εκπαίδευσης.

- Γονείς με προηγούμενη εμφάνιση συμπεριφοράς γονεϊκής εκπαίδευσης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε κάποιο πρόγραμμα οικογενειακής υποστήριξης [319,329].
- Στην πλειονότητά τους, οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, είναι μητέρες της μεσαίας τάξης. Λίγα προγράμματα προσελκύουν πατέρες. Το κυρίως βάρος της εκπαίδευσης των γονέων το αναλαμβάνουν οι μητέρες [6,37,132,292,307]. Οι Moran, Ghate και van der Merwe, υπογραμμίζουν ότι η συμμετοχή μόνο του ενός γονέα ενδεχομένως να δημιουργεί προβλήματα στην οικογένεια και συγκρούσεις στο ζευγάρι [235]. Η παραπάνω άποψη ενισχύεται, αν λάβει κανείς υπόψη το ότι η συναισθηματική και συμπεριφορική ευημερία του παιδιού μπορεί να επηρεαστεί από τη διαμάχη των γονέων ειδικά όταν αυτή περιέχει διαφωνίες σχετικά με την ανατροφή και διαπαιδαγώγηση του παιδιού [330].
- Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για εκδήλωση ενδιαφέροντος, για μεγαλύτερη συμμετοχή και για μικρότερα ποσοστά πρόωρης αποχώρησης [291,309,319,322,323,331], ενώ το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για συμμετοχή [324].
- Οι περισσότεροι γονείς, προτιμούν ο συντονιστής να είναι ένας άλλος εκπαιδευμένος γονέας ή κάποιος επαγγελματίας που να είναι γονέας [149].
- Γονείς που είναι αρνητικοί στο να συμμετάσχουν στα προγράμματα, πιστεύουν ότι η συμμετοχή τους θα προκαλέσει κούραση [326].
- Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων γενικού περιεχομένου, που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, είναι πιθανότερο να προσελκύσουν γονείς διαφόρων κατηγοριών [332].
- Το χαμηλό οικονομικό επίπεδο ενισχύει τη μη συμμετοχή [324] και για το λόγο αυτό, γονείς χαμηλού οικονομικού επιπέδου εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά αποχώρησης από τα προγράμματα [214] ή δεν έχουν την ευκαιρία να συμμετέχουν σε αυτά [3]. Ορισμένες φορές, η οικονομική συμμετοχή των γονέων αποτελεί αντικίνητρο για συμμετοχή [307]. Γονείς με υψηλότερο εισόδημα συμμετέχουν περισσότερο [291].
- Τα προγράμματα δε φαίνεται να είναι αποτελεσματικά σε γονείς με χαμηλό οικονομικό επίπεδο [214].
- Ορισμένες φορές, παράγοντας για αποχώρηση ή μη προσέλευσης είναι και ο φόβος μη τήρησης του απορρήτου και η έλλειψη εμπιστοσύνης στο να μοιραστούν οι γονείς τις απόψεις τους με άλλους γονείς [307,326,328].
- Τα οφέλη και τα εμπόδια που υπολογίζουν ότι θα συναντήσουν οι γονείς, αποτελούν παράγοντα εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συμμετοχή στα προγράμματα [319]. Οι γονείς που εκδηλώνουν επιθυμία να συμμετέχουν στα προγράμματα επικεντρώνονται στα οφέλη που ενδεχομένως θα αποκτήσουν (π.χ. τη βελτίωση της σχέσης με τα παιδιά τους και το υποστηρικτικό περιβάλλον που θα βιώσουν), ενώ οι γονείς που δηλώνουν άρνηση,

επικεντρώνονται σε αρνητικές εκβάσεις, όπως για παράδειγμα το ότι θα νιώσουν ντροπή [149,326].

- Γονείς που είναι αμυντικοί ή που οι ανάγκες και οι προσδοκίες τους δεν ικανοποιούνται από το πρόγραμμα, είτε αποχωρούν, είτε εκδηλώνουν περιορισμένη συμμετοχή στα προγράμματα [333].
- Όταν οι γονείς πληροφορούνται ότι και άλλοι γονείς παρακολούθησαν το πρόγραμμα, ότι οι σημαντικοί άλλοι θα επιβράβευαν τη συμμετοχή τους και παράλληλα παραδειγματίζονται από τη θετική γνώμη των άλλων για το πρόγραμμα, η πιθανότητα να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα αυξάνεται [309,328].
- Γονείς που κατά την ενημέρωσή τους για το πρόγραμμα, τους υπενθυμίζεται ότι η οικογένειά τους θα επιβράβευε και θα επιθυμούσε τη συμμετοχή τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να συμμετέχουν [326].
- Γονείς που αναφέρουν υψηλότερου βαθμού προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να συμμετέχουν [328].
- Όσο μεγαλύτερη είναι η μειονεκτική θέση που βρίσκονται οι γονείς, τόσο μικραίνουν οι πιθανότητες να συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης, ενώ παράλληλα αυξάνουν οι πιθανότητες για πρόωρη εγκατάλειψη [225].

Σκοπός της παρούσας μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι τριπλός.

Ο πρώτος σκοπός της μελέτης, σχετίζεται με τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών (δημογραφικών κοινωνικών και ψυχολογικών) των γονέων που δηλώνουν συμμετοχή και τελικά συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων τα οποία απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό. Το αξιοσημείωτο είναι ότι στη διεθνή βιβλιογραφία δεν αναφέρονται αρκετά ερευνητικά δεδομένα που να καθορίζουν το προφίλ των ατόμων του γενικού πληθυσμού που δηλώνουν συμμετοχή και τελικά συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων.

Ο δεύτερος βασικός σκοπός, αφορά στην προσπάθεια σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας ενός συγκεκριμένου δομημένου σύντομου εκπαιδευτικού προγράμματος γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης.

Ο τρίτος σκοπός, αφορά στη διερεύνηση της προσωπικής άποψης των γονέων για το πρόγραμμα στο οποίο συμμετείχαν.

Η πρώτη βασική υπόθεση είναι ότι ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα και ένας μικρότερος αριθμός προγραμμάτων που εφαρμόζονται διεθνώς είναι ανοιχτά για συμμετοχή σε όλους τους γονείς και γνωστοποιούνται σε όλους, οι γονείς που τελικά αποφασίζουν και συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά πιθανόν να

διαφοροποιούνται ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά, σε σχέση με τους γονείς οι οποίοι ενημερώνονται για τα προγράμματα αλλά αποφασίζουν τελικά να μη συμμετέχουν.

Μια άλλη βασική υπόθεση είναι ότι, εφόσον διεθνώς όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης φαίνεται να είναι και τα περισσότερο αποτελεσματικά, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος για τον Ελληνικό πληθυσμό, θα μπορούσε να επιφέρει στους γονείς που συμμετέχουν σε αυτό, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμες αλλαγές, τόσο σε διαστάσεις της ψυχολογικής και κοινωνικής τους κατάστασης, όσο και στη μείωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γονείς καθημερινά με τη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Τέλος, μια τρίτη υπόθεση είναι ότι, οι γονείς που συμμετέχουν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι η κύρια πηγή αξιολόγησης σχετικά με την αποτελεσματικότητά του και η διερεύνηση της υποκειμενικής τους άποψης θα επιφέρει στο προσκήνιο στοιχεία, τόσο για την ικανοποίησή τους από το πρόγραμμα, όσο και για τις βασικές τους προσδοκίες.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Υλικό

Τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, είναι γονείς με παιδιά ηλικίας 2 έως και 12 ετών, κάτοικοι της ανατολικής Θεσσαλονίκης και πιο συγκεκριμένα της περιοχής της Άνω και Κάτω Τούμπας. Τα παιδιά των γονέων που συμμετείχαν στην μελέτη, φοιτούσαν στο 92^ο Δημοτικό Σχολείο της Θεσσαλονίκης ή στον Ιδιωτικό Παιδικό Σταθμό «Μαγεμένο Δάσος».

Οι γονείς ήταν κάτοικοι των παραπάνω περιοχών και η πρόσβασή τους στο σχολείο και τον παιδικό σταθμό γινόταν χωρίς προβλήματα.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 183 γονείς.

Την ομάδα ελέγχου αποτελούν οι 120 γονείς δηλαδή, το 65,6% επί του συνόλου των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι οποίοι παρόλο που ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων επέλεξαν να μην συμμετέχουν.

Την πειραματική ομάδα αποτελούν οι υπόλοιποι 63 γονείς δηλαδή, το 34,4% επί του συνόλου των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι οποίοι ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα και τελικά συμμετείχαν σε αυτό.

Μέθοδος

Τόσο οι γονείς της ομάδας ελέγχου, όσο και οι γονείς της πειραματικής ομάδας συμπλήρωσαν 8 ερωτηματολόγια σε δύο φάσεις της έρευνας, δύο εβδομάδες περίπου πριν τη διεξαγωγή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Α΄ Φάση) και αμέσως μετά τη λήξη του προγράμματος (Β΄ Φάση).

Η θεματολογία των συναντήσεων, η δομή κάθε συνάντησης, οι τεχνικές και άλλα βασικά στοιχεία που αφορούν το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, αναλύονται παρακάτω στα πλαίσια της παρούσας μελέτης*.

Τα προς συμπλήρωση ερωτηματολόγια ήταν τοποθετημένα σε έναν φάκελο και δίνονταν ιδιοχείρως στους γονείς. Στην εσωτερική πλευρά του κάθε φακέλου υπήρχε ένας διακριτικός αύξοντας αριθμός που αποτελούσε τον κωδικό αριθμό του κάθε γονέα. Ο διακριτικός αυτός αριθμός μαζί με τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία, όπως η ηλικία των παιδιών και του γονέα, η τάξη των παιδιών κ.λ.π., ήταν τα βοηθητικά εξατομικευμένα διακριτικά, προκειμένου να γίνει η ταυτοποίηση των ερωτηματολογίων της Α΄ και Β΄ Φάσης στο ίδιο το άτομο.

Από τους 183 γονείς, οι 3 (1,6%), τόσο στην Α΄ όσο και στη Β΄ Φάση της έρευνας, συμπλήρωσαν μόνο το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων και κανένα άλλο ειδικό ερωτηματολόγιο. Οι 3 αυτοί γονείς ήταν από την πειραματική ομάδα και δήλωσαν ότι δεν

* Ο αναλυτικός σχεδιασμός και η δομή της κάθε συνάντησης, είναι στην κατοχή του συγγραφέα της παρούσας μελέτης, για κάθε ενδιαφερόμενο.

επιθυμούσαν να συμμετέχουν στη συμπλήρωση των ειδικών ερωτηματολογίων. Στη σύγκριση επομένως, των δύο ομάδων γονέων με το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων κατά την Α΄ Φάση, για τη συλλογή στοιχείων σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων που συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, συμμετείχαν 183 γονείς.

Οι 120 γονείς της ομάδας ελέγχου δεν έλαβαν καμία παρέμβαση στο μεσοδιάστημα της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Οι 63 γονείς της πειραματικής ομάδας, στο μεσοδιάστημα της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, παρακολούθησαν το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης.

Το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε σε 10 συναντήσεις, διάρκειας περίπου 2 ωρών η κάθε μία. Το χρονικό διάστημα της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης, ήταν 4 μήνες.

Οι 63 γονείς της πειραματικής ομάδας παρακολούθησαν το πρόγραμμα χωρισμένοι σε 6 ομάδες. Στις 3 ομάδες συμμετείχαν 10 γονείς και στις υπόλοιπες 3 συμμετείχαν 11 γονείς. Συντονιστής και των 6 ομάδων ήταν ο συγγραφέας της παρούσας μελέτης, ώστε να διασφαλιστεί ότι όλοι οι γονείς όλων των ομάδων ακολουθούσαν ακριβώς το ίδιο πρόγραμμα σε κάθε συνάντηση. Για την ολοκλήρωση του προγράμματος και στις 6 ομάδες, απαιτήθηκαν 120 ώρες εκπαίδευσης, 20 ώρες για κάθε ομάδα χωριστά. Από τις 6 ομάδες, οι τέσσερις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο του 92^{ου} Δημοτικού Σχολείου και οι 2 στον Ιδιωτικό Παιδικό Σταθμό.

Τόσο το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων όσο και τα ειδικά ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και στις δύο φάσεις.

Στην Α΄ Φάση το δείγμα της σύγκρισης με τα ειδικά ερωτηματολόγια, αποτελείται από 180 γονείς που συμπλήρωσαν τα ειδικά ερωτηματολόγια, 120 γονείς (66,7%) της ομάδας ελέγχου και 60 γονείς (33,3%) της πειραματικής ομάδας. Με βάση των διακριτικό κωδικό αριθμό και τα δημογραφικά στοιχεία του κάθε γονέα έγινε η προσπάθεια αντιστοίχισης του καθενός πακέτου ερωτηματολογίων της Β΄ Φάσης με αυτό της Α΄ Φάσης για κάθε γονέα χωριστά. Από τα 180 ερωτηματολόγια της Α΄ Φάσης αντιστοιχίστηκαν στη Β΄ Φάση 121 ειδικά ερωτηματολόγια, ποσοστό 67% των αρχικών 180 ειδικών ερωτηματολογίων, τα οποία αξιολογήθηκαν συγκριτικά με τα 180 ερωτηματολόγια της Α΄ Φάσης.

Πιο συγκεκριμένα, στη Β΄ Φάση συμπλήρωσαν τα ειδικά ερωτηματολόγια 121 γονείς (67% του αρχικού συνολικού δείγματος). Από αυτούς, οι 69 ήταν γονείς της ομάδας ελέγχου (57,5% του αρχικού δείγματος της ομάδας ελέγχου) και οι 52 ήταν γονείς της πειραματικής ομάδας (87% του αρχικού δείγματος της πειραματικής ομάδας). Οι 51 γονείς της ομάδας ελέγχου (42,5% του αρχικού δείγματος της ομάδας ελέγχου) και οι 8 γονείς της πειραματικής ομάδας (13% του αρχικού δείγματος της πειραματικής ομάδας) που δεν συμπλήρωσαν τα ειδικά ερωτηματολόγια της Β΄ Φάσης, ενώ τα είχαν συμπληρώσει στην Α΄ Φάση, δήλωσαν ότι είτε δεν προλάβαιναν, είτε ότι δεν ενδιαφέρονταν ή ότι δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν πλέον στην έρευνα.

Τόσο στην Α΄ όσο και στη Β΄ Φάση, όλοι οι γονείς της πειραματικής ομάδας, έπειτα από υπενθυμίσεις του συντονιστή των ομάδων, συμπλήρωσαν επιμελώς τα ερωτηματολόγια. Ωστόσο, από την έρευνα αποκρίστηκαν συνολικά 8 ερωτηματολόγια (5 από την Α΄ Φάση και 3 από τη Β΄ Φάση) των γονέων της ομάδας ελέγχου οι οποίοι παρά τις υπενθυμίσεις του διευθυντή του σχολείου και της διευθύντριας του παιδικού σταθμού, άφησαν πολλά κενά κατά τη συμπλήρωση.

Επιπροσθέτως, οι 53 (84,1%) από τους 63 γονείς της πειραματικής ομάδας που παρευρίσκονταν στην 10^η και τελευταία συνάντηση του προγράμματος εκπαίδευσης, συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Προγράμματος από τους Ίδιους τους Γονείς.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι στην παρούσα μελέτη, δεν συμπεριλαμβάνονται επιπλέον 16 γονείς, οι οποίοι έκαναν αίτηση και δήλωσαν συμμετοχή στο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων. Οι 7 από αυτούς (43,8%) διέκοψαν από την πρώτη κιόλας συνάντηση ενώ οι υπόλοιποι 9 (56,2%) δεν προσήλθαν καθόλου. Ο αποκλεισμός των γονέων αυτής της κατηγορίας είναι αυτονόητος, διότι ο τριπλός σκοπός της παρούσας μελέτης, όπως ήδη αναφέρθηκε, απαιτεί συγκρίσεις μεταξύ γονέων οι οποίοι ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα εκπαίδευσης και είτε δήλωσαν συμμετοχή και τελικά συμμετείχαν και ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, είτε δεν ενδιαφέρονταν να συμμετέχουν.

Επιπροσθέτως, παρόλο που και οι 16 γονείς αυτής της κατηγορίας, συμπλήρωσαν το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων, μόνον οι 6 από αυτούς συμπλήρωσαν τα ειδικά ερωτηματολόγια κατά την Α΄ Φάση της έρευνας και 2 κατά τη Β΄ Φάση.

Η περαιτέρω ανάλυση των στοιχείων ενός τόσο μικρού δείγματος για τυχών διερεύνηση των χαρακτηριστικών των ατόμων που διακόπτουν ή που δεν προσέρχονται στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων παρόλο που δηλώνουν συμμετοχή, είναι αρκετά ελλιπής όσον αφορά τον αριθμό των υποκειμένων.

Στατιστική μεθοδολογία

Η επεξεργασία των στοιχείων περιλάμβανε περιγραφική και επαγωγική στατιστική επεξεργασία. Στην περιγραφική στατιστική, υπολογίστηκαν για τις ποσοτικές μεταβλητές τα στατιστικά μέτρα θέσης (μέση τιμή, διάμεσος, μέγιστο και ελάχιστο) και διασποράς (τυπική απόκλιση) ενώ για τις ποιοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες των απαντήσεων [334].

Στη συμπερασματική στατιστική και για τις ποσοτικού τύπου μεταβλητές (π.χ. συνολική βαθμολογία υποκλιμάκων) εφαρμόστηκε αρχικά ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov ώστε να διαπιστωθεί εάν τα δεδομένα ακολουθούν κανονική κατανομή [335]. Στις περιπτώσεις που οι μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή εφαρμόστηκαν οι παραμετρικοί έλεγχοι student t-test για ανεξάρτητα δείγματα (π.χ. μεταξύ πειραματικής ομάδας και ομάδας ελέγχου) και t-test για

ζευγαρωτές μετρήσεις (paired sample t-test). Στις περιπτώσεις που διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική απόκλιση από την κανονική κατανομή εφαρμόστηκαν αντίστοιχα οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann-Whitney U test και Wilcoxon Signed Ranks Test [336,337].

Για τον έλεγχο της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών, εφαρμόστηκε ο χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας, όπου για τον υπολογισμό του επιπέδου σημαντικότητας p και αναλόγως της απόλυτης συχνότητας των παρατηρηθεισών απαντήσεων, εφαρμόστηκε ο ασύμπτωτος έλεγχος Pearson ή ο ακριβής έλεγχος Fisher [336].

Η πολυμεταβλητή ανάλυση περιλάμβανε την ανάλυση αξιοπιστίας [338]. Για την μέτρηση της αξιοπιστίας μίας πολυθεματικής μεταβλητής (π.χ. υποκλίμακες που μετρούνται με αριθμό ερωτήσεων) και συγκεκριμένα για την μέτρηση της αξιοπιστίας των κλιμάκων και υποκλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, έγινε ανάλυση αξιοπιστίας (reliability analysis). Η ανάλυση αξιοπιστίας, στηρίζεται στην υπόθεση ότι άτομα που έχουν απαντήσει με υψηλό ή χαμηλό βαθμό σε κάποια ερώτηση (item), τείνουν να έχουν απαντήσει με σχετικά υψηλό ή σχετικά χαμηλό βαθμό και σε άλλη παρόμοια ερώτηση, γεγονός το οποίο συνηγορεί ότι οι ερωτήσεις (items) ενδείκνυνται για την μέτρηση πολυθεματικής μεταβλητής [339]. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha (ο δείκτης κυμαίνεται από 0 έως 1), θεωρείται σαν ένα μέτρο συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων της κλίμακας στην υπό διερεύνηση μεταβλητή με οποιασδήποτε άλλης κλίμακας με ισάριθμα θέματα [340]. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, συντελεστής μεγαλύτερος από 0,80 θεωρείται πολύ ικανοποιητικός, ενώ τιμές κάτω από 0,60 επιβάλλουν την επινόηση νέων θεμάτων/ερωτήσεων στην πολυθεματική μεταβλητή [337]. Ο δείκτης είναι ένα μέτρο ενδοσυνέπειας της κλίμακας μέτρησης για τον συγκεκριμένο πληθυσμό [341].

Η επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 14 [342] και το επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή ή όχι της μηδενικής υπόθεσης που ελήφθη για όλους τους στατιστικούς ελέγχους ήταν το 5%. Επίσης, για τη διαπίστωση τάσης διαφοροποίησης, σε ορισμένες περιπτώσεις ελήφθη το 10% [336].

Κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιούνται οι παρακάτω συντομογραφίες: n = αριθμός υποκειμένων, % = ποσοστό επί της εκατό, M = μέσοι όροι, SD = σταθερή απόκλιση, t = t -τιμές, χ^2 = τιμές του συντελεστή χ^2 , ns = μη στατιστικά σημαντική διαφορά, p = στατιστική σημαντικότητα, Mdn = διάμεσος, $Min-Max$ = ελάχιστο-μέγιστο, z score = z -τιμές.

Στην περίπτωση όπου κατά τη σύγκριση των δύο ομάδων με τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann Whitney U παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης και οι διάμεσοι (Mdn) και οι ελάχιστες και μέγιστες τιμές ($Min-Max$) στις δύο αυτές φάσεις της έρευνας εμφανίζονται ίδιες, στους πίνακες παρουσίασης των αποτελεσμάτων γίνεται αναφορά στις αντίστοιχες μέσες τιμές (M) και τυπικές αποκλίσεις (SD).

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια παρατίθενται στο Παράρτημα 1, στο τέλος της παρούσας μελέτης.

1. Ένα φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων.
2. Το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI).
3. Η Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (Life Satisfaction Inventory, LSI).
4. Η Κλίμακα εκτίμησης ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R).
5. Το Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού-Δομικού Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).
6. Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ)
7. Η Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Family Adaptation and Cohesion Scales, FACES-III).
8. Το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ).
9. Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Προγράμματος Εκπαίδευσης από τους Ίδιους τους Γονείς.

Παρακάτω ακολουθεί η αναλυτική περιγραφή όλων των ερωτηματολογίων.

Το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων

Το φυλλάδιο με τα δημογραφικά στοιχεία, όπως και τα ειδικά ερωτηματολόγια, δόθηκε στους γονείς και στις δύο φάσεις της έρευνας, πριν (Α΄Φάση) και μετά (Β΄Φάση) το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων.

Το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων, έχει στην αρχή μια παράγραφο γενικών πληροφοριών σχετικά με την έρευνα και τη συμπλήρωση των σχετικών ερωτηματολογίων και στη συνέχεια ακολουθούν 13 λήμματα για τη συλλογή συγκεκριμένων δημογραφικών στοιχείων.

Πιο συγκεκριμένα, τα λήμματα ζητούν από το γονέα να δώσει πληροφορίες σχετικά με: το φύλλο του γονέα, τον τόπο κατοικίας, τον τόπο γέννησης, την ηλικία του γονέα, τον αριθμό των μελλών συγκατοίκησης, τις γραμματικές γνώσεις του γονέα, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό και το φύλο των παιδιών, την ηλικία των παιδιών, την απασχόληση, τον τομέα απασχόλησης, το αν δήλωσε συμμετοχή στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης και το εάν έχει συμμετάσχει οποτεδήποτε στο παρελθόν σε προγράμματα σχολών γονέων.

Η επιλογή των συγκεκριμένων δημογραφικών στοιχείων έγινε με σκοπό, να διερευνηθεί η πιθανή ύπαρξη τυχόν διαφορών, μεταξύ των γονέων που συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων και των γονέων που τους δίνεται η ευκαιρία να συμμετάσχουν σε τέτοιου είδους προγράμματα αλλά τελικά δε δηλώνουν συμμετοχή.

Η Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (Life Satisfaction Inventory, LSI)

Η Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (Life Satisfaction Inventory, LSI), χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη: α) επειδή είναι σταθμισμένη [343], β) επειδή εξετάζει την εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ατόμου σε τομείς τις ζωής του όπως, η κοινωνική-οικονομική κατάσταση, η εργασία, η οικογενειακή-συζυγική ζωή, που αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση των γονέων με τα παιδιά και τη συμπεριφορά των γονέων [219], γ) προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν διαφορές στην υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησης ζωής των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους γονείς που δε συμμετέχουν, δ) ώστε να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων στην αλλαγή της υποκειμενικής εκτίμησης της ποιότητας ζωής των γονέων.

Η Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής αναπτύχθηκε από ομάδα του Ψυχολογικού Ινστιτούτου του Freiburg, με σκοπό την εκτίμηση της υποκειμενικής αίσθησης που έχει ο ογκολογικός ασθενής όσον αφορά την ποιότητα ζωής του [344].

Πρόθεση των συγγραφέων ήταν η ανάπτυξη μιας σφαιρικής κλίμακας εκτίμησης, ώστε να είναι δυνατή η εφαρμογή της και σε άλλες κατηγορίες ατόμων, πέραν των ογκολογικών, καθώς και σε «φυσιολογικό» πληθυσμό με συγκρίσιμα αποτελέσματα. Στην πραγματικότητα, το ερωτηματολόγιο δεν εκτιμά την ποιότητα ζωής, αλλά μόνο μια διάσταση της, που είναι η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για την ποιότητα της ζωής του. Επομένως, το παρόν ερωτηματολόγιο εκτιμάει, όχι αυτή καθ' αυτή την ποιότητα ζωής, αλλά την υποκειμενική αίσθηση που έχει ο εξεταζόμενος γι' αυτήν. Η εκτίμηση της έννοιας της ικανοποίησης ζωής προσφέρει και ένα επιπλέον μέτρο υποκειμενικής εκτίμησης, που αφορά σε θετικές εκβάσεις, κάτι που δεν μπορούν να αποδώσουν τα ερωτηματολόγια ψυχιατρικής νοσηρότητας [343].

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 13 ερωτήσεις που καλύπτουν σχεδόν όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου. Ο εξεταζόμενος, κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, καλείτε να επικεντρωθεί στην τελευταία εβδομάδα. Το ερωτηματολόγιο είναι αυτοσυμπληρούμενο, δεν απαιτείται ειδική εκπαίδευση για τη χορήγησή του και κάθε ερώτηση απαντάται με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα: 1=πολύ δυσαρεστημένος, 2=δυσαρεστημένος, 3=ούτε δυσαρεστημένος ούτε ευχαριστημένος, 4=ευχαριστημένος, 5=πολύ ευχαριστημένος. Ελάχιστη βαθμολογία της κλίμακας είναι το 13 και μέγιστη το 65. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι διατυπωμένες κατά έναν γενικό τρόπο. Μερικές απαντήσεις μπορεί να επηρεασθούν από αντικειμενικούς παράγοντες, ανεξάρτητους από την ποιότητα ζωής. Ειδικά ευάλωτη είναι η ερώτηση 6, που αφορά τη συζυγική ζωή, ενώ πολλά άτομα μπορεί να είναι ανύπαντροι, χήροι ή διαζευγμένοι. Οι ερωτήσεις 7,8 και 9 είναι λιγότερο ευάλωτες [343].

Η κλίμακα εμφανίζει ικανοποιητική συνοχή με τιμή συντελεστή Cronbach's Alpha 0,82. Όλες οι επιμέρους ερωτήσεις παρουσιάζουν παρόμοια στενή συνάφεια με το σύνολο και για το

λόγο αυτό είναι σωστό να αποδεχθούμε το άθροισμα των ερωτήσεων ως συνολική βαθμολογία στην κλίμακα [343].

Στην προσιτή βιβλιογραφία, δεν βρέθηκαν στοιχεία που να αφορούν τη διερεύνηση φυσιολογικού υγιούς πληθυσμού με βάση το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ζωής. Έχει χρησιμοποιηθεί για τη σύγκριση καρκινοπαθών με φυσιολογικούς μάρτυρες και με ασθενείς που πάσχουν από άλλα μη κακοήγη νοσήματα, αλλά αυτό γίνεται με τη χρήση μη επεξεργασμένων βαθμολογιών του ερωτηματολογίου [343].

Το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη: α) επειδή είναι προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα [345,346], β) λόγω του ότι έχει χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων που στοχεύουν στη μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των γονέων [201,209], γ) προκειμένου να διερευνηθούν τυχών διαφορές στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους γονείς που δε συμμετέχουν, δ) ώστε να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση του προγράμματος στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των γονέων [201,203,205,208,293,347].

Για την εκτίμηση της κατάθλιψης, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη του Beck, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί πάρα πολύ ως εργαλείο εκτίμησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας [348].

Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα δημιουργήθηκε με σκοπό να μετρήσει τις γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και σωματικές εκδηλώσεις του ατόμου με κατάθλιψη [345,346,349].

Το BDI αποτελείται από 21 λήμματα και αξιολογεί τα κλινικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως: η απαισιοδοξία, ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι διαταραχές του ύπνου, η θλίψη, η ενοχή, η έλλειψη ικανοποίησης, το κλάμα, η απόσυρση από το κοινωνικό περιβάλλον, η σωματική ενόχληση και άλλα. Ο εξεταζόμενος, αξιολογεί το επίπεδο και τη σοβαρότητα του κάθε συμπτώματος για τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας σε μία κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων που κυμαίνεται από 0 = καθόλου έως και 3 = πάρα πολύ [345,346].

Η συνολική βαθμολογία εξάγεται με την άθροιση των βαθμών και κυμαίνεται από 0 έως 63. Το εύρος της βαθμολογίας χωρίζεται σε επίπεδα κλιμάκωσης της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Οι χαμηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε χαμηλό επίπεδο κατάθλιψης ενώ οι υψηλότερες είναι ενδεικτικές υψηλότερου επιπέδου κατάθλιψης.

Οι βαθμολογίες που ισχύουν για την εφαρμογή του BDI στον ελληνικό πληθυσμό διαβαθμίζουν τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ως εξής: 0-9 = καθόλου

κατάθλιψη, 10-15 = ελαφρά κατάθλιψη, 16-23 = μέτρια κατάθλιψη, 24 και πάνω = σοβαρή κατάθλιψη [350].

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία. Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,84 [349].

Η Κλίμακα εκτίμησης ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)

Η Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη: α) επειδή είναι προσαρμοσμένη στα ελληνικά δεδομένα [351], β) λόγω του ότι έχει χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων που στόχευαν στη μείωση της υποκειμενικής ενόχλησης ή της γενικότερης ψυχοπαθολογίας των γονέων [202], γ) προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν διαφορές στην υποκειμενική ενόχληση από ψυχολογικά συμπτώματα των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης σε σύγκριση με αυτούς που δε συμμετέχουν, δ) ώστε να διερευνηθεί, όπως έχει γίνει και στις περισσότερες μελέτες, η πιθανή επίδραση του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων στην αλλαγή των επιπέδων κατάθλιψης [203], άγχους [212] και θυμού [209] που νιώθουν οι γονείς.

Η Symptom Checklist-90 (SCL-90) είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς των ατόμων σε πολλές διαστάσεις ψυχοπαθολογίας. Είναι ένα αυτοδύναμο ψυχομετρικό εργαλείο που ιστορικά αποτελεί μετεξέλιξη της παλαιότερης κλίμακας Hopkins Symptom Checklist (HSCL), η οποία περιλάμβανε 58 διαπιστώσεις που αφορούσαν 5 διαστάσεις ψυχοπαθολογίας. Στην HSCL προστέθηκαν στη συνέχεια άλλες 32 διαπιστώσεις και 4 νέες συμπτωματολογικές διαστάσεις ώστε να δημιουργηθεί η SCL-90 [352].

Η πρώτη μορφή της SCL-90 τροποποιήθηκε με την αλλαγή των διαπιστώσεων 80 και 86 και με διαφορετική φραστική διατύπωση της διαπίστωσης 3, έτσι ώστε να προκύψει η αναθεωρημένη μορφή SCL-90-R η οποία και χρησιμοποιείται σήμερα [353,354].

Η SCL-90-R αποτελείται από 90 διαπιστώσεις που περιγράφουν ψυχολογικές συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Η κάθε διαπίστωση βαθμολογείται με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα ενόχλησης, από (0) «καθόλου» έως (4) «πάρα πολύ» [351].

Η παρουσιαζόμενη ψυχοπαθολογία παρίσταται σε 9 μείζονες συμπτωματολογικές διαστάσεις ή υποκλίμακες: I) Σωματοποίηση (12 διαπιστώσεις: 1,4,12,27,40,42,49,52,53,56,58): αιτιάσεις που αφορούν σωματική δυσλειτουργία. II) Ψυχαναγκαστικότητα – καταναγκαστικότητα (10 διαπιστώσεις: 3,9,10,28,38,45,46,51,55,65): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο. III) Διαπροσωπική ευαισθησία (9 διαπιστώσεις: 6,21,34,36,37,41,61,69,73): αιτιάσεις προσωπικής ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτό-υποτίμησης, ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους και στις σχέσεις με τους άλλους. IV) Κατάθλιψη (13 διαπιστώσεις: 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,34,71,79):

απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο. V) Άγχος (10 διαπιστώσεις: 2,17,23,33,39,57,72,78,80, 86): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο. VI) Επιθετικότητα (6 διαπιστώσεις: 11,24,63,67,74, 81): εκδηλώσεις και αισθήματα θυμού και επιθετικότητας. VII) Φοβικό άγχος (7 διαπιστώσεις: 13, 25,47,50,70,75,82): απηχεί κυρίως το αγοραφοβικό σύνδρομο. VIII) Παρανοειδής ιδεασμός (6 διαπιστώσεις: 8,18,43,68,76,83): αιτιάσεις και συμπεριφορά που αντιπροσωπεύουν έναν παρανοειδή-καχύποπτο τρόπο σκέψης. IX) Ψυχωτισμός (10 διαπιστώσεις: 7,16,35,62,77,84,85,87, 88,90): αντιπροσωπεύει μια σύμμειξη των συμπτωμάτων «α» τάξης της σχιζοφρένειας με χαρακτηριστικά κυρίως στοιχεία αλλοτρίωσης και απόστασης στις διαπροσωπικές σχέσεις. Επτά διαπιστώσεις που αφορούν διάφορες αιτιάσεις (διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.), δε συμπεριλαμβάνονται στις παραπάνω υποκλίμακες, αλλά συνυπολογίζονται κατά την εξαγωγή των δεικτών που αναφέρονται παρακάτω. Η βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας, αποτελεί το άθροισμα των βαθμολογιών των επιμέρους διαπιστώσεων που την απαρτίζουν [351].

Επιπλέον των 9 υποκλιμάκων, εξάγονται και 3 συνολικοί δείκτες ψυχοπαθολογίας: α) ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ), που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά και προκύπτει από το πηλίκο: άθροισμα όλων/90 (μέσος όρος των 90 διαπιστώσεων), β) το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ) που αποτελεί τον αριθμό των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (1, 2, 3, 4) και γ) ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ), που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης και προκύπτει από το πηλίκο: ΣΘΣ/90 (μέσος όρος του ΣΘΣ).

Ο συντελεστής Cronbach's Alpha είναι ιδιαίτερα υψηλός με τιμή ίση με 0,97. Ικανοποιητικοί είναι και οι συντελεστές που αφορούν τις επιμέρους υποκλίμακες. Οι συντελεστές Cronbach's Alpha είναι 0,87 για τη «Σωματοποίηση», 0,76 για τη «Διαπροσωπική ευαισθησία», 0,79 για την «Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα», 0,81 για την «Κατάθλιψη», 0,85 για το «Άγχος», 0,80 για την «Επιθετικότητα», 0,66 για το «Φοβικό άγχος», 0,72 για τον «Παρανοειδή ιδεασμό» και 0,76 για τον «Ψυχωτισμό» [351].

Το Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού και Δομικού Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Το Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού και Δομικού Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory), χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη: α) επειδή είναι προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα [355], β) λόγω του ότι έχει χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων για την μείωση του άγχους που νιώθουν οι γονείς [212,208], γ) προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν διαφορές στα επίπεδα άγχους των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους γονείς που δε συμμετέχουν, δ) ώστε να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση του

προγράμματος εκπαίδευσης γονέων στην αλλαγή των επιπέδων άγχους που νιώθουν οι γονείς [201].

Το ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberg [356] χρησιμοποιείται διεθνώς με σκοπό να μετρήσει το άγχος. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Αρχικά αναπτύχθηκε η X μορφή και μετά η Y μορφή η οποία μαζί με το ερωτηματολόγιο για παιδιά STAI C σταθμίστηκε πρόσφατα και στην Ελλάδα [357]. Το ερωτηματολόγιο διαχωρίζει το άγχος σαν κατάσταση (A-State) από το άγχος σαν χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (A-trait). Η διάκριση αυτή στηρίζεται σε απόψεις των συγγραφέων [358,359] και αποτελεί μια πρακτικά πολύ χρήσιμη διάκριση για τη φύση του άγχους.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 λήμματα. Τα πρώτα 20 λήμματα (λήμματα 1-20), αναφέρονται στην κλίμακα Κ-Άγχους (STAI Μορφή X-1) και αξιολογούν τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική περίοδο της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, εξετάζουν δηλαδή, το καταστασιακό (state) άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσας κατάστασης.

Τα επόμενα 20 λήμματα (λήμματα 21-40), αναφέρονται στην κλίμακα Δ-Άγχους (STAI Μορφή X-2) και αξιολογούν τη γενικότερη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου, εξετάζουν δηλαδή, το μόνιμο-δομικό (trait) άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Το κάθε λήμμα, βαθμολογείται με βάση μια τετραβάθμια κλίμακα όπου 1=καθόλου, 2=κάπως, 3=μέτρια, 4=πάρα πολύ [349,355].

Όσον αφορά στην αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, ο συντελεστής Cronbach's Alpha για την κλίμακα Κ-Άγχους είναι 0,92 και για την κλίμακα Δ-Άγχους είναι 0,89, ενώ η συνολική τιμή του δείκτη είναι 0,94 [349,355].

Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ)

Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ), χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη: α) επειδή είναι προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα [360], β) λόγω του ότι η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων στην πιθανή αλλαγή σε διάφορες διαστάσεις της προσωπικότητας των γονέων, αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας [361], γ) προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν διαφορές σε διαστάσεις προσωπικότητας των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης σε σύγκριση με αυτούς που δε συμμετέχουν, δ) ώστε να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων στα στοιχεία προσωπικότητας των γονέων [201].

Μια από τις δοκιμασίες που έχουν επινοηθεί για την μελέτη της προσωπικότητας, είναι και το Eysenck Personality Questionnaire [362]. Η πρώτη προσπάθεια του Eysenck για τον καθορισμό και τη «μέτρηση» των διαστάσεων της προσωπικότητας περιγράφεται στο βιβλίο του «Dimensions

of Personality» και βασίζεται στις παρατηρήσεις που έκανε ο ίδιος σε 7300 άτομα (άνδρες και γυναίκες) [363]. Τα αποτελέσματα των παρατηρήσεων του Eysenck έδειξαν την ύπαρξη δύο σταθερών και ανεξάρτητων «διαστάσεων» ή αξόνων της προσωπικότητας. Η μία διάσταση ονομάστηκε από τον Eysenck εσωστρέφεια-εξωστρέφεια (E) και η άλλη νευρωτισμός ή συναισθηματικότητα (N). Λίγα χρόνια αργότερα ο Eysenck διατύπωσε την ύπαρξη μιας ακόμα διάστασης, στην οποία περιέλαβε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που δεν μπορούσαν να περιληφθούν στις άλλες δύο διαστάσεις [364,365]. Τη διάσταση αυτή την ονόμασε ψυχωτισμό (P). Οι τρεις αυτές διαστάσεις (άξονες) είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, δηλαδή, οι τιμές της μιας δεν επηρεάζουν τις τιμές των άλλων και μπορεί επίσης να συνυπάρχουν.

Έτσι, δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck, με σκοπό να μετρήσει τέσσερις διαστάσεις προσωπικότητας που αναφέρονται παρακάτω.

Διακρίνονται δύο μορφές ερωτηματολογίων του EPQ [362]. Το ερωτηματολόγιο ενηλίκων και το ερωτηματολόγιο για παιδιά. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ενηλίκων. Το τελικό ελληνικό ερωτηματολόγιο ενηλίκων του EPQ αποτελείται από 84 ερωτήσεις: 24 της κλίμακας P, 22 της κλίμακας N, 19 της κλίμακας E και 19 της κλίμακας ψεύδους L. Το τελικό ερωτηματολόγιο για παιδιά του ελληνικού EPQ, αποτελείται από 84 ερωτήσεις: 17 της κλίμακας P, 21 της κλίμακας N, 22 της κλίμακας E και 24 της κλίμακας L [360].

Ο ψυχωτισμός (P) αναφέρεται σε ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που υπάρχει σε διαφορετικό βαθμό σε όλα τα άτομα, αλλά η ύπαρξή του σε μεγάλο βαθμό προδιαθέτει ένα άτομο στο να αναπτύξει ψυχωτικές διαταραχές. Τα άτομα με υψηλές τιμές ψυχωτισμού είναι ψυχρά, μοναχικά, απρόσωπα, εχθρικά και επιθετικά και γενικότερα χαρακτηρίζονται από έλλειψη ανθρωπισμού και συναισθημάτων.

Ο νευρωτισμός (N) αποτελεί ένα άλλο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, που αναφέρεται στη γενική συναισθηματική αστάθεια και στην τάση του ατόμου να αναπτύσσει νευρωτική συμπτωματολογία κάτω από πιεστικές συνθήκες. Τα άτομα με υψηλές τιμές νευρωτισμού, είναι αγχώδη και στεναχωριούνται εύκολα, ενώ παρουσιάζουν συχνά και ψυχοσωματικές διαταραχές.

Η εξωστρέφεια (E), αφορά το στοιχείο εκείνο της προσωπικότητας που κάνει ένα άτομο ανοιχτό, κοινωνικό, αισιόδοξο, δραστήριο, παρορμητικό και με τάση για αλλαγές και για κίνδυνο. Το αντίθετο χαρακτηριστικό (χαμηλές τιμές εξωστρέφειας), η εσωστρέφεια, χαρακτηρίζει ένα άτομο ελεγχόμενο ως προς τις συναισθηματικές του αντιδράσεις και τις κοινωνικές του επαφές.

Το ψεύδος (L), αναφέρεται στην τάση ενός ατόμου να ψεύδεται και να προσποιείται, υποδηλώνοντας κάποια μορφή κοινωνικής αφέλειας ή συμμόρφωσης. Επίσης, η κλίμακα L μετράει, είτε το κατά πόσο ένα άτομο είναι ειλικρινές, είτε το πόσο καλά συμπεριφέρεται. Άτομα που επιζητούν την τελειότητα, παρουσιάζουν μεγαλύτερες βαθμολογίες σε σχέση με άτομα τα οποία είναι ειλικρινή με της ατέλειές τους τα οποία παρουσιάζουν χαμηλότερες βαθμολογίες.

Η αξιοπιστία σύμφωνα με το Δημητρίου είναι ικανοποιητική. Η δοκιμασία εξέτασης-επανεξέτασης δίνει τιμές από 0,75 για την κλίμακα P έως και 0,94 για την κλίμακα E. Η αξιοπιστία συνοχής δίνει τιμές από 0,61 για την κλίμακα P έως και 0,85 για την κλίμακα E [360].

Η Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, FACES-III)

Η Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, FACES-III), χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη: α) επειδή είναι προσαρμοσμένη στα ελληνικά δεδομένα [366], β) λόγω του ότι, έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων [167,367-370], γ) προκειμένου κυρίως να διερευνηθούν τυχόν διαφορές στην εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης ανάμεσα στους γονείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και στους μη συμμετέχοντες, δ) ώστε να διερευνηθεί, τυχόν επίδραση του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων στην αλλαγή της εκτίμησης της οικογενειακής κατάστασης [167].

Η Κλίμακα Εκτίμησης της Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας-FACES III αξιολογεί τη συνοχή και προσαρμοστικότητα ή ευκαμψία της οικογένειας και απευθύνεται σε όλες τις οικογένειες και σε όλα τα στάδια ανάπτυξης τους. Αποτελεί την τρίτη έκδοση μιας σειράς ερωτηματολογίων που αξιολογούν την προσαρμοστικότητα και τη συνοχή της οικογένειας [371].

Με βάση την κλίμακα FACES III, η οικογένεια διακρίνεται ως προς τη λειτουργικότητά της σε τέσσερις γενικούς τύπους: α) μη-ισορροπημένη, β) μέτρια ισορροπημένη, γ) μέσου εύρους και δ) ισορροπημένη.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιείται η κλίμακα που είναι μεταφρασμένη στα Ελληνικά και έχει σταθμισθεί σε δείγμα 204 παιδιών και των μητέρων τους [366,372,373].

Η κλίμακα αποτελείται από 20 θέματα-ερωτήσεις τα οποία απαντώνται δύο φορές. Οι πρώτες 20 ερωτήσεις (ερωτήσεις 1-20) αφορούν στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η οικογένεια στο παρόν (προσλαμβανόμενη εκτίμηση). Στις επόμενες 20 ερωτήσεις (ερωτήσεις 21-40) το άτομο απαντά πώς θα ήθελε να λειτουργεί η οικογένειά του (ιδεατή εκτίμηση). Η διαφορά ανάμεσα σε αυτές τις δύο απόψεις που έχει το άτομο για την λειτουργία της οικογένειάς του, δίνει το βαθμό ικανοποίησής του από αυτή. Όσο μεγαλύτερη είναι η ανακολουθία ιδεατής και προσλαμβανόμενης εκτίμησης, τόσο μικρότερη είναι η ικανοποίηση. Το άθροισμα των αριθμών που αντιστοιχούν στις απαντήσεις των ερωτήσεων με ζυγή αρίθμηση (2, 4, 6, 8 κ.λ.π.), αφορά στον τύπο οικογένειας με βάση το επίπεδο της προσαρμοστικότητας. Το άθροισμα των αριθμών που αντιστοιχούν στις απαντήσεις των ερωτήσεων με μονή αρίθμηση (1, 3, 5, 7 κ.λ.π.), αφορά στον τύπο οικογένειας με βάση το επίπεδο της συνοχής. Ο εξεταζόμενος απαντά τις ερωτήσεις συμπληρώνοντας μία πενταβάθμια κλίμακα όπου 1=«σχεδόν ποτέ», 2=«που και που», 3=«μερικές φορές», 4=«συχνά»

και 5=«σχεδόν πάντα» [374]. Η κλίμακα FACES III αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση του Circumplex Μοντέλου των Συζυγικών και Οικογενειακών Συστημάτων του Olson και των συνεργατών του [375].

Σύμφωνα με τον Olson, η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία. Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,62 για την προσαρμοστικότητα και 0,77 για τη συνοχή. Αντιστοίχως, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της μεταφρασμένης στα Ελληνικά κλίμακας βρέθηκε ότι είναι 0,97 για τη συνοχή και 0,96 για την προσαρμοστικότητα [371].

Η έννοια της προσαρμοστικότητας ή ευκαμψίας, αφορά στην δυνατότητα της οικογένειας να μεταβάλλει τη δομή της ισχύος της, τις σχέσεις των ρόλων της και τους κανόνες των σχέσεων της, ανάλογα με τις πιέσεις που δέχεται. Η οικογένεια διακρίνεται σε τέσσερις τύπους ως προς την προσαρμοστικότητα ή ευκαμψία. Οι τέσσερις τύποι οικογένειας με βάση το επίπεδο προσαρμοστικότητας είναι: α) οι άκαμπτη οικογένεια, με χαμηλό επίπεδο ευκαμψίας, β) η δομημένη οικογένεια, με χαμηλό έως και μεσαίο επίπεδο ευκαμψίας, γ) η ευέλικτη οικογένεια, με μεσαίο έως και υψηλό επίπεδο ευκαμψίας και δ) η πολύ ευέλικτη ή χαοτική οικογένεια, με πολύ υψηλό επίπεδο ευκαμψίας [375].

Σε αυτήν τη διάσταση, η βασική υπόθεση θεωρεί ότι τα δυο κεντρικά επίπεδα της ευκαμψίας (επίπεδα ισορροπίας), που είναι τα δομημένα-εύκαμπτα οικογενειακά συστήματα, θα είναι βιώσιμα και λειτουργικά. Τα ακραία (μη ισορροπημένα) επίπεδα (άκαμπτα-χαοτικά), θεωρούνται δυσλειτουργικά για τις οικογένειες καθώς αυτές κινούνται στον κύκλο ζωής τους. Η δομημένη οικογένεια έχει δημοκρατική ηγεσία, με δυνατότητα διαπραγμάτευσης με τα παιδιά. Οι ρόλοι είναι σταθεροί, μπορούν όμως και να μοιραστούν. Οι αλλαγές στους κανόνες είναι ελάχιστες ενώ οι κανόνες της οικογένειας λειτουργούν. Μια εύκαμπτη σχέση μεταξύ των μελών της οικογένειας, χαρακτηρίζεται από μια δημοκρατική προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων. Οι διαπραγματεύσεις είναι ανοιχτές και περιλαμβάνουν και τα παιδιά. Οι ρόλοι μοιράζονται, ενώ τα πρόσωπα που τους έχουν αλλάζουν όταν αυτό είναι αναγκαίο. Οι κανόνες επίσης, μπορούν να αλλάζουν και να είναι κατάλληλοι για κάθε ηλικία. Στα ακραία-μη ισορροπημένα επίπεδα ευκαμψίας, η άκαμπτη σχέση μεταξύ των μελών της οικογένειας υπάρχει μαζί με ένα αυστηρό έλεγχο των μελών. Οι διαπραγματεύσεις τους είναι περιορισμένες και οι αποφάσεις είναι υπόθεση του «αρχηγού» της οικογένειας. Οι κανόνες δεν αλλάζουν και οι ρόλοι είναι αυστηρά καθορισμένοι. Αντιθέτως, η πολύ εύκαμπτη οικογένεια χαρακτηρίζεται από μια ηγεσία περιορισμένη και ασταθή. Οι αποφάσεις είναι παρορμητικές, οι ρόλοι ασταθείς και εναλλάσσονται από άτομο σε άτομο [376].

Η έννοια της οικογενειακής συνοχής, αφορά στο συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσουν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους. Η οικογένεια διακρίνεται σε τέσσερις τύπους ως προς την συνοχή. Οι τέσσερις τύποι οικογένειας με βάση το επίπεδο οικογενειακής συνοχής είναι: α) η διασπασμένη οικογένεια, με πολύ χαμηλό επίπεδο συνοχής, που ονομάζεται αποσύνδεση β) η

χωρισμένη οικογένεια, με χαμηλό έως μεσαίο επίπεδο συνοχής, που ονομάζεται διάσταση, γ) η συνδεδεμένη οικογένεια, με μεσαίο έως και υψηλό επίπεδο συνοχής, που ονομάζεται σύνδεση και δ) η πολύ συνδεδεμένη, με πολύ υψηλό επίπεδο συνοχής, που ονομάζεται υψηλή σύνδεση ή παγίδευση [375]. Σύμφωνα με τον Olson, οι οικογένειες με μεσαία επίπεδα συνοχής (διάσταση ή σύνδεση) μπορούν να λειτουργούν καλύτερα συγκριτικά με τις οικογένειες με ακραία-μη ισορροπημένα επίπεδα συνοχής (αποσύνδεση ή πολύ υψηλή σύνδεση), οι οποίες δυσλειτουργούν όταν βρίσκονται σε αυτά τα επίπεδα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στις οικογένειες με ισορροπημένα επίπεδα συνοχής (διάσταση ή σύνδεση), τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να ισορροπούν αυτά τα δύο άκρα και είναι ικανά να ανεξαρτητοποιούνται από την οικογένεια τους αλλά και να συνδέονται συναισθηματικά με αυτήν. Σε μία σχέση διάστασης, τα μέλη της οικογένειας μπορούν να ζουν χωριστά να περνούν όμως και χρόνο μαζί, να συζητούν τις αποφάσεις μεταξύ τους. Σε μία σχέση σύνδεσης, βιώνουν τις σχέσεις τους με συναισθηματική εγγύτητα, με πίστη σε αυτές. Δίνουν έμφαση στο «μαζί», στα ενδιαφέροντα, στο χρόνο και το χώρο. Οι φίλοι είναι κοινοί αλλά και προσωπικοί για κάθε μέλος. Όταν το επίπεδο συνοχής στο οικογενειακό σύστημα είναι πολύ υψηλό (πολύ υψηλή σύνδεση-παγίδευση), κυριαρχεί η ομοφωνία μέσα στην οικογένεια. Σε μία τέτοια σχέση παγίδευσης των συναισθημάτων των μελών της οικογένειας, τα άτομα βιώνουν σχέσεις εξάρτησης. Υπάρχει έλλειμμα προσωπικής αποστασιοποίησης, ενώ δεν υπάρχει η δυνατότητα για προσωπικό χώρο και χρόνο. Η ενέργεια του ατόμου εκφράζεται εντός του οικογενειακού συστήματος, διατηρώντας ελάχιστους φίλους ή ενδιαφέροντα εκτός οικογένειας. Αντίθετα, όταν το επίπεδο συνοχής είναι πολύ χαμηλό (αποσύνδεση), τα μέλη της οικογένειας κάνουν ο καθένας ότι θέλει, με την ελάχιστη ομοφωνία ή συναισθηματική εγγύτητα προς την οικογένειά τους. Τα μέλη της οικογένειας ζουν στον προσωπικό τους χώρο, χρόνο και ενδιαφέροντα και συχνά δεν έχουν την ετοιμότητα να στραφούν το ένα στο άλλο για υποστήριξη και επίλυση προβλημάτων [376].

Το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ)

Το Ερωτηματολόγιο Δια-προσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ) χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη: α) επειδή είναι προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα [377], β) λόγω του ότι έχει κατασκευαστεί με βάση το Ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων Προβληματικής Συμπεριφοράς-Behavior Problem Checklist-CBCL [378], το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων στη μείωση της αρνητικής συμπεριφοράς των παιδιών [379], γ) προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν διαφορές σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν με τη συμπεριφορά των παιδιών οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης σε σύγκριση με αυτούς

που δε συμμετέχουν, δ) ώστε να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων στην αλλαγή της συμπεριφοράς των παιδιών [261].

Το ΕΔΕΠ δημιουργήθηκε με σκοπό να αξιολογήσει τις προβληματικές συμπεριφορές των παιδιών όλων των ηλικιών, από την νηπιακή έως και την εφηβική. Κυρίως αξιολογεί τις προβληματικές συμπεριφορές των παιδιών που φοιτούν στο νηπιαγωγείο, στο δημοτικό και στο γυμνάσιο.

Στην ουσία, το ΕΔΕΠ αποτελεί έναν κατάλογο 110 μορφών συμπεριφοράς του παιδιού. Πριν από κάθε περιγραφή ανεπιθύμητης συμπεριφοράς (ερώτηση) υπάρχουν οι βαθμοί 0, 1 και 2. Ο εξεταζόμενος (μητέρα, πατέρας, δάσκαλος), καλείται να κυκλώσει τον βαθμό 0 εάν το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό δεν αποτελεί πρόβλημα για το παιδί, τον βαθμό 1 εάν αποτελεί πρόβλημα σχετικά μικρό και τον βαθμό 2 εάν το χαρακτηριστικό αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για το παιδί.

Το ΕΔΕΠ αξιολογεί το παιδί ως προς την ενδο-προσωπική και τη δια-προσωπική του προσαρμογή. Η ενδο-προσωπική προσαρμογή, αναφέρεται σε συμπτώματα που παρεμποδίζουν το παιδί να ζει αρμονικά με τον εαυτό του και καλύπτεται από 55 ερωτήσεις. Η δια-προσωπική προσαρμογή αναφέρεται σε συμπτώματα που παρεμποδίζουν το παιδί να ζει αρμονικά με τους άλλους και καλύπτεται από 41 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο διακρίνει τρία σύνδρομα ενδο-προσωπικής προσαρμογής: α) Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός (29 ερωτήσεις-συμπτώματα), β) Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός (14 ερωτήσεις-συμπτώματα) και γ) Ψυχοσωματικές διαταραχές (12 ερωτήσεις-συμπτώματα). Επίσης, διακρίνει και δύο σύνδρομα δια-προσωπικής προσαρμογής: α) Επιθετικότητα (21 ερωτήσεις-συμπτώματα) και β) Παραβατικότητα (20 ερωτήσεις-συμπτώματα).

Το σύνδρομο «Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός», έχει ως κύρια συστατικά στοιχεία μεταξύ άλλων, την εσωτερική ανασφάλεια, την αμηχανία, το γενικευμένο φόβο, την υπερευαισθησία, τις ενοχές, το συναίσθημα μειονεξίας, την εξάρτηση, την υπερβολική συμμόρφωση και τη μελαγχολική διάθεση.

Το σύνδρομο «Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός», έχει μεταξύ άλλων ως κύρια συστατικά στοιχεία, την κοινωνική απόσυρση-απομόνωση, την επιφυλακτικότητα, τη ντροπαλότητα και την αποφυγή αλληλεπίδρασης με τους άλλους.

Το σύνδρομο «Ψυχοσωματικές διαταραχές», αναφέρεται σε σωματικές ενοχλήσεις ψυχολογικής αιτίας. Οι ενοχλήσεις αυτές, μεταξύ άλλων, αφορούν στις λειτουργίες του πεπτικού, του γαστρεντερικού και του αναπνευστικού.

Το σύνδρομο «Επιθετικότητα», έχει μεταξύ άλλων ως κύρια συστατικά στοιχεία, την ανυπακοή, την παρορμητική συμπεριφορά, την εχθρότητα, τον αρνητισμό και την οργή.

Το σύνδρομο «Παραβατικότητα», αφορά μεταξύ άλλων μορφές παραβατικής συμπεριφοράς όπως, η κλοπή, το σκασιαρχείο από το σχολείο ή το σπίτι, τη συμμετοχή σε συμμορίες και την καταστροφή ξένης περιουσίας.

Πέρα από τα 96 συμπτώματα που εντάσσονται στα σύνδρομα της ενδο-προσωπικής και της δια-προσωπικής προσαρμογής, το ΕΔΕΠ εμπεριέχει και 14 επιπλέον συμπτώματα, τα οποία δεν εντάσσονται σε κάποιο συγκεκριμένο από τα πέντε προαναφερθέντα σύνδρομα ή σε κάποιο άλλο διακριτό σύνδρομο. Τα 14 αυτά «αταξινόμητα» συμπτώματα του ΕΔΕΠ, αναφέρονται σε σημαντικά θέματα της συμπεριφοράς του παιδιού, όπως: η υπερκινητικότητα και η διάσπαση προσοχής, η εικόνα του σώματος και η ικανοποίηση του παιδιού από την εμφάνισή του, τα προβλήματα ταυτότητας του ρόλου του φύλου, η έλλειψη συντονισμού κινήσεων κ.ά. Τα συμπτώματα αυτά είναι τελευταία στον κατάλογο. Η αξιολόγηση των εξεταστικών δεδομένων του ΕΔΕΠ μπορεί να γίνει: α) στο επίπεδο των επιμέρους 110 συμπτωμάτων, και β) στο επίπεδο των πέντε συνδρόμων ομοειδών συμπτωμάτων [377].

Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Προγράμματος Εκπαίδευσης από τους Ίδιους τους Γονείς

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει σκοπό να πραγματοποιήσει μια διερεύνηση, πρώτον, της ικανοποίησης των γονέων από το πρόγραμμα γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης στο οποίο συμμετείχαν και δεύτερον, των απόψεων και των προσδοκιών των γονέων για το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης. Αυτό που παρατηρείται, είναι ότι υπάρχει σπανιότητα δημοσιευμένων ποιοτικών μελετών σχετικά με το πώς αξιολογούν οι γονείς τα προγράμματα αυτά.

Η επιλογή των ερωτήσεων αλλά και των τομέων αξιολόγησης, έγινε με βάση τα μέχρι τώρα ερευνητικά στοιχεία ποιοτικών αξιολογήσεων των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων [7, 135,147,149,207,241,243,246-248,380] και με σκοπό να ανταποκρίνονται και στην όλη δομή, θεματολογία και προσδοκίες των γονέων του συγκεκριμένου προγράμματος εκπαίδευσης.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα από τους γονείς, στην τελευταία συνάντηση του προγράμματος εκπαίδευσης. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει αρχικά έντεκα μη αριθμημένα λήμματα, που αφορούν στη συλλογή δημογραφικών στοιχείων, απαραίτητων για την ταυτοποίηση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου με τα υπόλοιπα ειδικά ερωτηματολόγια και με την ταυτότητα του ατόμου που το συμπληρώνει. Ακολουθούν 35 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 28 είναι κλειστές (ερωτήσεις 1-28) και οι υπόλοιπες 7 ανοιχτές (ερωτήσεις 29-35).

Ο εξεταζόμενος γονέας, απαντάει τις ανοιχτές ερωτήσεις καταγράφοντας την προσωπική του άποψη. Στις κλειστές ερωτήσεις, εκφράζει την άποψή του σχετικά με το πόσο ικανοποιημένος είναι ή κατά πόσο πιστεύει ότι βοηθήθηκε, βαθμολογώντας την κάθε ερώτηση με βάση μια κλίμακα πέντε σημείων, όπου: 0 = Καθόλου, 1 = Λίγο, 2 = Μέτρια, 3 = Πολύ και 4 = Πάρα πολύ.

Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του προγράμματος εκπαίδευσης από τους ίδιους τους γονείς αξιολογεί το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι γονείς ή το πόσο πιστεύουν ότι βοηθήθηκαν σε πέντε βασικούς τομείς: α) τις γνώσεις και δεξιότητες που απέκτησαν (ερωτήσεις 1-9, 28), β) τα οφέλη μέσα από την επαφή τους με τα άλλα μέλη της ομάδας (ερωτήσεις 10-13), γ) το υλικό που χρησιμοποιήθηκε (ερωτήσεις 15-18, 23), δ) το συντονισμό των συναντήσεων (ερωτήσεις 14, 21, 24-26) και ε) τη δομή και τη θεματολογία του προγράμματος (ερωτήσεις 19, 20, 22, 27). Στις ερωτήσεις 29-35 γίνεται διερεύνηση των προσδοκιών των γονέων και οι γονείς καταγράφουν την άποψή τους σχετικά με: α) τι τους άρεσε περισσότερο (ερώτηση 29), β) τι δεν τους άρεσε (ερώτηση 30), γ) τι θα τους είναι περισσότερο χρήσιμο (ερώτηση 31), δ) τι δεν θα τους χρησιμεύσει ιδιαίτερα (ερώτηση 32), ε) τι ήταν ή θα είναι δύσκολο στην εφαρμογή (ερώτηση 33), στ) τι χρειάζεται να αλλάξει στο πρόγραμμα (ερώτηση 34) και ζ) αν υπάρχει κάποιο γενικό θετικό ή αρνητικό σχόλιο σχετικά με το πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης

Μέσα από τη μακρόχρονη επαφή με τους γονείς που συμμετέχουν σε προγράμματα σχολών γονέων, οι ίδιοι οι γονείς οδήγησαν στη δημιουργία και εφαρμογή ενός προγράμματος εκπαίδευσης γονέων, το οποίο να είναι αρκετά απλό στην εφαρμογή του, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των γονέων που το παρακολουθούν, να μπορεί να τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ξεχωριστής ομάδας γονέων και κυρίως να έχει τη μορφή ενός προγράμματος εκπαίδευσης του γονέα, σε θέματα που αφορούν το παιδί του και όχι τη μορφή σειράς διαλέξεων ή συμβουλευτικής, όπως αρκετές φορές συνηθίζεται να συμβαίνει.

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων, το οποίο αφορά στην εφαρμογή γνωστικών και συμπεριφορικών αρχών, με σκοπό την εκπαίδευση των γονέων πάνω σε συγκεκριμένα και επίμαχα θέματα της καθημερινότητας τα οποία απασχολούν τους γονείς με παιδιά νηπιακής και σχολικής ηλικίας [165].

Το πρόγραμμα εφαρμόζεται από το 1997 σε συνεργασία με ιδιωτικούς παιδικούς σταθμούς, φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης, τη Χριστιανική Ένωση Νέων Χαριλάου, το Εργατικό Κέντρο Θεσσαλονίκης, το Επαγγελματικό Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Θεσσαλονίκης και το 92^ο Δημοτικό Σχολείο Θεσσαλονίκης.

Δομή και θεματολογία των συναντήσεων

Το πρόγραμμα σχολής γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης είναι σύντομο σε διάρκεια. Ολοκληρώνεται σε 10 δίωρες συναντήσεις και απευθύνεται σε γονείς με παιδιά ηλικίας 2 έως και 12 ετών. Είναι δομημένο και οι συναντήσεις αφορούν στα παρακάτω θέματα [15]:

1^η συνάντηση: Γνωριμία-Συμβόλαιο-Παρουσίαση θεματολογίας.

2^η συνάντηση: Εισαγωγή στο γνωστικό μοντέλο. Εισαγωγή σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων. Η σχέση μεταξύ σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς. Τι μπορώ να κάνω για να αντιμετωπίσω τα προβλήματα της καθημερινότητας; Τα βήματα στην επίλυση προβλημάτων.

3^η & 4^η συνάντηση: Η αρνητική συμπεριφορά του παιδιού. Τι εννοούμε με τον όρο αρνητική συμπεριφορά. «Προβληματική» και «Φυσιολογική» συμπεριφορά. Πως αρχίζει, πως συνεχίζεται και τρόποι αλλαγής της αρνητικής συμπεριφοράς. Τιμωρία, ενίσχυση, αμοιβή, γενίκευση, απόσβεση και συμπεριφορά.

5^η & 6^η συνάντηση: Συναισθήματα. Η έκφραση των συναισθημάτων. Ενίσχυση αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Άγχος, στενοχώρια, θυμός, ευερεθιστότητα. Πώς εκδηλώνονται; Εκκλητικοί παράγοντες και λειτουργική διαχείρισή τους.

7^η & 8^η συνάντηση: Επικοινωνία. Τρόποι επικοινωνίας. Παθητικότητα και επιθετικότητα. Εμπόδια στην επικοινωνία. Ο χειρισμός των συγκρούσεων. Βασικές δεξιότητες που διευκολύνουν την επικοινωνία. Τρόποι αντιμετώπισης της αρνητικής κριτικής και στάσης των άλλων.

9^η συνάντηση: Τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού. Βρεφική-Νηπιακή-Σχολική-Προεφηβική-Εφηβική ηλικία. Τα χαρακτηριστικά της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού. Η σωματική, βιολογική, γνωστική, κοινωνική, συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.

10^η συνάντηση: Κλείσιμο συναντήσεων. Ανακεφαλαίωση. Αξιολόγηση του προγράμματος.

11^η πρόσθετη συνάντηση: Εκδήλωση αποχαιρετισμού. Μοίρασμα βεβαιώσεων συμμετοχής και συνοδευτικών σημειώσεων.

Χρειάζεται να τονιστεί ότι, όταν ο αριθμός των συμμετεχόντων ξεπερνά τα 12 το πολύ 15 άτομα τότε ο συντονιστής δε θα μπορεί να συντονίσει την ομάδα και οι γονείς δε θα μπορούν να πάρουν τα απαραίτητα οφέλη.

Η ομάδα μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορα σχήματα, αλλά αυτό που προτιμήθηκε ως το πιο λειτουργικό, είναι αυτό του κύκλου. Το κυκλικό σχήμα είναι πολύ πιο ευέλικτο [34].

Επίσης, το υποχρεωτικό της συμμετοχής του κάθε μέλους-γονέα της ομάδας χρειάζεται να θεωρείται αυτονόητο ώστε να επιτυγχάνεται με αυτόν τον τρόπο η καλύτερη λειτουργία της ομάδας, η καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των μελών της, η εξοικείωση του ενός μέλους με τα υπόλοιπα και με τις διαδικασίες που ακολουθεί η ομάδα. Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης αυτό επιτυγχάνεται από την πρώτη συνάντηση με τον ορισμό του συμβολαίου λειτουργίας της ομάδας. Το συμβόλαιο, όπως θα δούμε και παρακάτω, χωρίζεται σε τέσσερα μέρη: α) τη συμφωνία μεταξύ προσδοκιών των γονέων και της προτεινόμενης θεματολογίας από το συντονιστή, β) τον ορισμό των κανόνων λειτουργίας της ομάδας, γ) τον ορισμό των υποχρεώσεων του συντονιστή και δ) τον ορισμό των υποχρεώσεων των μελών της ομάδας.

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων διατηρεί μια συνέχεια στη θεματολογία. Όπως θα δούμε και παρακάτω, το μοίρασμα βοηθητικών φυλλαδίων στο τέλος κάθε συνάντησης, η ανάληψη από τους γονείς εβδομαδιαίας δουλειάς στο σπίτι στο μεσοδιάστημα μεταξύ δύο συναντήσεων, η ανακεφαλαίωση των συμπερασμάτων της προηγούμενης συνάντησης στην αρχή κάθε νέας συνάντησης, καθώς και η συζήτηση της δουλειάς στο σπίτι, βοηθούν αρκετά στη σύνδεση των συναντήσεων μεταξύ τους.

Κάθε συνάντηση διαρκεί περίπου δύο ώρες και σχεδιάστηκε έτσι ώστε στο ενδιάμεσο διάστημα να υπάρχει ένα διάλειμμα δέκα λεπτών, ώστε τα μέλη-γονείς της ομάδας να μπορούν να ξεκουραστούν.

Η πρώτη συνάντηση (γνωριμία και συμβόλαιο), η ένατη συνάντηση (τα χαρακτηριστικά της ανάπτυξης) και η τελευταία συνάντηση (κλείσιμο) είναι βασικές και σταθερές, όσον αφορά τη θέση τους στο πρόγραμμα και τη δομή τους (πλήρως δομημένες).

Κάθε πρόγραμμα χρειάζεται να αξιολογείται, προφορικά και γραπτά, από τα μέλη που το παρακολούθησαν. Η αξιολόγηση του συγκεκριμένου προγράμματος από τους γονείς πραγματοποιήθηκε στο τέλος της τελευταίας συνάντησης (κλείσιμο) και έγινε προφορικά και γραπτά με τη συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης του Προγράμματος από τους Ίδιους τους Γονείς (Παράρτημα 1). Μετά την τελευταία συνάντηση, ακολούθησε μια πρόσθετη συνάντηση-εκδήλωσης αποχαιρετισμού, όπου έγινε και το μοίρασμα των βεβαιώσεων συμμετοχής και των τελικών σημειώσεων. Η εκδήλωση αυτή ενισχύει τη συνέχιση της επαφής μεταξύ των γονέων.

Η συγκεκριμένη θεματολογία και οι τεχνικές που αναφέρονται αμέσως παρακάτω και που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα επιλέχθηκαν για τέσσερις βασικούς λόγους.

Ο πρώτος λόγος είναι ότι, η διερεύνηση των προσδοκιών των γονέων κατά την πρώτη συνάντηση στα πλαίσια της εφαρμογής προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων σε συνεργασία με ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς από το 1995 και έπειτα έφερε στο προσκήνιο έναν κατάλογο από θέματα που οι γονείς ανέφεραν σε κάθε πρόγραμμα. Κατά τη διερεύνηση των προσδοκιών των γονέων για το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης οι γονείς ανέφεραν τις ίδιες προσδοκίες.

Για τη διερεύνηση των προσδοκιών, στα πλαίσια της πρώτης συνάντησης ο συντονιστής της ομάδας παροτρύνει και καθοδηγεί τους συμμετέχοντες να εργαστούν σε μικρότερες ομάδες ώστε να καταγράψουν τις βασικές τους προσδοκίες σε τρεις βασικούς τομείς: α) τι θα ήθελαν να μάθουν από το συγκεκριμένο πρόγραμμα, β) τι θα ήθελαν να μπορούν να κάνουν μετά τη λήξη του προγράμματος, γ) τι θα ήθελαν να αποκτήσουν από την επαφή τους με τους άλλους γονείς στα πλαίσια της ομάδας.

Παρόλο που οι γονείς δουλεύουν σε ξεχωριστές μικρότερες ομάδες, στο τέλος της άσκησης, όταν καταγράφονται οι προσδοκίες τους στον πίνακα, διαπιστώνουμε ότι οι προσδοκίες

τους συμπίπτουν στο μεγαλύτερο μέρος τους. Σε μια μακροχρόνια προσπάθεια της διερεύνησης των προσδοκιών* των γονέων, στα πλαίσια της εφαρμογής 18 προγραμμάτων σχολών γονέων, δημιουργήθηκαν τρεις τελικοί πίνακες προσδοκιών, οι οποίοι παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα 3 στο τέλος της παρούσας μελέτης. Στο Παράρτημα 3, καταγράφονται οι κυριότερες προσδοκίες των γονέων με παιδιά νηπιακής ή/και σχολικής ηλικίας, για τους τρεις τομείς που προαναφέρθηκαν, έτσι όπως ακριβώς τις αναφέρουν οι ίδιοι οι γονείς. Με μια γρήγορη ματιά στις προσδοκίες των γονέων, γίνεται αντιληπτό ότι οι περισσότερες προσδοκίες αφορούν συγκεκριμένα θέματα, όπως: η αρνητική συμπεριφορά, η επικοινωνία, τα συναισθήματα η γνώση και οι σχέσεις. Οι προσδοκίες αυτές ταιριάζουν σε πάρα πολλά σημεία με την παρουσίαση των προσδοκιών της έρευνας των Grimshaw και McGuire [149].

Ο δεύτερος λόγος που επιλέχθηκε η συγκεκριμένη θεματολογία και τεχνικές είναι διότι, θέματα όπως τα χαρακτηριστικά της ανάπτυξης του παιδιού, η επικοινωνία, η αυτοεκτίμηση, τα προβλήματα συμπεριφοράς και τα συναισθήματα αποτελούν αντικείμενο συζήτησης σε πολλά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα [36,38,138]. Όπως άλλωστε έχει αναφερθεί, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων σχεδιάζονται και δομούνται έτσι ώστε να βοηθήσουν τους γονείς να βελτιώσουν την επικοινωνία με τα παιδιά τους μέσω της εκπαίδευσής τους, σε: α) μη βίαιους τρόπους αντιμετώπισης της αρνητικής συμπεριφοράς των παιδιών τους, β) τεχνικές προαγωγής των κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων και γ) τεχνικές επίλυσης προβλήματος [57,264]. Για το λόγο αυτό, όπως γίνεται σε πολλά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων διεθνώς [227,381-383], η θεματολογία του παρόντος προγράμματος εκπαίδευσης εμπλουτίστηκε με θέματα που εισάγουν τους γονείς στη γνώση και εκπαίδευση, σε κοινωνικές δεξιότητες, σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και στη θεωρία της συμπεριφορικής προσέγγισης και στην εξάσκησή τους σε συμπεριφορικές τεχνικές, όπως η χρήση του time-out, η ενίσχυση της επιθυμητής συμπεριφοράς, η αδιαφορία στην αρνητική συμπεριφορά, η μίμηση προτύπου και άλλες.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η έρευνα διεθνώς αναφέρει πως ο τρόπος διαπαιδαγώγησης που εφαρμόζουν οι γονείς, η ψυχοπαθολογία των γονέων και ειδικότερα η κατάθλιψη της μητέρας [227,384], η αρνητική συμπεριφορά των γονέων [385], η ποιότητα της σχέσης των γονέων μεταξύ τους [386], το άγχος των γονέων [114] και τα ελλείμματα στις δεξιότητες των γονέων [382] αποτελούν βασικό παράγοντα για την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων (κατάθλιψη, άγχος, προβλήματα συμπεριφοράς) και γενικότερα προβλημάτων στην

* Η συλλογή των προσδοκιών των γονέων έγινε κατά το χρονικό διάστημα, μεταξύ Μαΐος 1998 και Ιανουάριος 2005, από δύο συντονιστές σε 18 ομάδες γονέων, όπου συμμετείχαν περίπου 180 γονείς, οι οποίοι κατέγραφαν σε μία κόλλα χαρτί τι θα ήθελαν να αποκτήσουν από το πρόγραμμα εκπαίδευσης, δουλεύοντας σε ομάδες των 3 ή 4 ατόμων, ως άσκηση στο πλαίσιο της πρώτης συνάντησης του κάθε προγράμματος. Για το λόγο αυτό είναι αδύνατη η παρουσίαση των προσδοκιών με παράλληλη παρουσίαση των αριθμών των υποκειμένων και τα ποσοστά απάντησης για κάθε προσδοκία χωριστά.

ανάπτυξη των παιδιών. Ο τρίτος επομένως βασικός λόγος που επιλέχθηκε η συγκεκριμένη δομή-θεματολογία και τεχνικές είναι ακριβώς για να στοχεύσει το συγκεκριμένο πρόγραμμα στη μείωση και πρόληψη τέτοιων παραγόντων.

Τέλος, ο τέταρτος λόγος αφορά στο ότι τα αποτελέσματα πολλών ανασκοπήσεων της βιβλιογραφίας όπως και μετα-αναλύσεων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων, αναφέρουν πως τα προγράμματα που φαίνεται ότι βοηθούν περισσότερο στην πρόληψη και αντιμετώπισης παραγόντων όπως οι παραπάνω, είναι τα προγράμματα εκπαίδευσης που εμπεριέχουν στη δομή τους τεχνικές και θέματα συμπεριφορικής ή/και γνωστικής προσέγγισης [96,201,241,261,264,387].

Τεχνικές γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης που χρησιμοποιούνται στο πρόγραμμα

Η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται στη σχέση μεταξύ: α) Σκέψεων-τι ακριβώς σκεπτόμαστε, β) Συναισθημάτων-τι ακριβώς νοιώθουμε και γ) Συμπεριφοράς- τι ακριβώς κάνουμε [388].

Το σύντομο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης βασίζεται στις αρχές και τις τεχνικές της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας και θεωρίας, οι οποίες προσαρμόζονται στο πρόγραμμα και αποκτούν εκπαιδευτικό χαρακτήρα [389,390].

Για το σχεδιασμό του προγράμματος χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω βασικές αρχές: α) το πρόγραμμα της παρούσας μελέτης δανείζεται ελάχιστα στοιχεία και από θεωρίες και τεχνικές συστημικής και αναλυτικής προσέγγισης όμως, στο μεγαλύτερο του μέρος, ακολουθεί τις αρχές και θεωρίες της γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης και είναι προσανατολισμένο εκπαιδευτικά, β) οι συμμετέχοντες, ολοκληρώνουν μια δομημένη ομαδική διαδικασία, μέσα από την οποία αποκτούν και μαθαίνουν, συστηματικά και προοδευτικά, δεξιότητες τις οποίες εφαρμόζουν στην αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων με τα παιδιά τους, γ) υπάρχει ένας συνδυασμός εξάσκησης και εκπαίδευσης στα πλαίσια μιας γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης. Οι γονείς εξασκούν και μαθαίνουν τις δεξιότητες στις συναντήσεις και ταυτόχρονα, κάνουν εξάσκηση στο σπίτι στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα μεταξύ των συναντήσεων, δ) οι συμμετέχοντες, εκπαιδεύονται στο να μάθουν να αντιμετωπίζουν από μόνοι τους τα καθημερινά προσωπικά προβλήματα και τα προβλήματα σε σχέση με τα παιδιά τους, ε) η απόκτηση περίπλοκων γνώσεων και δεξιοτήτων παρουσιάζεται στους γονείς με απλό τρόπο και καταμερίζεται σε περισσότερες από μία συναντήσεις.

Παρακάτω εν συντομία αναφέρονται μερικές από τις βασικές αρχές και τεχνικές, κυρίως γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, που χρησιμοποιούνται στο πρόγραμμα, καθώς και η αντίστοιχη βιβλιογραφία πάνω στην οποία βασίστηκε η επιλογή των τεχνικών αυτών.

Ο Σωκρατικός διάλογος

Ίσως, η πιο βασική, όπως επίσης και πιο δύσκολη γνωστική τεχνική, είναι η σωκρατική μέθοδος των ερωτήσεων [391].

Ο συντονιστής της ομάδας δε δίνει συμβουλές και δεν κάνει μεγάλες εισηγήσεις. Χρησιμοποιεί ερωτήσεις ώστε να οδηγήσει τους γονείς να σκεφτούν ρεαλιστικά και να βρουν λύσεις στους προβληματισμούς τους [392]. Οι ερωτήσεις αυτές είναι: ερωτήσεις για την απόσπαση πληροφοριών και λεπτομερειών, ερωτήσεις μετασχηματισμού ή αποκρυπτογράφησης πληροφοριών και ιδεών, διερευνητικές ερωτήσεις, ερωτήσεις κινητοποίησης της ήδη υπάρχουσας γνώσης για την επίλυση μιας συγκεκριμένης προβληματικής κατάστασης, ερωτήσεις που βοηθούν το άτομο να επιλύσει ένα πρόβλημα αναλύοντάς το στα επιμέρους συστατικά του, ερωτήσεις σύνθεσης που ενθαρρύνουν την παραγωγή εναλλακτικών λύσεων και τη χρήση της επαγωγικής σκέψης και ερωτήσεις αξιολόγησης [393,394].

Το παιχνίδι ρόλων

Είναι μια τεχνική η οποία επιτρέπει στον εκπαιδευόμενο γονέα να εφαρμόσει τις τεχνικές που διδάχθηκε [395]. Τα παιχνίδια ρόλων αφορούν στο παίξιμο ρόλων της καθημερινότητας και βοηθούν στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων τρόπων ανάληψης κάποιου συγκεκριμένου ρόλου. Για το λόγο αυτό, η παιδαγωγική εκπαιδευτική τους χρήση είναι πολύ μεγάλη, π.χ. σε εκπαίδευση ανέργων, γονέων, ψυχικά πασχόντων, κοινωνικών δεξιοτήτων κλπ. [396].

Το παίξιμο ρόλων είναι μια τεχνική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από το γνωστικό θεραπευτή για πολλούς σκοπούς στα πλαίσια της γνωστικής ψυχοθεραπείας, περιλαμβανομένου του παιξίματος ρόλων για την αποκάλυψη των αυτόματων σκέψεων, για την ανάπτυξη μιας ορθολογικής απάντησης, για την τροποποίηση ενδιάμεσων και πυρηνικών πεποιθήσεων, για την εκμάθηση και εφαρμογή κοινωνικών δεξιοτήτων.

Για πολλά άτομα, οι «λογικές» ή «διανοητικές» τεχνικές, όπως η Σωκρατική μέθοδος, είναι ικανές να βοηθήσουν στην τροποποίηση αρνητικών σκέψεων και ενδιάμεσων ή πυρηνικών πεποιθήσεων. Για κάποια άλλα άτομα όμως, είναι πιο ενδεδειγμένες οι ειδικές «συναισθηματικές» ή βιωματικές τεχνικές, κατά τις οποίες εκλύεται μια πιο έντονη συναισθηματική απάντηση. Μια τέτοια τεχνική περιλαμβάνει το παίξιμο ρόλων [397], που για τους παραπάνω λόγους, προσαρμόστηκε στο πρόγραμμα έχοντας έναν εκπαιδευτικό χαρακτήρα, ώστε να βοηθήσει τους γονείς να χρησιμοποιούν αυτά που μαθαίνουν [41].

Η εργασία σε μικρές ομάδες σε διάταξη κύκλου

Αρκετές φορές, ο συντονιστής της ομάδας, προκειμένου οι γονείς να κατανοήσουν καλύτερα ένα θέμα, τους παροτρύνει να δουλέψουν σε μικρότερες ομάδες [34]. Η τεχνική αυτή ενισχύει την επικοινωνία μεταξύ των γονέων καθώς και την καλύτερη γνωριμία μεταξύ τους, μιας

και όταν οι γονείς αλλάζουν τακτικά ομάδες συνεργάζονται σχεδόν με όλα τα μέλη της ομάδας [396].

Τεχνικές εισαγωγής των γονέων στο πρόγραμμα και στο γνωστικό μοντέλο

Όπως η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, έτσι και το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, έχει ως βασικό στόχο να διευκρινιστεί από την αρχή το πώς ερμηνεύονται τα γεγονότα και οι εμπειρίες και να βοηθήσει τους γονείς να ορίσουν και να αλλάξουν τις διαστρεβλώσεις ή ελλείμματα που συντελούνται κατά τη γνωστική διαδικασία [398,399]. Μέσα από τα παραδείγματα της καθημερινής τους ζωής, οι γονείς διαπιστώνουν και κατανοούν το γνωστικό μοντέλο [397], το οποίο παρουσιάζεται από το συντονιστή της ομάδας με το παρακάτω παράδειγμα του Stallard:

«...οι αρχικές εμπειρίες και η γονεϊκή φροντίδα οδηγούν στην ανάπτυξη αρκετά σταθερών και άκαμπτων τρόπων σκέψης που ονομάζονται πυρηνικές πεποιθήσεις/σχήματα (π.χ. «πρέπει να είμαι επιτυχημένος»). Οι πυρηνικές πεποιθήσεις ενεργοποιούνται από σημαντικά γεγονότα (π.χ. η συμμετοχή ενός ατόμου σε εξετάσεις), και αυτό οδηγεί σε έναν αριθμό υποθέσεων (π.χ. θα πάρω έναν καλό βαθμό μόνο αν διαβάζω όλη την ημέρα). Αυτές οι υποθέσεις με τη σειρά τους αυξάνουν τον αριθμό των αυτόματων αρνητικών σκέψεων, οι οποίες σχετίζονται με το ίδιο το άτομο (π.χ. «πρέπει να είμαι ηλίθιος»), τις επιδόσεις του (π.χ. «δε δουλεύω αρκετά σκληρά») και το μέλλον (π.χ. «δε θα περάσω ποτέ τις εξετάσεις και δε θα μπορέσω ποτέ να περάσω στο πανεπιστήμιο»). Με τη σειρά τους, αυτές οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις επηρεάζουν τις συναισθηματικές αλλαγές (π.χ. άγχος, θλίψη), τις αλλαγές στη συμπεριφορά (π.χ. απόσυρση, αδιάκοπη εργασία) και τις σωματικές αλλαγές (π.χ. ανορεξία, δυσκολίες στον ύπνο) [388]».

Προκειμένου να κατανοήσουν οι γονείς το γνωστικό μοντέλο, ο συντονιστής χρησιμοποιεί και την τεχνική της CLIMATE. (Collaborative Interviewing in Mathematical Analogy Technique). Η CLIMATE αποτελεί έναν αυστηρά δομημένο σωκρατικό διάλογο βασισμένο σε ένα μαθηματικό παράδειγμα. Κατά την εφαρμογή της, οι γονείς της ομάδας οδηγούνται μέσω σωκρατικών ερωτήσεων από το συντονιστή, να σκεφτούν και να αναφέρουν από μόνοι τους το γνωστικό μοντέλο και το τι χρειάζεται να κάνουν ώστε να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της καθημερινότητας τα οποία τους απασχολούν. Επίσης, διαπιστώνουν από μόνοι τους το βασικό ρόλο που παίζει για τον παραπάνω σκοπό ο τρόπος με τον οποίο σκέφτονται και ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρονται [400].

Τα βοηθητικά φυλλάδια και οι σημειώσεις κάθε συνάντησης

Η θεματολογία είναι αρκετά μεγάλη και η εναλλαγή από το ένα θέμα στο άλλο μερικές φορές γρήγορη. Υπάρχουν επομένως πιθανότητες οι γονείς να ξεχάσουν αυτά που μαθαίνουν κατά το χρονικό μεσοδιάστημα των συναντήσεων. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, ο

συντονιστής μπορεί στο τέλος κάθε συνάντησης να μοιράζει στους γονείς βοηθητικά συνοδευτικά φυλλάδια υπενθύμισης των όσων ειπώθηκαν έτσι ώστε, ο κάθε γονέας να μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανατρέχει σε αυτά και να μη ξεχνά τα βασικά και χρήσιμα για αυτόν συμπεράσματα και τεχνικές [397].

Σημειώσεις*, δίνονται στους γονείς και στο τέλος του προγράμματος οι οποίες έχουν την μορφή ενός εγχειριδίου στο οποίο καταγράφονται τα βασικά σημεία όλων όσων συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια του προγράμματος [401].

Η περίληψη στο τέλος κάθε συνάντησης και καθορισμός της δουλειάς στο σπίτι

Ο συντονιστής, καθ' όλη τη διάρκεια της κάθε συνάντησης, ανά τακτά διαστήματα, κάνει μικρές περιλήψεις των συμπερασμάτων. Με τον ίδιο τρόπο, στο τέλος κάθε συνάντησης, κάνει μια τελική περίληψη ώστε να συνδέσει τα θέματα της συνάντησης μεταξύ τους και να ενισχύσει τα σημαντικά σημεία. Στις αρχικές συναντήσεις συνοψίζει ο συντονιστής, ενώ καθώς οι συναντήσεις προχωρούν ενισχύει τους γονείς να συνοψίσουν οι ίδιοι. Παράλληλα, οι γονείς με τη συμμετοχή του συντονιστή, ορίζουν τη δουλειά για το σπίτι μέχρι την επόμενη συνάντηση. Αν οι γονείς δεν μπορούν να ορίσουν τη δουλειά για το σπίτι προτείνει ο συντονιστής, έχοντας υπόψη του ότι χρειάζεται να φροντίσει να μην βαραίνει αρκετά τους γονείς. Στην αρχή κάθε συνάντησης, ο συντονιστής συζητά μαζί με τους γονείς τα αποτελέσματα της δουλειάς στο σπίτι [41,397,402].

Ως δουλειά για το σπίτι, χρησιμοποιούνται και συγκεκριμένες ασκήσεις και ερωτηματολόγια[†], όπως: το Ερωτηματολόγιο Ανατροφοδότησης της 3^{ης} και 4^{ης} Συνάντησης, το Ερωτηματολόγιο Ανατροφοδότησης 5^{ης} και 6^{ης} Συνάντησης, το Κρυπτόλεξο Ανατροφοδότησης της 7^{ης} και 8^{ης} Συνάντησης και το Σταυρόλεξο της Επανάληψης.

Η τεχνική της επανατροφοδότησης

Το τελευταίο στοιχείο κάθε συνάντησης, άλλα και το αρχικό κάθε νέας συνάντησης είναι η επανατροφοδότηση. Έτσι, οι γονείς έχουν την ευκαιρία να εκφραστούν και ο συντονιστής να διευκρινίσει οποιοσδήποτε παρερμηνείες. Οι γονείς με αυτόν τον τρόπο αναφέρουν δυσκολίες, τι χρειάζεται να θυμούνται και τι προβλήματα είχαν κατά τη διάρκεια της συνάντησης [397].

Τεχνικές αυτοελέγχου και διαχείρισης της διάθεσης

Στα πλαίσια του προγράμματος εκπαίδευσης οι γονείς μαθαίνουν τεχνικές αυτοελέγχου [403-405] και κάνουν μια εισαγωγική εκπαίδευση στη διαχείριση του άγχους και γενικότερα της

* Τόσο οι ενδιάμεσες, όσο και οι τελικές σημειώσεις, βρίσκονται στην κατοχή του συγγραφέα της παρούσας μελέτης, για κάθε ενδιαφερόμενο.

† Οι συγκεκριμένες ασκήσεις και τα ερωτηματολόγια, βρίσκονται στην κατοχή του συγγραφέα της παρούσας μελέτης, για κάθε ενδιαφερόμενο.

διάθεσης. Ο συντονιστής χρησιμοποιεί τη Σωκρατική μέθοδο, ώστε να διαμορφώσει σε συνεργασία με τους γονείς το φαύλο κύκλο του λειτουργικού και του δυσλειτουργικού άγχους [406].

Η χρήση μεταφορών και παραδειγμάτων βοηθά στην καλύτερη κατανόηση των διαφόρων πληροφοριών που δέχονται οι γονείς στα πλαίσια των συναντήσεων [407-409]. Τα παραδείγματα καθώς και όλες οι πληροφορίες σχετικά με τη συνάντηση για το άγχος, βρίσκονται στο συνοδευτικό φυλλάδιο υπενθύμισης το οποίο μοιράζεται στους γονείς στο τέλος της συνάντησης [410,411].

Ο συντονιστής εισάγει τους γονείς στην κατανόηση των τριών διαστάσεων του άγχους, τη σωματική, τη γνωστική και τη συμπεριφορική [406,412-414]. Οι γονείς, εκπαιδεύονται στην τεχνική της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης και κυρίως στον έλεγχο της αναπνοής. Ο συντονιστής εκπαιδεύει τους γονείς χρησιμοποιώντας σύντομες ασκήσεις των 10 λεπτών [414, 415].

Επίσης, ο συντονιστής συνεργάζεται με τους γονείς στα πλαίσια της συνάντησης, στον εντοπισμό, την καταγραφή και την αντιμετώπιση ή το σταμάτημα των αρνητικών σκέψεων σε καταστάσεις άγχους που οι ίδιοι οι γονείς βιώνουν στην καθημερινή τους ζωή [350,390]. Τα παραπάνω, μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο της δουλειάς στο σπίτι.

Επίσης, οι γονείς εκπαιδεύονται στη λειτουργική διαχείριση του θυμού και της αρνητικής κριτικής [350]. Για το σκοπό αυτό, εφαρμόζονται τεχνικές εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων και διεκδικητικής συμπεριφοράς [414,416]. Επίσης, με το παίξιμο ρόλων οι γονείς μαθαίνουν, όταν δέχονται κριτική, να εφαρμόζουν τα τέσσερα βήματα της τεχνικής του «αφοπλισμού». Μαθαίνουν δηλαδή, να ακούνε, να διευκρινίζουν, εν μέρει να συμφωνούν και να λένε την άποψή τους [350].

Το χιούμορ, οι μεταφορές, τα ανέκδοτα, οι αναλογίες και οι ιστορίες

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η χρήση μεταφορών και παραδειγμάτων βοηθά στην καλύτερη κατανόηση, στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης και σχέσης, στην αύξηση της προσοχής, στη μείωση της αντίστασης [408,409] στη μεταβίβαση της γνώσης [407] και στο πλησίασμα του γονέα από το συντονιστή [417].

Μία μεταφορά που χρησιμοποιείται από την έναρξη του προγράμματος, είναι αυτή της εξάσκησης στο γυμναστήριο, για να τονίσει και να ενισχύσει την προσέλευση και συνέχιση των γονέων στο πρόγραμμα [390].

Επιπροσθέτως, για την ένταξη των γονέων στην επίλυση προβλημάτων χρησιμοποιείται η μαθηματική αναλογία της CLIMATE [400,418-420] για την παρουσίαση του γνωστικού μοντέλου χρησιμοποιείται το ανέκδοτο με το «γρύλο», για την παρουσίαση θεωριών της μάθησης χρησιμοποιούνται χιουμοριστικές ιστορίες και για τις τεχνικές αντιμετώπισης της αρνητικής

συμπεριφοράς καθώς και για τα τελικά συμπεράσματα του προγράμματος χρησιμοποιούνται χιουμοριστικές εικόνες*.

Η «βιβλιοθεραπεία»

Η «Βιβλιοθεραπεία», θα λέγαμε ότι αποτελεί μια ευρύτερη μορφή συνοδευτικών γνώσεων, όπως ακριβώς και τα συνοδευτικά βοηθητικά φυλλάδια υπενθύμισης. Ο συντονιστής, προκειμένου οι γονείς να έχουν τη δυνατότητα να μπορούν να ανατρέξουν σε άλλες βοηθητικές πηγές και να ενημερωθούν περισσότερο για διάφορα θέματα που τους αφορούν, προτείνει στους γονείς ορισμένα χρήσιμα βιβλία. Έτσι, οι γονείς έχουν τη δυνατότητα να ανατρέξουν και να διαβάσουν βιβλία όπως: για τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού, το βιβλίο του Martin Herbert με τίτλο «η κακή συμπεριφορά του παιδιού» [421] ή για τις συγκρούσεις, το βιβλίο του ίδιου συγγραφέα με τίτλο «οι καβγάδες των παιδιών» ή για τα προβλήματα διάθεσης [422], το βιβλίο του David D. Burns με τίτλο «αισθανθείτε καλά» [350], το βιβλίο της Helen Kenerley με τίτλο «ξεπερνώντας το άγχος» [412], το βιβλίο των Derrick Silove & Vijaya Manicavasagar με τίτλο «ξεπερνώντας τον πανικό» [413], το βιβλίο του Paul Gilbert με τίτλο «ξεπερνώντας την κατάθλιψη» [423] και άλλα.

Τεχνικές αναγνώρισης, κατηγοριοποίησης και αμφισβήτησης των αυτόματων διαστρεβλωμένων σκέψεων

Οι γονείς μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τις δύσκολες καθημερινές καταστάσεις καθώς και τα συναισθήματα και τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις που συνδέονται με αυτά. Επίσης, εξασκούνται και μαθαίνουν να σκέφτονται περισσότερο ρεαλιστικά. Για το λόγο αυτό, ενθαρρύνονται στην καθημερινή καταγραφή και αξιολόγηση των αρνητικών συναισθημάτων και σκέψεων και της έντασής τους, μέσω της συμπλήρωσης του ημερολογίου καταγραφής δυσλειτουργικών σκέψεων [350,388,397,424,425].

Τεχνικές επίλυσης προβλημάτων

Όπως αναφέρθηκε, ο συντονιστής της ομάδας χρησιμοποιώντας αρχικά την CLIMATE [400], εντάσσει την ομάδα στο γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο οδηγώντας τους γονείς μέσα από Σωκρατικές ερωτήσεις να ανακαλύψουν από μόνοι τους τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων της καθημερινότητας. Έπειτα, αναλύονται τα επτά βήματα στη λύση προβλημάτων και γράφονται στον πίνακα [414,426]. Στα πλαίσια της συνάντησης, οι γονείς που αποτελούν τα μέλη της ομάδας, προσπαθούν με βάση τα βήματα αυτά να σχεδιάσουν έναν τρόπο επίλυσης ορισμένων καθημερινών προβλημάτων που θέτουν οι ίδιοι στα πλαίσια της ομάδας. Το ίδιο κάνουν και ως εργασία στο σπίτι.

* Όλες οι μεταφορές, τα ανέκδοτα, οι αναλογίες, οι εικόνες και οι ιστορίες που χρησιμοποιούνται στο πρόγραμμα εκπαίδευσης γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, βρίσκονται στην κατοχή του συγγραφέα της παρούσας μελέτης, για κάθε ενδιαφερόμενο.

Τεχνικές ανάλυσης και τροποποίησης της αρνητικής συμπεριφοράς του παιδιού

Γίνεται εισαγωγή στις θεωρίες μάθησης και στις έννοιες της συμπεριφορικής προσέγγισης [422,427-435] και πιο συγκεκριμένα στη θεωρία της κλασικής εξαρτημένης μάθησης [436,437], στη θεωρία της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης [438], στη θεωρία της μάθησης μέσω της μίμησης προτύπου [223,439]. Επίσης, οι γονείς μαθαίνουν να παρατηρούν και να αξιολογούν τη συμπεριφορά του παιδιού συμπληρώνοντας το ημερολόγιο καταγραφής της αρνητικής συμπεριφοράς του παιδιού [421,440] και εκπαιδεύονται σε τρόπους ενίσχυσης της θετικής συμπεριφοράς και μη ενίσχυσης της αρνητικής συμπεριφοράς [219] όπως η ενίσχυση με κουπόνια [441].

Το σύνολο των παραπάνω τεχνικών είναι το βασικό μέρος της εκπαιδευτικής μεθόδου που ακολουθεί το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης.

Θα λέγαμε ότι ο εκπαιδευτής εφαρμόζει κατά ένα μεγάλο μέρος τις τρεις βασικές εκπαιδευτικές μεθόδους των προγραμμάτων εκπαίδευσης ενηλίκων. Σύμφωνα με τον Courau οι τρεις βασικές αυτές μέθοδοι είναι: α) η μέθοδος της επίδειξης, κατά την οποία ο εκπαιδευτής επιδεικνύει και οι εκπαιδευόμενοι ακούν, β) η μέθοδος της ανακάλυψης ή διερεύνησης, κατά την οποία όλες οι γνώσεις έρχονται στην επιφάνεια και οι εκπαιδευόμενοι ανακαλύπτουν τι ξέρουν και τι δεν ξέρουν να κάνουν και γ) η μέθοδος της εφαρμογής, όπου οι εκπαιδευόμενοι εφαρμόζουν στην πράξη τις γνώσεις που είτε ανακάλυψαν είτε απέκτησαν [395].

Ο ρόλος του συντονιστή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης

Ένας συντονιστής είναι αρκετός και μπορεί να συντονίσει τη λειτουργία μιας ομάδας 10 έως και 12 γονέων. Σε περίπτωση που ένα πρόγραμμα χρειάζεται δύο συντονιστές, είναι προτιμότερο οι συντονιστές να είναι διαφορετικού φύλλου ώστε να διευκολύνεται η μάθηση μέσω μίμησης προτύπου [41].

Προκειμένου ο συντονιστής να μπορέσει να εφαρμόσει το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, είναι απαραίτητο να διαθέτει δεξιότητες οι οποίες καθορίζουν το ρόλο του.

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή της παρούσας μελέτης, ο ρόλος του εκπαιδευτή-συντονιστή είναι οργανωτικός όσον αφορά το πρόγραμμα εκπαίδευσης και συντονιστικός, καθοδηγητικός και εκπαιδευτικός σε σχέση με τη λειτουργία της ομάδας γονέων [33,35]. Ο συντονιστής είναι αυτός που θα προσπαθήσει να δημιουργηθεί στην ομάδα ένα κλίμα ασφάλειας και αυτός που βοηθάει την ελευθερία της έκφρασης του κάθε γονέα. Ο συντονιστής, αποδέχεται την αυθεντικότητα και διαφορετικότητα του κάθε γονέα, αποδέχεται την ομάδα, ακολουθεί το δικό

της ρυθμό στις αλλαγές, ακούει και κατανοεί τους συμμετέχοντες χωρίς να ερμηνεύει [36]. Συγκεκριμένα, αναγνωρίζει τις ικανότητες των γονέων και τους αποδέχεται ως «ειδικούς» σε σχέση με τα παιδιά τους [41].

Ειδικότερα, ο συντονιστής εκτός των απαραίτητων γνώσεών του και της πανεπιστημιακής εκπαίδευσής του, χρειάζεται να μπορεί να παρουσιάζει στα μέλη της ομάδας τα συμπεράσματα της κάθε συνάντησης και να έχει ανεπτυγμένες δεξιότητες παρουσίασης σε κοινό. Ο δεύτερος σημαντικός ρόλος του συντονιστή είναι ο καθοδηγητικός. Χρειάζεται, επομένως, να μπορεί να είναι σε θέση να καθοδηγεί τα άτομα στις ασκήσεις κατά τη διάρκεια της συνάντησης, καθώς επίσης και να παροτρύνει τους συμμετέχοντες να δίνουν έμφαση στην εργασία στο σπίτι. Επίσης, να μπορεί να ανατρέχει στην αρχή της κάθε συνάντησης, στο τι συνέβη κατά την άσκηση στο σπίτι και να συνεργάζεται σε αυτό το θέμα με την ομάδα ώστε να βγουν τα απαραίτητα συμπεράσματα. Όπως στη γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία ο θεραπευτής είναι ενεργητικός, το ίδιο συμβαίνει και με τον συντονιστή στα πλαίσια της ομάδας γονέων. Ανά πάσα στιγμή, χρειάζεται να μπορεί να εξηγεί στους γονείς ή να δείχνει μια άσκηση, να βοηθά τους συμμετέχοντες να πραγματοποιήσουν την άσκηση, να περιφέρεται ανάμεσα στα μέλη της ομάδας και να τα βοηθάει, να μπορεί να χρησιμοποιεί τις αρχές της συμπεριφορικής εκπαίδευσης. Παράλληλα, πολύ σημαντικό είναι ο συντονιστής να γνωρίζει και να εφαρμόζει τις αρχές της γνωστικής συμπεριφορικής θεωρίας και θεραπείας και να μπορεί να χρησιμοποιεί με ευχέρεια τις τεχνικές αυτές (π.χ. σοκρατική μέθοδος). Επίσης, ο συντονιστής χρειάζεται να νιώθει άνετα στο πλαίσιο μιας ομάδα και να βοηθά και τα μέλη της ομάδας να νιώθουν με τη σειρά τους άνετα. Όταν ο συντονιστής συμβουλεύει, δίνει εύκολες και αυθαίρετες λύσεις-απαντήσεις στους προβληματισμούς των γονιών, θεωρεί τον εαυτό του «ειδικό επιστήμονα» και νοιώθει ξεχωριστός ή ανώτερος από τα μέλη της ομάδας και όταν δεν λαμβάνει υπόψη την προσωπικότητα του κάθε ατόμου ως ξεχωριστή και προσπαθεί να αλλάξει το κάθε μέλος της ομάδας ή περνά δικές του ανησυχίες ή αρνητικά στοιχεία της προσωπικότητάς του στα μέλη της ομάδας ή χάνει τον έλεγχο και νευριάζει, τότε η ομάδα δε θα μπορεί να λειτουργήσει με βάση το βασικό σκοπό του προγράμματος. Αντιθέτως, τα μέλη της θα νοιώθουν άβολα και αμήχανα. Επίσης, ο συντονιστής χρειάζεται να γνωρίζει τον τομέα της εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων και να έχει και ο ίδιος ανεπτυγμένα στο ρεπερτόριό του βασικά στοιχεία κοινωνικών δεξιοτήτων. Επομένως, χρειάζεται να είναι ικανός χρήστης του λόγου, να μπορεί να σιωπά και να ακούει τους άλλους, να νοιώθει άνετος και ήρεμος να εκφραστεί λεκτικά και μη λεκτικά στα πλαίσια της ομάδας και να επικοινωνεί τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά [15].

Συνοψίζοντας, ο συντονιστής χρειάζεται να έχει ανεπτυγμένες σημαντικές κλινικές δεξιότητες (να μπορεί να αντιληφθεί πιθανά προβλήματα ψυχοπαθολογίας), δεξιότητες παρουσίασης θεμάτων (να μπορεί να παρουσιάσει ένα θέμα στην ομάδα και να επικοινωνεί με αυθεντικό τρόπο με τα μέλη της ομάδας), κοινωνικές δεξιότητες (να μπορεί να ακούσει, να έχει

οπτική επαφή, να μπορεί να κινηθεί στο χώρο κ.λ.π.), δεξιότητες συντονισμού ομάδας (ώστε να μην εγκαταλείψουν τα άτομα την ομάδα ή να μην δημιουργηθούν συγκρούσεις και προβλήματα στα πλαίσια της ομάδας), εκπαιδευτικές δεξιότητες (να μπορεί να χρησιμοποιεί τις αρχές του ελέγχου και της διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, ενισχύοντας τους γονείς στο να ολοκληρώσουν τα καθήκοντά τους στα πλαίσια της ομάδας). Στην περίπτωση που ο συντονιστής του προγράμματος σχολών γονέων είναι ταυτόχρονα ειδικευμένος και στην ψυχοθεραπεία και εργάζεται για αυτό το λόγο στο προσωπικό του γραφείο ή ιατρείο, χρειάζεται να γνωρίζει ότι συμμετέχει στο πρόγραμμα με βασικό στόχο την ανταπόκρισή του στις προσδοκίες που έχει το πρόγραμμα από αυτόν και ταυτόχρονα στις προσδοκίες που έχουν οι γονείς από το πρόγραμμα. Όταν ο συντονιστής αναλαμβάνει μια ομάδα γονέων για προσωπικά οφέλη διαφήμισης της δουλειάς του και στοχεύει στην κάλυψη δικών του ναρκισσιστικών φιλοδοξιών ή όταν δεν αμείβεται με βάση αυτό που του αναλογεί ή όταν δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες που αναφέρονται σε αυτήν την παράγραφο, τότε δε λειτουργεί υπεύθυνα και επιστημονικά και τα αποτελέσματα του προγράμματος δε θα ανταποκρίνονται στο βασικό στόχο του [15]. Πολλά από τα παραπάνω χαρακτηριστικά, όπως οι κοινωνικές δεξιότητες ή οι δεξιότητες συντονισμού αποτελούν και γνωρίσματα του συντονιστή των προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας [27] και του συντονιστή των προγραμμάτων εκπαίδευσης ενηλίκων [34,395,442], τομείς τους οποίους χρειάζεται να γνωρίζει και ο συντονιστής του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης.

Η γνωστοποίηση και τα βασικά εκπαιδευτικά μέσα διεξαγωγής του προγράμματος

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων πραγματοποιήθηκε στους χώρους του 92^{ου} δημοτικού σχολείου της ανατολικής Θεσσαλονίκης και του ιδιωτικού βρεφονηπιακού σταθμού «Μαγεμένο Δάσος». Προκειμένου να γίνει γνωστό το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης στους γονείς των παιδιών του σχολείου και του παιδικού σταθμού πραγματοποιήθηκαν οι παρακάτω ενέργειες*: α) συνάντηση με το διευθυντή και το προεδρείο του συλλόγου γονέων και κηδεμόνων του σχολείου, για κατάθεση προφορικής και γραπτής πρότασης (Παράρτημα 2), β) συνάντηση με τους γονείς του σχολείου, έπειτα από κάλεσμα της διεύθυνσης και του συλλόγου γονέων και κηδεμόνων, με σκοπό την ενημέρωσή τους για το πρόγραμμα, υπό μορφή διάλεξης για τα προγράμματα σχολών γονέων γ) διερεύνηση, στα πλαίσια της συνάντησης όπου πραγματοποιήθηκε η διάλεξη, του ενδιαφέροντος των γονέων για συμμετοχή στο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης (φυλλάδιο εκδήλωσης

* Οι ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια της σχολικής κοινότητας του 92^{ου} δημοτικού σχολείου και του ιδιωτικού παιδικού σταθμού ήταν ακριβώς ίδιες. Έτσι για λόγους συντομίας, στα πλαίσια της παρούσας μελέτης θα γίνεται αναφορά μόνο στο πρόγραμμα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του σχολείου.

ενδιαφέροντος συμμετοχής στο πρόγραμμα, Παράρτημα 2), καθώς και ενημέρωσή των γονέων για τη διεξαγωγή έρευνας, δ) τύπωση και μοίρασμα σε όλους τους γονείς του σχολείου, ενός ενημερωτικού φυλλαδίου σχετικά με το πρόγραμμα (Παράρτημα 2) και ε) ταυτόχρονο μοίρασμα σε όλους τους γονείς του σχολείου και του φυλλαδίου της αίτησης συμμετοχής για το πρόγραμμα (Παράρτημα 2).

Χρειάζεται να σημειωθεί ότι στο ενημερωτικό φυλλάδιο του προγράμματος δίνονται στους γονείς πληροφορίες σχετικά με: α) τις σχολές γονέων γενικά, β) το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, γ) τη θεματολογία του προγράμματος, δ) το χώρο διεξαγωγής του προγράμματος, ε) την ημερομηνία έναρξης και τον αριθμό των συναντήσεων, στ) τη χρονική διάρκεια των συναντήσεων, ζ) τον κλειστό χαρακτήρα των ομάδων (έως και 12 άτομα), η) τη σταθερή χωρίς διακοπές παρακολούθηση των συναντήσεων, θ) το συντονιστή του προγράμματος, ι) τη διάρκεια του προγράμματος, κ) το δωρεάν (χωρίς χρηματική επιβάρυνση) χαρακτήρα του λ) τον εκπαιδευτικό και όχι ψυχοθεραπευτικό ή συμβουλευτικό χαρακτήρα του προγράμματος και μ) τη σημασία της συμμετοχής στην έρευνα, τόσο των γονέων που θα αποφασίσουν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα, όσο και των γονέων που θα αποφασίσουν να μη συμμετέχουν.

Για τον προτελευταίο λόγο, στην αίτηση συμμετοχής οι γονείς εκτός από τα δημογραφικά τους στοιχεία, καλούνται να συμπληρώσουν στην τελευταία ερώτηση τη βασική τους προσδοκία, το λόγο δηλαδή που επιθυμούν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης. Έτσι, ελέγχεται πριν από την έναρξη του προγράμματος σε μεγάλο βαθμό η αμοιβαία συμφωνία μεταξύ των προσδοκιών των γονέων και του στόχου του προγράμματος, που είναι εκπαιδευτικός και μειώνονται πολύ οι πιθανότητες να σταματήσουν πολλοί γονείς στην πρώτη ή δεύτερη συνάντηση της ομάδας, γεγονός που θα απορύθμιζε τη λειτουργία της.

Αναφορικά με τα παραπάνω, χρειάζεται να υπογραμμιστεί ότι αν ο συντονιστής της ομάδας εντοπίσει από το αρχικό αίτημα που διατυπώνεται στην αίτηση συμμετοχής ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα (π.χ. δυσλεξία, αυτισμός κ.λ.π.) που δεν συμβαδίζει με τον εκπαιδευτικό χαρακτήρα του προγράμματος, είτε είναι εκπαιδευμένος στην ψυχοθεραπεία είτε όχι, είναι απαραίτητο να παραπέμψει τους γονείς σε κάποιον ειδικό (ψυχολόγο, ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο, ειδικό παιδαγωγό κ.λ.π.). Με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, χρειάζεται να πράξει και εάν κατά τη διεξαγωγή του προγράμματος και παρόλο που στο αρχικό αίτημα δεν υπήρχε η αναφορά κάποιου συγκεκριμένου προβλήματος, εντοπίσει από κάποιον γονέα να αναφέρεται συχνά σε στοιχεία του παιδιού που χρήζουν ειδικής θεραπείας. Τέτοια στοιχεία είναι: α) απειλητική συμπεριφορά κατά την οποία το παιδί είναι συχνά είτε θύτης είτε θύμα, β) καταστροφική συμπεριφορά, γ) αδυναμία διάκρισης πραγματικού και φανταστικού, μετά την ηλικία των έξι ετών, δ) κατ' επανάληψη ψέματα, ε) έντονη ενασχόληση με τη φωτιά, στ) εκδήλωση βίας σε ζώα, ζ) απόσυρση, η) ντροπή,

κατάθλιψη ή θυμός μεγάλης διάρκειας και θ) γενική συμπεριφορά η οποία ξεφεύγει από τη συνήθη συμπεριφορά των παιδιών [41].

Προκειμένου να διευκολυνθεί η διεξαγωγή του προγράμματος, εξασφαλίστηκαν εκπαιδευτικά μέσα και υλικό, όπως: α) ένας λειτουργικός χώρος διεξαγωγής, ούτε πολύ μεγάλος ούτε πολύ μικρός, ώστε ο συντονιστής και τα μέλη να μπορούν να κινηθούν ελεύθερα μέσα στα πλαίσιά του. Η θερμοκρασία του χώρου ρυθμιζόταν ανάλογα με τις εξωτερικές συνθήκες, β) ένας πίνακας, γ) ένα φωτοτυπικό μηχάνημα, δ) ένας φορητός ηλεκτρονικός υπολογιστής και ε) ένα ηλεκτρονικό διαφανοσκόπιο προβολής διαφανειών του PowerPoint, λόγω του ότι σε κάθε συνάντηση ο συντονιστής παρουσιάζει στην ομάδα διαφάνειες ηλεκτρονικής μορφής. Ο αριθμός των διαφανειών για όλο το πρόγραμμα είναι 396 διαφάνειες*.

Τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας

Προκειμένου να διερευνηθούν οι αλλαγές που θα μπορούσε να επιφέρει το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων στους γονείς, πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε έναν μικρό αριθμό γονέων που συμμετείχαν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα [15]. Σκοπός της μελέτης, υπήρξε η πιλοτική διερεύνηση της επίδρασης του συγκεκριμένου εκπαιδευτικού προγράμματος γονέων: α) σε ψυχολογικές καταστάσεις όπως το άγχος, η κατάθλιψη και ο θυμός, β) σε στοιχεία της προσωπικότητας και γ) στην εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης ζωής των γονέων.

Έτσι, σε μία ομάδα 10 γονέων με παιδιά σχολικής ηλικίας (μέσος όρος ηλικίας γονέων = 31,7 έτη, Σ.α. = 4,74), οι οποίοι συμμετείχαν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, χορηγήθηκαν για τον παραπάνω σκοπό: το Life Satisfaction Inventory – LSI [343], η Symptom-Checklist-90-R – SCL-90-R [351], το State-Trait Anxiety Inventory – STAI [355], το Eysenck Personality Questionnaire – EPQ [443] και το General Health Questionnaire – GHQ [444].

Οι γονείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια δύο φορές, πριν την πρώτη συνάντηση του προγράμματος και στην εκδήλωση αποχαιρετισμού μετά την τελευταία συνάντηση. Μετά το τέλος του προγράμματος και τη λήψη των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, έγινε σύγκριση των αρχικών και των τελικών ερωτηματολογίων. Για τη σύγκριση των ερωτηματολογίων και την έκδοση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος του συσχετισμένου ελέγχου t (correlated t – test). Στόχος ήταν η έκδοση των αποτελεσμάτων της διαφοράς της μέσης τιμής (μέσος όρος - M) του συνόλου τιμών των αρχικών ερωτηματολογίων από τη μέση τιμή του

* Όλες οι διαφάνειες, οι σημειώσεις που δίνονται στους γονείς σε κάθε συνάντηση και οι τελικές σημειώσεις, λόγω του ότι δεν είναι δυνατόν να συμπεριληφθούν στην παρούσα μελέτη είναι στην κατοχή του συγγραφέα της παρούσας μελέτης και κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να ενημερωθεί για τα παραπάνω επικοινωνώντας με το συγγραφέα.

συνόλου τιμών των τελικών ερωτηματολογίων. Για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 14 [342].

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1 που παρουσιάζεται παρακάτω, η σύγκριση των ερωτηματολογίων που συμπλήρωσαν οι γονείς στην αρχή και στο τέλος του εκπαιδευτικού προγράμματος σχολών γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, έδειξε ότι από το σύνολο των κλιμάκων και υποκλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν, δέκα διαφοροποιούσαν τις μέσες τιμές των τελικών ερωτηματολογίων από αυτές των αρχικών.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα πιλοτικής μελέτης. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις, t-τιμές και επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας πριν και μετά την παρέμβαση

Κλίμακες	Υποκλίμακες	ΠΡIN (n=10)		ΜΕΤΑ (n=10)		t
		M	SD	M	SD	
SCL-90-R	Σωματοποίηση	9,6	11,2	4,2	5,1	ns
	Ψυχαν/τητα – Καταν/τητα	11,4	5,9	5,9	4,7	3,90**
	Διαπ/πική Ευαισθησία	9,1	5,5	5,4	4,2	2,97**
	Κατάθλιψη	13,3	10,2	4,7	4,1	3,53**
	Άγχος	9	6,1	3,6	3,7	5,22*
	Θυμός - Επιθετικότητα	8,8	5,1	3,1	2,1	4,17**
	Φοβικό Άγχος	2,5	4,1	1,1	1,5	ns
	Παρανοειδής Ιδεασμός	7,5	3,8	4,3	2,7	3,14**
	Ψυχωτισμός	6,8	7,7	2,9	3,8	2,41**
EPQ	Κλίμακα P	2,3	1,8	1,6	1,1	ns
	Κλίμακα N	11,1	3,1	10,8	5,2	ns
	Κλίμακα E	13,6	2,8	13,3	2,7	ns
	Κλίμακα L	10,6	3,4	10,3	4,5	ns
S.L.I	Σύνολο Υποκλιμάκων	3,4	0,5	3,5	0,6	ns
G.H.Q.	Σύνολο Υποκλιμάκων	4,2	4,9	1,7	2,8	2,30**
STAI	A-State	38,6	4,9	34,2	2,8	3,32**
	A-Trait	39,6	7,6	36,3	8,5	2,86**

* $p < 0,001$, ** $p < 0,05$

Οι μέσες τιμές των τελικών ερωτηματολογίων ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερες από τις μέσες τιμές των αρχικών ερωτηματολογίων, στις παρακάτω υποκλίμακες*: α) τις 7 από τις 9 υποκλίμακες της Symptom Checklist-90-R, β) στο τελικό σύνολο των υποκλιμάκων του General Health Questionnaire και γ) στις δύο υποκλίμακες του State-Trait Anxiety Inventory. Στο Life Satisfaction Inventory και το Eysenck Personality Questionnaire δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Με την ανάλυση των αποτελεσμάτων εμφανίζεται στο προσκήνιο η

* Περισσότερες πληροφορίες: Κωνσταντινίδης Α, Γκόγκα Γ, Μαυρέας Β. Σχολές γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης. Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία 2008; 10(1): 78-96.

πιθανότητα το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης να είναι αποτελεσματικό στη μείωση του άγχους, της κατάθλιψης και άλλων ψυχολογικών διαστάσεων των γονέων.

Αποτελέσματα

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων (βαθμίδα φοίτησης παιδιού, ηλικία, φύλο, τόπος κατοικίας, τόπος γέννησης, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός μελών συγκατοίκησης, αριθμός παιδιών, ηλικία παιδιών, παιδιά άνω των 12 ετών, φύλο των παιδιών, επαγγελματική απασχόληση, συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων στο παρελθόν) των γονέων του δείγματος, προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δημογραφικών στοιχείων της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας παρουσιάζονται στους Πίνακες 2 και 3 αμέσως παρακάτω.

Συνολικό δείγμα (δημογραφικά χαρακτηριστικά)

Όπως αναφέρθηκε, το συνολικό πληθυσμό της παρούσας μελέτης αποτελούν 183 γονείς, με παιδιά ηλικίας 2 έως 12 ετών. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από αυτούς τους 183 γονείς. Την ομάδα ελέγχου, αποτελούν οι 120 γονείς (65,6%), οι οποίοι παρόλο που ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων επέλεξαν να μη συμμετέχουν. Την πειραματική ομάδα, αποτελούν οι υπόλοιποι 63 γονείς (34,4%), οι οποίοι μετά την ενημέρωσή τους, δήλωσαν συμμετοχή στο πρόγραμμα εκπαίδευσης και τελικά συμμετείχαν.

Πίνακας 2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (περιγραφικά στοιχεία)

Δημογραφικά Στοιχεία	Ομάδα Ελέγχου (n=120)		Πειραματική Ομάδα (n=63)		Σύνολο (n=183)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Ηλικία γονέα	36,9	4,6	37,9	5,5	37,3	4,9
Διάρκεια γάμου σε έτη	11,3 [#]	4,6	11,1 ^{##}	5,8	11,2	5
Αριθμό μελών συγκατοίκησης	3,8	0,7	3,9	0,9	3,8	0,8
Αριθμός παιδιών	1,8	0,6	1,9	0,8	1,8	0,7
Ηλικία παιδιών	7,6	3,5	7,6	4,2	7,6	3,7

[#] n = 111, ^{##} n = 61

Από τους 183 γονείς του συνολικού δείγματος, οι 123 (67,2%) είναι γονείς των παιδιών του 92^{ου} Δημοτικού Σχολείου Θεσσαλονίκης και οι 60 (32,8%) είναι γονείς των παιδιών του Παιδικού Σταθμού. Οι 170 γονείς είναι γυναίκες-μητέρες (92,9%) και οι 13 άνδρες-πατέρες (7,1%). Η μέση ηλικία τους είναι τα 37,3 (SD = 4,9 έτη). Όλοι και οι 183 γονείς (100%), είναι

κάτοικοι της Ανατολικής Θεσσαλονίκης και οι οικείες τους βρίσκονται σε μικρή απόσταση από το 92^ο Δημοτικό Σχολείο ή τον Ιδιωτικό Παιδικό Σταθμό.

Πίνακας 3. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (συχνότητες)

<i>Δημογραφικά Στοιχεία</i>	<i>Κατηγορίες</i>	<i>Ομάδα Ελέγχου (n=120)</i>		<i>Πειραματική Ομάδα (n=63)</i>		<i>Σύνολο (n=183)</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Βαθμίδα φοίτησης παιδιού	Παιδικός σταθμός	38	31,7	22	34,9	60	32,8
	Δημοτικό σχολείο	82	68,3	41	65,1	123	67,2
Φύλο γονέα	Γυναίκα/μητέρα	113	94,2	57	90,5	170	92,9
	Άνδρας/πατέρας	7	5,8	6	9,5	13	7,1
Τόπος κατοικίας (απόσταση)	Μικρή	120	100	63	100	183	100
	Μεγάλη	0	0	0	0	0	0
Τόπος γέννησης (περιοχή)	Αστική	72	60	34	54	105	57,9
	Ημιαστική/αγροτική	36	30	25	39,7	61	33,3
	Εξωτερικό	12	10	4	6,3	16	8,7
Εκπαίδευση	Δημοτικό	1	0,8	2	3,2	3	1,6
	Γυμνάσιο	4	3,3	2	3,2	6	3,3
	Λύκειο	48	40	28	44,4	76	41,5
	IEK	15	12,5	6	9,5	21	11,5
	ΤΕΙ	17	14,2	15	23,8	32	17,5
	ΑΕΙ	35	29,2	10	15,9	45	24,6
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένοι	111	92,5	61	96,8	172	94
	Διαζευγμένοι	9	7,5	2	3,2	11	6
Παιδιά άνω των 12 ετών	Ναι	27	22,5	13	20,6	40	21,9
	Όχι	93	77,5	50	79,4	143	78,1
Φύλο παιδιών (αγόρι)	Κανένα	39	32,5	18	28,6	57	31,1
	Ένα	59	49,2	31	49,2	90	49,2
	Δύο	21	17,5	13	20,6	34	18,6
	Τρία	1	0,8	1	1,6	2	1,1
Φύλο παιδιών (κορίτσι)	Κανένα	37	30,8	19	30,2	56	30,6
	Ένα	57	47,5	31	49,2	88	48,1
	Δύο	24	20	11	17,5	35	19,1
	Τρία	2	1,7	2	3,2	4	2,2
Επαγγελματική απασχόληση	Δημόσιος τομέας	33	27,5	10	15,9	43	23,5
	Ιδιωτικός τομέας	46	38,3	25	39,7	71	38,8
	Ελεύθερο επάγγελμα	17	14,2	8	12,7	25	13,7
	Οικιακά	24	20	20	31,7	44	24

Οι 105 γονείς (57,9%) έχουν γεννηθεί και έζησαν τα πρώτα χρόνια της ζωής τους σε κάποια αστική περιοχή, οι 61 (33,3%) σε κάποια ημιαστική ή αγροτική περιοχή και οι 16 (8,7%)

στο εξωτερικό. Τρεις γονείς είναι απόφοιτοι Δημοτικού (1,6%), 6 απόφοιτοι Γυμνασίου (3,3%), 76 απόφοιτοι Λυκείου (41,5%), 21 απόφοιτοι Λυκείου και παράλληλα κάποιου Ιδιωτικού ή Δημόσιου ΙΕΚ (11,5%), 32 απόφοιτοι κάποιου ΤΕΙ (17,5%) και 45 απόφοιτοι κάποιου ΑΕΙ (24,6%). Από το σύνολο των γονέων, οι 172 είναι παντρεμένοι (94,0%) με μέσο χρονικό διάστημα έγγαμου βίου τα 11,2 έτη ($SD = 5$ έτη). Οι 11 γονείς είναι διαζευγμένοι (6,0%). Ο μέσος αριθμός των ατόμων με τα οποία συμβιώνουν οι 183 γονείς του συνολικού δείγματος είναι τα 3,8 άτομα ($SD = 0,8$ άτομα). Πιο συγκεκριμένα, ένας μόνο γονέας συμβιώνει με 1 άτομο (0,5%), 4 γονείς (2,2%) συμβιώνουν με 2 άτομα, 54 γονείς (29,5%) συμβιώνουν με τρία άτομα, 101 γονείς (55,2%) συμβιώνουν με 4 άτομα, 19 γονείς (10,4%) συμβιώνουν με 5 άτομα και 4 γονείς (2,2%) συμβιώνουν με 6 άτομα. Ο μέσος αριθμός των παιδιών ανά γονέα είναι τα 1,8 παιδιά ($SD = 0,7$ παιδιά). Η μέση ηλικία των παιδιών είναι τα 7,6 έτη ($SD = 3,7$ έτη). Οι 40 γονείς (21,9%) έχουν και παιδιά ηλικίας πάνω από 12 ετών που φοιτούν στο γυμνάσιο, ενώ οι 143 γονείς (78,1%) δεν έχουν παιδιά που φοιτούν στο γυμνάσιο. Οι 57 δεν έχουν παιδί αρσενικού φύλου (31,1%), οι 90 έχουν ένα αγόρι (49,2%), οι 34 έχουν δύο αγόρια (18,6%) και 2 γονείς έχουν τρία αγόρια (1,1%). Παράλληλα, οι 56 δεν έχουν παιδί θηλυκού φύλου (30,6%), οι 88 έχουν ένα κορίτσι (48,1%), οι 35 έχουν δύο κορίτσια (19,1%) και 4 γονείς έχουν τρία κορίτσια (2,2%). Τα στοιχεία σχετικά με την επαγγελματική απασχόληση, δείχνουν ότι οι 139 γονείς (76,0%) εργάζονται, οι 43 σε κάποιο δημόσιο φορέα (23,5%), οι 71 στον ιδιωτικό τομέα (38,8%), οι 25 είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (13,7%), ενώ 24 γονείς, που είναι όλες γυναίκες-μητέρες, ασχολούνται με τα οικιακά (24,0%). Τέλος, μόνο οι 6 γονείς (3,3%) δηλώνουν ότι έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα σχολών γονέων οποτεδήποτε στο παρελθόν, ενώ οι 177 γονείς (96,7%), η συντριπτική πλειοψηφία του συνολικού δείγματος των γονέων, δεν έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα έως τώρα (Πίνακας 2, σελ. 103 και Πίνακας 3, σελ. 104).

Ομάδα ελέγχου (δημογραφικά χαρακτηριστικά)

Από τους 120 γονείς της ομάδας ελέγχου, οι 82 (68,3%) είναι γονείς των παιδιών του 92^{ου} Δημοτικού Σχολείου Θεσσαλονίκης και οι 38 (31,7%) γονείς των παιδιών του Παιδικού Σταθμού. Οι 113 γονείς είναι γυναίκες-μητέρες (94,2%) και οι 7 άνδρες-πατέρες (5,8%). Η μέση ηλικία τους είναι τα 36,9 έτη ($SD = 4,6$ έτη). Όλοι και οι 120 γονείς (100%) είναι κάτοικοι της Ανατολικής Θεσσαλονίκης και οι οικείες τους βρίσκονται σε μικρή απόσταση από το 92^ο Δημοτικό Σχολείο ή τον Ιδιωτικό Παιδικό Σταθμό. Οι 72 γονείς (60,0%) έχουν γεννηθεί και έζησαν τα πρώτα χρόνια της ζωής τους σε κάποια αστική περιοχή, οι 36 (30,0%) σε κάποια ημιαστική ή αγροτική περιοχή και οι 12 (10,0%) στο εξωτερικό. Ένας γονέας είναι απόφοιτος Δημοτικού (0,8%), 4 απόφοιτοι Γυμνασίου (3,3%), 48 απόφοιτοι Λυκείου (40,0%), 15 απόφοιτοι Λυκείου και παράλληλα κάποιου Ιδιωτικού ή Δημόσιου ΙΕΚ (12,5%), 17 απόφοιτοι κάποιου ΤΕΙ (14,2%) και 35 απόφοιτοι κάποιου ΑΕΙ (29,2%). Οι 111 είναι παντρεμένοι (92,5%), με μέσο χρονικό διάστημα έγγαμου βίου τα 11,25

έτη ($SD = 4,6$ έτη) και οι 9 είναι διαζευγμένοι (7,5%). Ο μέσος αριθμός των ατόμων με τα οποία συμβιώνουν οι 120 γονείς της ομάδας ελέγχου είναι τα 3,75 άτομα ($SD = 0,7$ άτομα). Πιο συγκεκριμένα, από τους 120 γονείς της ομάδας ελέγχου, 4 γονείς (3,3%) συμβιώνουν με 2 άτομα, 34 γονείς (28,3%) συμβιώνουν με τρία άτομα, 72 γονείς (60%) συμβιώνουν με 4 άτομα, 8 γονείς (6,7%) συμβιώνουν με 5 άτομα και 2 γονείς (1,7%) συμβιώνουν με 6 άτομα. Ο μέσος αριθμός των παιδιών ανά γονέα είναι τα 1,8 παιδιά ($SD = 0,6$ παιδιά). Η μέση ηλικία των παιδιών είναι τα 7,6 έτη ($SD = 3,5$ έτη). Οι 27 γονείς (22,5%) έχουν και παιδιά ηλικίας πάνω από 12 ετών που φοιτούν στο γυμνάσιο, ενώ οι 93 γονείς (77,5%) δεν έχουν παιδιά που φοιτούν στο γυμνάσιο. Οι 39 γονείς δεν έχουν παιδί αρσενικού φύλου (32,5%), οι 59 έχουν ένα αγόρι (49,2%), οι 21 έχουν δύο αγόρια (17,5%) και ένας έχει τρία αγόρια (0,8%). Παράλληλα, οι 37 δεν έχουν παιδί θηλυκού φύλου (30,8%), οι 57 έχουν ένα κορίτσι (47,5%), οι 24 έχουν δύο κορίτσια (20,0%) και 2 έχουν τρία κορίτσια (1,7%). Τα στοιχεία σχετικά με την επαγγελματική απασχόληση, δείχνουν ότι οι 96 γονείς (80,0%) εργάζονται, οι 33 σε κάποιο δημόσιο φορέα (27,5%), οι 46 στον ιδιωτικό τομέα (38,3%), οι 17 είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (14,2%), ενώ 24 γονείς, που είναι όλες γυναίκες-μητέρες, ασχολούνται με τα οικιακά (20,0%). Τέλος μόνο 3 γονείς (2,5%) δηλώνουν ότι έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα σχολών γονέων οποτεδήποτε στο παρελθόν, ενώ οι 117 γονείς (97,5%), η συντριπτική πλειοψηφία των γονέων της ομάδας ελέγχου, δεν έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα έως τώρα (Πίνακας 2, σελ. 103 και Πίνακας 3, σελ. 104).

Πειραματική ομάδα (δημογραφικά χαρακτηριστικά)

Από τους 63 γονείς της πειραματικής ομάδας, οι 41 (65,1%) είναι γονείς των παιδιών του 92^{ου} Δημοτικού Σχολείου Θεσσαλονίκης και οι 22 (34,9%) γονείς των παιδιών του Παιδικού Σταθμού. Οι 57 γονείς είναι γυναίκες-μητέρες (90,5%) και οι 6 άνδρες-πατέρες (9,5%). Η μέση ηλικία τους είναι τα 37,9 έτη ($SD = 5,5$ έτη). Όλοι και οι 63 γονείς (100%) είναι κάτοικοι της Ανατολικής Θεσσαλονίκης και οι οικίες τους βρίσκονται σε μικρή απόσταση από το 92^ο Δημοτικό Σχολείο ή τον Ιδιωτικό Παιδικό Σταθμό. Οι 34 γονείς (54,0%) έχουν γεννηθεί και έζησαν τα πρώτα χρόνια της ζωής τους σε κάποια αστική περιοχή, οι 25 (39,7%) σε κάποια ημιαστική ή αγροτική περιοχή και οι 4 (6,3%) στο εξωτερικό. Δύο μόνο γονείς είναι απόφοιτοι Δημοτικού (3,2%), 2 απόφοιτοι Γυμνασίου (3,2%), 28 απόφοιτοι Λυκείου (44,4%), 6 απόφοιτοι Λυκείου και παράλληλα κάποιου Ιδιωτικού ή Δημόσιου ΙΕΚ (9,5%), 15 απόφοιτοι κάποιου ΤΕΙ (23,8%) και 10 απόφοιτοι κάποιου ΑΕΙ (15,9%). Οι 61 γονείς είναι παντρεμένοι (96,8%) με μέσο χρονικό διάστημα έγγαμου βίου τα 11,1 έτη ($SD = 5,8$ έτη). Οι 2 γονείς είναι διαζευγμένοι (3,2%). Ο μέσος αριθμός των ατόμων με τα οποία συμβιώνουν οι 63 γονείς της πειραματικής ομάδας είναι τα 3,9 άτομα ($SD = 0,9$ άτομα). Πιο συγκεκριμένα, από τους 63 γονείς της πειραματικής ομάδας, ένας γονέας (1,6%) συμβιώνει με ένα άτομο, κανένας γονέας (0%) δε συμβιώνει με 2 άτομα, 20 γονείς (31,7%) συμβιώνουν με 3 άτομα, 29 γονείς (46%) συμβιώνουν με 4 άτομα, 11 γονείς

(17,5%) συμβιώνουν με 5 άτομα και 2 γονείς (3,2%) συμβιώνουν με 6 άτομα. Ο μέσος αριθμός των παιδιών ανά γονέα είναι τα 1,9 παιδιά ($SD = 0,8$ παιδιά). Η μέση ηλικία των παιδιών είναι τα 7,6 έτη ($SD = 4,2$ έτη). Οι 13 γονείς (20,6%) έχουν και παιδιά ηλικίας πάνω από 12 ετών που φοιτούν στο γυμνάσιο, ενώ οι 50 γονείς (79,4%) δεν έχουν παιδιά που φοιτούν στο γυμνάσιο. Οι 18 γονείς δεν έχουν παιδί αρσενικού φύλου (28,6%), οι 31 έχουν ένα αγόρι (49,2%), οι 13 έχουν δύο αγόρια (20,6%) και ένας έχει τρία αγόρια (1,6%). Παράλληλα, οι 19 δεν έχουν παιδί θηλυκού φύλου (30,2%), οι 31 έχουν ένα κορίτσι (49,2%), οι 11 έχουν δύο κορίτσια (17,5%) και 2 έχουν τρία κορίτσια (3,2%). Τα στοιχεία σχετικά με την επαγγελματική απασχόληση, δείχνουν ότι οι 43 γονείς (68,3%) εργάζονται, οι 10 σε κάποιο δημόσιο φορέα (15,9%), οι 25 στον ιδιωτικό τομέα (39,7%), οι 8 είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (12,7%), ενώ 20 γονείς (31,7%), που είναι όλες γυναίκες-μητέρες, ασχολούνται με τα οικιακά. Μόνο 3 γονείς (4,8%) δηλώνουν ότι έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα σχολών γονέων οποτεδήποτε στο παρελθόν, ενώ οι 60 γονείς (95,2%), η συντριπτική πλειοψηφία των γονέων της πειραματικής ομάδας, δεν έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα έως τώρα. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δημογραφικών στοιχείων της πειραματικής ομάδας παρουσιάζονται αναλυτικά στους Πίνακες 2 και 3 στις σελίδες 103 και 104 αντίστοιχα.

Αίτημα. Ένα επιπλέον στοιχείο της πειραματικής ομάδας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, που αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό για τη συμμετοχή και ολοκλήρωση του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων, είναι το αρχικό αίτημα-προσδοκία των γονέων. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ο βασικός στόχος του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων είναι η εκπαίδευση των γονέων και οι γονείς ενημερώνονται για αυτό από την πρώτη στιγμή.

Ωστόσο, ορισμένοι γονείς, παρά την ενημέρωσή τους, δήλωσαν συμμετοχή στο πρόγραμμα εκφράζοντας ένα στην ουσία δυσλειτουργικό αίτημα-προσδοκία. Στην περίπτωση αυτή έγινε προσπάθεια αναδόμησης του αιτήματος αυτού σε ένα πιο λειτουργικό ή έγινε παραπομπή του γονέα σε κάποια αρμόδια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Το δυσλειτουργικό αίτημα αφορά: στην ψυχοθεραπεία του παιδιού για κάποιο πρόβλημα του παιδιού (μαθησιακές δυσκολίες, ενούρηση, αυτισμός, υπερκινητικότητα και άλλα), β) στην ψυχοθεραπεία των γονέων για κάποιο πρόβλημα, κυρίως στη διάθεση του γονέα, γ) στη συμβουλευτική των γονέων για την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου προβλήματος του παιδιού (προβλήματα συμπεριφοράς, αναπτυξιακές διαταραχές, δυσλεξία και άλλα) και δ) την απλή παθητική ενημέρωση, μέσα από διαλέξεις και την παρουσίαση έτοιμων πακέτων πληροφοριών για την αντιμετώπιση προβλημάτων.

Αντίθετα, το λειτουργικό αίτημα είναι σύμφωνο με το σκοπό του προγράμματος και αφορά στην εκπαίδευση των γονέων σε διάφορους τομείς διαπαιδαγώγησης και αντιμετώπισης προβλημάτων της καθημερινότητας.

Έτσι, από τους 63 γονείς της πειραματικής ομάδας οι 51 (81%) εξέφρασαν ένα λειτουργικό αρχικό αίτημα ενώ οι 12 (19%) ένα δυσλειτουργικό αίτημα, οι οποίοι όμως κατά την 1^η και 2^η συνάντηση το αναδόμησαν σε λειτουργικό.

Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της σύγκρισης της πειραματικής ομάδας ($n = 63$) με την ομάδα ελέγχου ($n = 120$) ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως αυτά παρουσιάζονται στους Πίνακες 4 και 5 αμέσως παρακάτω, γίνεται αμέσως αντιληπτό ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς οποιοδήποτε δημογραφικό χαρακτηριστικό τους.

Όπως φαίνεται και στην ανάλυση που ακολουθεί αμέσως παρακάτω, υπάρχει μια πλήρη ταυτοποίηση των δύο ομάδων σε όλα τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Πίνακας 4. Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Independent Samples T-Test)

Δημογραφικά Στοιχεία	Ομάδα Ελέγχου ($n=120$)		Πειραματική Ομάδα ($n=63$)		t	p
	M	SD	M	SD		
Ηλικία γονέα	36,91	4,57	37,92	5,47	1,256	0,212 ^{ns}
Διάρκεια γάμου σε έτη	11,25 [#]	4,58	11,13 ^{##}	5,81	-0,150	0,881 ^{ns}
Αριθμό μελών συγκατοίκησης	3,75	0,7	3,87	0,87	1,036	0,302 ^{ns}
Αριθμός παιδιών	1,79	0,55	1,89	0,83	0,843	0,402 ^{ns}
Ηλικία παιδιών	7,63	3,47	7,63	4,18	-0,002	0,999 ^{ns}

[#] $n = 111$, ^{##} $n = 61$

Οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν καμία διαφορά ως προς το φύλο, με τις γυναίκες να υπερέχουν αριθμητικά ($\chi^2 = 0,85$, $df = 1$, $p = 0,375$). Η μέση ηλικία των γονέων της πειραματικής ομάδας ($M = 37,92$, $SD = 5,47$) και της ομάδας ελέγχου ($M = 36,91$, $SD = 4,57$) είναι σχεδόν ίδια ($t(181) = 1,256$, p διπλής ουράς = 0,212). Η πειραματική ομάδα και η ομάδα ελέγχου δε διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη βαθμίδα φοίτησης των παιδιών τους ($\chi^2 = 0,20$, $df = 1$, $p = 0,741$). Όλοι οι γονείς (100%) και των δύο ομάδων είναι κάτοικοι της Ανατολικής Θεσσαλονίκης και η πρόσβασή τους στο χώρο του σχολείου ή του παιδικού σταθμού, όπου πραγματοποιήθηκε το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων, ήταν πολύ εύκολη. Οι γονείς των δύο ομάδων έχουν το ίδιο εκπαιδευτικό επίπεδο ($\chi^2 = 7,07$, $df = 5$, $p = 0,216$) και δε διαφέρουν σημαντικά ως προς τον τόπο γέννησης και διαμονής κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους ($\chi^2 = 2,05$, $df = 2$, $p = 0,359$). Πειραματική και ελέγχου, δε διαφέρουν ως προς τη συχνότητα εμφάνισης έγγαμων και διαζευγμένων ($\chi^2 = 1,37$, df

= 1, $p = 0,335$) και οι έγγαμοι και των δύο ομάδων έχουν μέση χρονική διάρκεια έγγαμου βίου τα 11 έτη ($t(170) = -0,15$, p διπλής ουράς = 0,881). Ο μέσος αριθμός των ατόμων με τα οποία συμβιώνουν οι γονείς της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου είναι περίπου 4 άτομα ($t(181) = 1,036$, p διπλής ουράς = 0,302).

Πίνακας 5. Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Chi-Square Test)

Δημογραφικά Στοιχεία	Κατηγορίες	Ομάδα Ελέγχου ($n=120$)		Πειραματική Ομάδα ($n=63$)		df	χ^2	p
		n	%	n	%			
Βαθμίδα φοίτησης παιδιού	Παιδικός σταθμός	38	31,7	22	34,9	1	0,20	0,741 ^{ns}
	Δημοτικό σχολείο	82	68,3	41	65,1			
Φύλο γονέα	Γυναίκα/μητέρα	113	94,2	57	90,5	1	0,85	0,375 ^{ns}
	Άνδρας/πατέρας	7	5,8	6	9,5			
Τόπος γέννησης (περιοχή)	Αστική	72	60	34	54	2	2,05	0,359 ^{ns}
	Ημιαστική/αγροτική	36	30	25	39,7			
	Εξωτερικό	12	10	4	6,3			
Εκπαίδευση	Δημοτικό	1	0,8	2	3,2	5	7,07	0,216 ^{ns}
	Γυμνάσιο	4	3,3	2	3,2			
	Λύκειο	48	40	28	44,4			
	ΙΕΚ	15	12,5	6	9,5			
	ΤΕΙ	17	14,2	15	23,8			
Οικογενειακή κατάσταση	ΑΕΙ	35	29,2	10	15,9	1	1,37	0,335 ^{ns}
	Παντρεμένοι	111	92,5	61	96,8			
Επαγγελματική απασχόληση	Διαζευγμένοι	9	7,5	2	3,2	3	4,83	0,185 ^{ns}
	Δημόσιος τομέας	33	27,5	10	15,9			
	Ιδιωτικός τομέας	46	38,3	25	39,7			
	Ελεύθερο επάγγελμα	17	14,2	8	12,7			
Παιδιά άνω των 12 ετών	Οικιακά	24	20	20	31,7	1	0,08	0,852 ^{ns}
	Ναι	27	22,5	13	20,6			
Φύλο παιδιών (αγόρι)	Όχι	93	77,5	50	79,4	3	0,64	0,888 ^{ns}
	Κανένα	39	32,5	18	28,6			
	Ένα	59	49,2	31	49,2			
	Δύο	21	17,5	13	20,6			
Φύλο παιδιών (κορίτσι)	Τρία	1	0,8	1	1,6	3	0,60	0,896 ^{ns}
	Κανένα	37	30,8	19	30,2			
	Ένα	57	47,5	31	49,2			
	Δύο	24	20	11	17,5			
	Τρία	2	1,7	2	3,2			

Οι γονείς των δύο ομάδων δε διαφέρουν σημαντικά ως προς το μέσο αριθμό των παιδιών ($t(181) = 0,843$, p διπλής ουράς = 0,402), τη μέση ηλικία των παιδιών ($t = -0,002$, p διπλής ουράς = 0,999), τη συχνότητα εμφάνισης παιδιών ηλικίας άνω των 12 ετών ($\chi^2 = 0,84$, $df = 1$, $p = 0,852$), τη συχνότητα εμφάνισης αγοριών ($\chi^2 = 0,64$, $df = 3$, $p = 0,888$) και κοριτσιών ($\chi^2 = 0,60$, $df = 3$, $p = 0,896$) και τον τομέα απασχόλησης ($\chi^2 = 4,83$, $df = 3$, $p = 0,185$). Τέλος, οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν καμία σημαντική διαφορά ως προς τη συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευση γονέων οποτεδήποτε στο παρελθόν ($\chi^2 = 0,66$, $df = 1$, $p = 0,416$).

Η αξιοπιστία των κλιμάκων και υποκλιμάκων

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των κλιμάκων και υποκλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, ελέγχθηκε μέσω του συντελεστή α του Cronbach (Cronbach Alpha).

Ως προς το BDI ο συντελεστής Cronbach's Alpha είναι ιδιαίτερα υψηλός με τιμή ίση με 0,83.

Το ίδιο παρατηρείται και στην τιμή του LSI, όπου η τιμή του συντελεστή Cronbach's Alpha είναι ίση με 0,86.

Ως προς την SCL-90-R ο συντελεστής είναι πολύ υψηλός με τιμή ίση με 0,97, όπως ακριβώς και στη στάθμιση της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό. Το ίδιο ικανοποιητικοί είναι και οι συντελεστές των επιμέρους υποκλιμάκων. Οι συντελεστές Cronbach's Alpha είναι 0,81 για τη «Σωματοποίηση», 0,86 για το «Άγχος», 0,87 για την «Κατάθλιψη», 0,86 για την «Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα», 0,82 για τη «Διαπροσωπική ευαισθησία», 0,85 για την «Επιθετικότητα», 0,83 για το «Φοβικό άγχος», 0,78 για τον «Παρανοειδή ιδεασμό» και 0,84 για τον «Ψυχωτισμό».

Ως προς την κλίμακα FACES III, οι τιμές του συντελεστή Cronbach's Alpha είναι 0,82 για τη συνοχή και 0,67 για την προσαρμοστικότητα, ενώ ο δείκτης alpha για το σύνολο των ερωτημάτων της κλίμακας, έχει τιμή ίση με 0,78.

Η τιμή του συντελεστή Cronbach's Alpha για το σύνολο των ερωτημάτων του EPQ είναι οριακά ικανοποιητική, με τιμή ίση με 0,61. Για τις τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες οι τιμές του συντελεστή είναι αρκετά ικανοποιητικές, με τιμή 0,83 για τον «Νευρωτισμό-N», 0,82 για την «Εξωστρέφεια-E», 0,75 για το «Ψεύδος-L», ενώ για την υποκλίμακα του «Ψυχωτισμού-P», η τιμή του συντελεστή δεν είναι καθόλου ικανοποιητική και είναι ίση με 0,37.

Στο ερωτηματολόγιο STAI, στο σύνολο των ερωτημάτων, ο συντελεστής Cronbach's Alpha είναι υψηλός, με τιμή ίση με 0,94 και επίσης υψηλός για τις υποκλίμακες, με τιμή ίση με 0,94 για την υποκλίμακα A-State και 0,83 για την υποκλίμακα A-Trait.

Τέλος, ως προς το ΕΔΕΠ, ο συντελεστής Cronbach's Alpha είναι πολύ υψηλός για το σύνολο των λημμάτων, με τιμή ίση με 0,97. Οι συντελεστές των επιμέρους συνδρόμων ενδο-προσωπικής και δια-προσωπικής προσαρμογής είναι, 0,89 για το σύνδρομο «Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός», 0,83 για το σύνδρομο «Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός», 0,76 για το σύνδρομο «Ψυχοσωματικές διαταραχές», 0,91 για το σύνδρομο «Επιθετικότητα», 0,93 για το σύνδρομο «Παραβατικότητα» και 0,83 για τα αταξινόμητα συμπτώματα.

Τα αποτελέσματα του BDI

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα του BDI της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας όπως αυτά παρουσιάζονται στους Πίνακες 6 και 7 αντίστοιχα αμέσως παρακάτω, γίνεται αμέσως αντιληπτό ότι και οι δύο ομάδες εμφανίζουν φυσιολογικές (ομάδα ελέγχου) ή οριακά φυσιολογικές (πειραματική ομάδα) τιμές όσον αφορά την κατάθλιψη.

Οι τιμές του BDI έχουν εύρος τιμών 63 με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 63.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα του BDI της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

	ΠΙΠΙΝ (n=120)				ΜΕΤΑ (n=69)			
	M	SD	Mdn	Min-Max	M	SD	Mdn	Min-Max
BDI	7,07	5,21	6	0-23	7,84	6,33	6	0-23

Πίνακας 7. Αποτελέσματα του BDI της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

	ΠΙΠΙΝ (n=60)				ΜΕΤΑ (n=52)			
	M	SD	Mdn	Min-Max	M	SD	Mdn	Min-Max
BDI	9,68	7,13	9	0-32	6,25	4,97	5	0-20

Περιγραφή αποτελεσμάτων (BDI)

Για την ομάδα ελέγχου η μέση τιμή για το BDI πριν την παρέμβαση* κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα και είναι 7,07, με σταθερή απόκλιση 5,21, διάμεσο 6 και εύρος τιμών 23, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 23.

Η μέση τιμή της ομάδας ελέγχου για το BDI μετά την παρέμβαση κυμαίνεται επίσης σε φυσιολογικά επίπεδα και είναι 7,84, με σταθερή απόκλιση 6,33, διάμεσο 6 και εύρος τιμών 23, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 23.

* Για λόγους συντομίας, κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, αντί του όρου «πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων» ή του όρου «πρόγραμμα σχολής γονέων» χρησιμοποιείται ο όρος «παρέμβαση».

Για την πειραματική ομάδα η μέση τιμή για το BDI πριν την παρέμβαση κυμαίνεται λίγο πάνω από το φυσιολογικό και είναι 9,68, με σταθερή απόκλιση 7,13, διάμεσο 9 και εύρος τιμών 32, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 32.

Η μέση τιμή της πειραματικής ομάδας για το BDI μετά την παρέμβαση είναι 6,25, με σταθερή απόκλιση 4,97, διάμεσο 5 και εύρος τιμών 20, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 20.

Ζευγαρωτές μετρήσεις (BDI)

Τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της ομάδας ελέγχου που απάντησαν το BDI πριν και μετά την παρέμβαση*, όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 8 αμέσως παρακάτω, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά. Δεν υπάρχει σημαντική αλλαγή στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των γονέων της ομάδας ελέγχου όπως αυτή εκφράζεται από τις απαντήσεις τους στο BDI και η διάθεσή τους είναι στα φυσιολογικά επίπεδα μεταξύ Α' και Β' Φάσης (έλεγχος Wilcoxon, $n = 69$, $z = -1,476$, p διπλής ουράς = 0,140)[†].

Πίνακας 8. Αποτελέσματα του BDI της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Wilcoxon Signed Ranks Test)

	PPIN ($n=69$)				META ($n=69$)				z-score	p
	Mdn	Min-Max	M	SD	Mdn	Min-Max	M	SD		
BDI	6	0-21	6,80	4,58	6	0-23	7,84	6,33	-1,476	0,140 ^{ns}

Πίνακας 9. Αποτελέσματα του BDI της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Wilcoxon Signed Ranks Test)

	PPIN ($n=52$)				META ($n=52$)				z-score	p
	Mdn	Min-Max	M	SD	Mdn	Min-Max	M	SD		
BDI	10	0-32	10,13	7,16	5	0-20	6,25	4,97	-5,168	0,000*

Αντίθετα, τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της πειραματικής ομάδας που απάντησαν το BDI πριν και μετά την παρέμβαση, όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 9, παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των γονέων της πειραματικής ομάδας με βάση το BDI μεταξύ Α' και Β' Φάσης (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -5,168$, p διπλής ουράς = 0,000).

* Στην Α' και Β' Φάση της έρευνας.

† Κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων στους Πίνακες, εκτός από τη Διάμεσο (Mdn) και τις Ελάχιστες και Μέγιστες τιμές για λόγους διευκρίνησης της τυχών στατιστικά σημαντικής διαφοράς αναφέρονται και οι Μέσες τιμές (M) και Σταθερές αποκλίσεις (SD).

Σύγκριση των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση (BDI)

Ο έλεγχος U των Mann-Whitney πριν την παρέμβαση, διαπίστωσε ότι, η κατάθλιψη με βάση το BDI των γονέων της πειραματικής ομάδας (n_1) είναι σημαντικά υψηλότερη από την κατάθλιψη των γονέων της ομάδας (n_2) ελέγχου ($U = 2830,5$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = $0,019$). Αντίθετα, στη Β΄ Φάση και αμέσως μετά την παρέμβαση, ο έλεγχος U των Mann-Whitney, διαπίστωσε ότι τα επίπεδα κατάθλιψης με βάση το BDI των γονέων της πειραματικής ομάδας (n_1) μειώνονται κατά πολύ και δε διαφέρουν σημαντικά από τα επίπεδα κατάθλιψης των γονέων της ομάδας (n_2) ελέγχου ($U = 1578,5$, $n_1 = 52$, $n_2 = 69$, p διπλής ουράς = $0,258$).

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με βάση το BDI πριν και μετά την παρέμβαση παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 10 αμέσως παρακάτω.

Πίνακας 10. Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τα αποτελέσματα του BDI (Mann-Whitney Test)

	ΠΙΠΙΝ		ΜΕΤΑ		z -score	p	z -score	p
	Ελέγχου ($n=120$)	Πειρ/τική ($n=60$)	Ελέγχου ($n=69$)	Πειρ/τική ($n=52$)				
	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>				
	<i>Min-Max</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Min-Max</i>				
<i>BDI</i>	6 (0-23)	9 (0-32)	6 (0-23)	5 (0-20)	-2,340	0,019*	-1,131	0,258 ^{ns}

* $p < 0,05$

Τα αποτελέσματα της LSI

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της LSI, της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας, όπως αυτά παρουσιάζονται στους Πίνακες 11 και 12 αμέσως μετά την περιγραφή των αποτελεσμάτων, γίνεται αμέσως αντιληπτό ότι και οι δύο ομάδες εμφανίζουν υψηλές φυσιολογικές τιμές ικανοποίησης, άνω του μετρίου. Άλλωστε, πρόκειται για άτομα του γενικού πληθυσμού.

Ωστόσο, στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων αμέσως παρακάτω, γίνεται αντιληπτό ότι τόσο στο σύνολο της ικανοποίησης, όσο και σε ορισμένες υποκλίμακες, η πειραματική ομάδα κατά την Α΄ Φάση παρουσιάζει στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές από την ομάδα ελέγχου. Οι διαφορές αυτές στην Β΄ Φάση της έρευνας και μετά την παρέμβαση εξαλείφονται.

Οι τιμές της LSI στο σύνολο της ικανοποίησης, έχουν εύρος τιμών 65, με ελάχιστη τιμή το 13 και μέγιστη το 65. Οι υποκλίμακες της LSI, έχουν εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή το 1 και μέγιστη το 5.

Περιγραφή αποτελεσμάτων (LSI)

Για την ομάδα ελέγχου, η μέση τιμή της συνολικής ικανοποίησης για την LSI πριν την παρέμβαση είναι 48,77, με σταθερή απόκλιση 6,28, διάμεσο 49 και εύρος τιμών 33, με ελάχιστη

τιμή 32 και μέγιστη 65. Η μέση τιμή της συνολικής ικανοποίησης της ομάδας ελέγχου για την LSI μετά την παρέμβαση είναι 48,30, με σταθερή απόκλιση 8,05, διάμεσο 48 και εύρος τιμών 41, με ελάχιστη τιμή 24 και μέγιστη 65. Για την πειραματική ομάδα, η μέση τιμή της συνολικής ικανοποίησης για την LSI πριν την παρέμβαση είναι 45,88, με σταθερή απόκλιση 7,20, διάμεσο 46 και εύρος τιμών 33, με ελάχιστη τιμή 28 και μέγιστη 61. Η μέση τιμή της συνολικής ικανοποίησης της πειραματικής ομάδας για την LSI μετά την παρέμβαση είναι 47,58, με σταθερή απόκλιση 6,24, διάμεσο 47,5 και εύρος τιμών 28, με ελάχιστη τιμή 32 και μέγιστη 60.

Στην υποκλίμακα «Σωματική κατάσταση», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,49, με σταθερή απόκλιση 0,79, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,41, με σταθερή απόκλιση 0,86, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Στην ίδια υποκλίμακα η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 3,25, με σταθερή απόκλιση 0,91, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση η μέση τιμή είναι 3,37, με σταθερή απόκλιση 0,89, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5.

Στην υποκλίμακα «Διανοητική κατάσταση», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 4,18, με σταθερή απόκλιση 0,64, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 2, με ελάχιστη τιμή 3 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,19, με σταθερή απόκλιση 0,69, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 3,92, με σταθερή απόκλιση 0,74, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,08, με σταθερή απόκλιση 0,59, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 2, με ελάχιστη τιμή 3 και μέγιστη 5.

Στην υποκλίμακα «Ψυχική ευεξία», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,62, με σταθερή απόκλιση 0,85, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,65, με σταθερή απόκλιση 0,94, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 3,30, με σταθερή απόκλιση 0,81, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,63, με σταθερή απόκλιση 0,69, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5.

Στην υποκλίμακα «Εργασία», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,71, με σταθερή απόκλιση 0,97, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι επίσης 3,71, με σταθερή απόκλιση 0,93, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 3,47, με σταθερή απόκλιση 0,95, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,50, με σταθερή απόκλιση 0,70, διάμεσο 3,5 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5.

Στην υποκλίμακα «Αριθμός φίλων-γνωστών», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,88, με σταθερή απόκλιση 0,81, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,80, με σταθερή απόκλιση 0,96, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 3,77, με σταθερή απόκλιση 0,89, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση η μέση τιμή είναι 3,69, με σταθερή απόκλιση 0,76, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5.

Στην υποκλίμακα «Χόμπι», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 2,97, με σταθερή απόκλιση 0,91, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 2,99, με σταθερή απόκλιση 0,98, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 2,80, με σταθερή απόκλιση 1,04, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 2,98, με σταθερή απόκλιση 0,90, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5.

Πίνακας 11. Αποτελέσματα της LSI της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

Υποκλίμακες LSI	PIPIN (n=120)				META (n=69)			
	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max
Σωματική κατάσταση	3,49	0,79	4	1-5	3,41	0,86	3	1-5
Διανοητική κατάσταση	4,18	0,64	4	3-5	4,19	0,69	4	2-5
Ψυχική ευεξία	3,62	0,85	4	1-5	3,65	0,94	4	1-5
Εργασία	3,71	0,97	4	1-5	3,71	0,93	4	1-5
Οικονομικά	3,38	0,89	3,5	1-5	3,29	0,93	3	1-5
Συζυγική ζωή	3,96	0,97	4	1-5	3,96	1,05	4	1-5
Σεξουαλική ζωή	3,87	0,92	4	1-5	3,88	0,95	4	1-5
Οικογενειακή ζωή	4,23	0,77	4	2-5	4,13	0,84	4	1-5
Ρόλος στην οικογένεια	4,08	0,75	4	2-5	4,06	0,71	4	2-5
Αριθμός φίλων-γνωστών	3,88	0,81	4	2-5	3,80	0,96	4	1-5
Χόμπι	2,97	0,91	3	1-5	2,99	0,98	3	1-5
Εμφάνιση	3,60	0,75	4	1-5	3,61	0,88	4	1-5
Γενική ποιότητα ζωής	3,81	0,70	4	2-5	3,64	0,97	4	1-5
Σύνολο υποκλιμάκων LSI	48,77	6,28	49	32-65	48,30	8,05	48	24-65

Στην υποκλίμακα «Εμφάνιση», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,60, με σταθερή απόκλιση 0,75, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,61, με σταθερή απόκλιση 0,88, διάμεσο 4 και

εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 3,20, με σταθερή απόκλιση 0,88, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,42, με σταθερή απόκλιση 0,72, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5.

Στην υποκλίμακα «Γενική ποιότητα ζωής», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,81, με σταθερή απόκλιση 0,70, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,64, με σταθερή απόκλιση 0,97, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 4, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 5. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 3,81, με σταθερή απόκλιση 0,70, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,75, με σταθερή απόκλιση 0,62, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 5.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα της LSI της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

Υποκλίμακες LSI	PIPN (n=60)				META (n=52)			
	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max
Σωματική κατάσταση	3,25	0,91	3	1-5	3,37	0,89	3	1-5
Διανοητική κατάσταση	3,92	0,74	4	2-5	4,08	0,59	4	3-5
Ψυχική ευεξία	3,30	0,81	3	2-5	3,63	0,69	4	2-5
Εργασία	3,47	0,95	4	1-5	3,50	0,70	3,5	2-5
Οικονομικά	3,45	0,87	4	1-5	3,37	0,77	3	2-5
Συζυγική ζωή	3,90	0,82	4	1-5	3,94	0,73	4	2-5
Σεξουαλική ζωή	3,60	0,92	4	2-5	3,69	0,96	4	2-5
Οικογενειακή ζωή	3,87	0,85	4	1-5	4,10	0,75	4	2-5
Ρόλος στην οικογένεια	3,83	0,74	4	2-5	4,06	0,61	4	3-5
Αριθμός φίλων-γνωστών	3,77	0,89	4	2-5	3,69	0,76	4	1-5
Χόμπι	2,80	1,04	3	1-5	2,98	0,90	3	1-5
Εμφάνιση	3,20	0,88	3	1-5	3,42	0,72	3	2-5
Γενική ποιότητα ζωής	3,81	0,70	4	2-5	3,75	0,62	4	2-5
Σύνολο υποκλιμάκων LSI	45,88	7,20	46	28-61	47,58	6,24	47,5	32-60

Ζευγαρωτές μετρήσεις (LSI)

Η υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων της ομάδας ελέγχου είναι το ίδιο υψηλή και δε διαφοροποιείται σημαντικά ανάμεσα στις δύο φάσεις της έρευνας.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της ομάδας ελέγχου που απάντησαν την LSI πριν και μετά την παρέμβαση ($n = 69$), όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 13, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά στο σύνολο της ικανοποίησης. Δεν

υπάρχει σημαντική αλλαγή στην υποκειμενική εκτίμηση της συνολικής ικανοποίησης στην LSI, μεταξύ Α΄ Φάσης ($M = 49,19$, $SD = 6,41$) και Β΄ Φάσης ($M = 48,30$, $SD = 8,05$) και το t -test είναι μη στατιστικά σημαντικό ($t(68) = 1,417$, p διπλής ουράς = 0,161).

Στην ομάδα ελέγχου, η υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησης από τους επιμέρους τομείς της ζωής όπως αυτοί εκφράζονται μέσα από τις υποκλίμακες της LSI, παραμένει η ίδια. Όμως, στον τομέα της γενικής ποιότητας ζωής, οι γονείς της ομάδας ελέγχου κατά τη Β΄ Φάση εκφράζουν και πάλι υψηλή αλλά σημαντικά μειωμένη ικανοποίηση, σε σχέση με την Α΄ Φάση.

Πίνακας 13. Αποτελέσματα της LSI της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Wilcoxon Signed Ranks Test & Paired Samples T-Test)

Υποκλίμακες LSI	PIPIN (n=69)				META (n=69)				z-score	p	
	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD			
Σωματική κατάσταση	4	1-5	3,48	0,80	3	1-5	3,41	0,86	-0,747	0,455 ^{ns}	
Διανοητική κατάσταση	4	3-5	4,30	0,60	4	2-5	4,19	0,69	-1,226	0,220 ^{ns}	
Ψυχική ευεξία	4	1-5	3,72	0,84	4	1-5	3,65	0,94	-0,647	0,517 ^{ns}	
Εργασία	4	1-5	3,61	1,05	4	1-5	3,71	0,93	-0,855	0,393 ^{ns}	
Οικονομικά	3	1-5	3,33	0,83	3	1-5	3,29	0,93	-0,631	0,528 ^{ns}	
Συζυγική ζωή	4	1-5	4,06	0,94	4	1-5	3,96	1,05	-1,219	0,223 ^{ns}	
Σεξουαλική ζωή	4	1-5	3,96	0,95	4	1-5	3,88	0,95	-0,824	0,410 ^{ns}	
Οικογενειακή ζωή	4	2-5	4,28	0,80	4	1-5	4,13	0,84	-1,576	0,115 ^{ns}	
Ρόλος στην οικογένεια	4	2-5	4,16	0,72	4	2-5	4,06	0,71	-1,213	0,225 ^{ns}	
Αριθμός φίλων-γνωστών	4	2-5	3,87	0,80	4	1-5	3,80	0,96	-0,684	0,494 ^{ns}	
Χόμπι	3	1-5	2,97	0,95	3	1-5	2,99	0,98	-0,330	0,741 ^{ns}	
Εμφάνιση	4	1-5	3,55	0,80	4	1-5	3,61	0,88	-0,661	0,509 ^{ns}	
Γενική ποιότητα ζωής	4	2-5	3,90	0,67	4	1-5	3,64	0,97	-2,636	0,008*	
		Min- Mdn	Max	M	SD	Min- Mdn	Max	M	SD	t	p
Σύνολο υποκλιμάκων	49	33-65	49,19	6,41	48	24-65	48,30	8,05	1,417	0,161 ^{ns}	

* $p < 0,01$

Πιο συγκεκριμένα, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική αλλαγή πριν και μετά την παρέμβαση (Πίνακας 13), στην υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων της ομάδας ελέγχου για: τη σωματική κατάσταση, τη διανοητική κατάσταση, την ψυχική ευεξία, την εργασία, τα οικονομικά, τη συζυγική ζωή, τη σεξουαλική ζωή, την οικογενειακή ζωή, το ρόλο στην

οικογένεια, τον αριθμό των φίλων ή γνωστών, τα χόμπι και την εμφάνιση. Αντίθετα, η υποκειμενική εκτίμηση της γενικής ποιότητας ζωής των γονέων της ομάδας ελέγχου στη Β΄ Φάση, εμφανίζεται σημαντικά χαμηλότερη, σε σχέση με την Α΄ Φάση (έλεγχος Wilcoxon, $n = 69$, $z = -2,636$, p διπλής ουράς = 0,008).

Σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, μετά την παρέμβαση η υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων της πειραματικής ομάδας (Πίνακας 14) αυξάνει σημαντικά συγκριτικά με την ικανοποίηση που εξέφραζαν πριν την παρέμβαση.

Πίνακας 14. Αποτελέσματα της LSI της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Wilcoxon Signed Ranks Test & Paired Samples T-Test)

Υποκλίμακες LSI	PPIN (n=52)				META (n=52)				z-core	p
	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD		
Σωματική κατάσταση	3	1-5	3,23	0,94	3	1-5	3,37	0,89	-1,117	0,264 ^{ns}
Διανοητική κατάσταση	4	2-5	3,88	0,76	4	3-5	4,08	0,59	-1,831	0,067 ^{10%}
Ψυχική ευεξία	3	2-5	3,27	0,84	4	2-5	3,63	0,69	-3,207	0,001*
Εργασία	4	1-5	3,38	0,97	3,5	2-5	3,50	0,70	-1,061	0,289 ^{ns}
Οικονομικά	3	1-5	3,38	0,89	3	2-5	3,37	0,77	-0,100	0,920 ^{ns}
Συζυγική ζωή	4	1-5	3,90	0,85	4	2-5	3,94	0,73	-0,421	0,674 ^{ns}
Σεξουαλική ζωή	4	2-5	3,62	0,91	4	2-5	3,69	0,96	-0,711	0,477 ^{ns}
Οικογενειακή ζωή	4	1-5	3,85	0,87	4	2-5	4,10	0,75	-2,252	0,024 [#]
Ρόλος στην οικογένεια	4	2-5	3,79	0,78	4	3-5	4,06	0,61	-2,557	0,011 [#]
Αριθμός φίλων-γνωστών	4	2-5	3,69	0,92	4	1-5	3,69	0,76	0,000	1,000 ^{ns}
Χόμπι	3	1-5	2,73	1,07	3	1-5	2,98	0,90	-2,024	0,043 [#]
Εμφάνιση	3	1-5	3,17	0,90	3	2-5	3,42	0,72	-2,600	0,009**
Γενική ποιότητα ζωής	4	2-5	3,50	0,67	4	2-5	3,75	0,62	-2,600	0,009**
		Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD	t	p
Σύνολο υποκλιμάκων	45	28-61	45,40	7,36	47,5	32-60	47,58	6,24	-2,736	0,009*

* $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, # $p < 0,05$, ^{10%} τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο 10%

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της πειραματικής ομάδας που απάντησαν την LSI πριν και μετά την παρέμβαση ($n = 52$), παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά. Παρουσιάζεται σημαντική αλλαγή στην LSI, μεταξύ Α΄ Φάσης ($M = 45,40$,

$SD = 7,36$) και Β΄ Φάσης ($M = 47,58$, $SD = 6,24$), με την υποκειμενική εκτίμηση της συνολικής ικανοποίησης να αυξάνει σημαντικά ($t(51) = -2,736$, p διπλής ουράς = 0,009).

Όπως οι γονείς της ομάδας ελέγχου, έτσι και οι γονείς της πειραματικής ομάδας, εκφράζουν την ίδια υψηλή ικανοποίηση τόσο στην Α΄ όσο και στη Β΄ Φάση σε τομείς όπως: η σωματική κατάσταση, η εργασία, τα οικονομικά, η συζυγική ζωή, η σεξουαλική ζωή και ο αριθμός των φίλων ή γνωστών.

Αντίθετα, η υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων της πειραματικής ομάδας σε αρκετούς τομείς αυξάνει σημαντικά κατά τη Β΄ Φάση συγκριτικά με την Α΄ Φάση.

Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς της πειραματικής ομάδας εμφανίζονται σημαντικά πολύ πιο ικανοποιημένοι (Πίνακας 14) στη Β΄ Φάση σε σχέση με την Α΄ Φάση ως προς την ψυχική τους ευεξία (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -3,207$, p διπλής ουράς = 0,001), την εμφάνιση τους (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -2,600$, p διπλής ουράς = 0,009), την οικογενειακή τους ζωή (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -2,252$, p διπλής ουράς = 0,024), το ρόλο τους στην οικογένεια (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -2,557$, p διπλής ουράς = 0,011) και τα χόμπι τους (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -2,024$, p διπλής ουράς = 0,043), ενώ παρατηρείται τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο 10%, με τιμές υποκειμενικής εκτίμησης της ικανοποίησης να τείνουν να είναι υψηλότερες στη διανοητική κατάσταση (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -1,831$, p διπλής ουράς = 0,067).

Σύγκριση των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση (LSI)

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με βάση την LSI πριν και μετά την παρέμβαση, παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 15 αμέσως παρακάτω.

Στην Α΄ Φάση, η συνολική υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησης με βάση την LSI των γονέων της πειραματικής ομάδας ($MD = 45,88$, $SD = 7,20$), είναι σημαντικά χαμηλότερη από τη συνολική υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων της ομάδας ελέγχου ($MD = 48,77$, $SD = 6,28$), ($t(178) = -2,764$, p διπλής ουράς = 0,006).

Κατά τη Β΄ Φάση και αμέσως μετά την παρέμβαση, οι γονείς της πειραματικής ομάδας εμφανίζουν υψηλότερες τιμές συνολικής υποκειμενικής εκτίμησης της ικανοποίησης από ότι στην Α΄ Φάση ($MD = 47,58$, $SD = 6,24$), συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου η οποία εμφανίζει ελαφρά μείωση ($MD = 48,30$, $SD = 8,05$) και δεν παρατηρείται καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ($t(119) = -0,540$, p διπλής ουράς = 0,590).

Επιπροσθέτως, ο έλεγχος U των Mann-Whitney διαπίστωσε ότι, η υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ στην Α΄ και Β΄ Φάσης ως προς την εργασία*,

* Υπάρχει μια τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

τα οικονομικά, τη συζυγική ζωή, τη σεξουαλική ζωή, τον αριθμό των φίλων ή των γνωστών και τα χόμπι.

Πίνακας 15. Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τα αποτελέσματα της LSI (Mann-Whitney Test & Independent Samples T-Test)

Υποκλίμακες LSI	ΠΙΠΝ		ΜΕΤΑ									
	Ελέγχου (n=120)	Πειρ/τική (n=60)	Mdn Min-Max	Mdn Min-Max	z-score	p	Ελέγχου (n=69)	Πειρ/τική (n=52)	Mdn Min-Max	Mdn Min-Max	z-score	p
Σωματική κατάσταση	4 (1-5)	3 (1-5)			-1,982	0,048**	3 (1-5)	3 (1-5)			-0,291	0,771 ^{ns}
Διανοητική κατάσταση	4 (3-5)	4 (2-5)			-2,181	0,029**	4 (2-5)	4 (3-5)			-1,140	0,254 ^{ns}
Ψυχική ευεξία	4 (1-5)	3 (2-5)			-2,394	0,017**	4 (1-5)	4 (2-5)			-0,687	0,492 ^{ns}
Εργασία	4 (1-5)	4 (1-5)			-1,658	0,097 ^{10%}	4 (1-5)	3,5 (2-5)			-1,540	0,124 ^{ns}
Οικονομικά	3,5 (1-5)	4 (1-5)			-0,344	0,731 ^{ns}	3 (1-5)	3 (2-5)			-0,378	0,705 ^{ns}
Συζυγική ζωή	4 (1-5)	4 (1-5)			-0,760	0,447 ^{ns}	4 (1-5)	4 (2-5)			-0,821	0,411 ^{ns}
Σεξουαλική ζωή	4 (1-5)	4 (2-5)			-1,853	0,064 ^{10%}	4 (1-5)	4 (2-5)			-1,212	0,225 ^{ns}
Οικογενειακή ζωή	4 (2-5)	4 (1-5)			-2,786	0,005*	4 (1-5)	4 (2-5)			-0,467	0,640 ^{ns}
Ρόλος στην οικογένεια	4 (2-5)	4 (2-5)			-2,228	0,026**	4 (2-5)	4 (3-5)			-0,130	0,896 ^{ns}
Αριθμός φίλων	4 (2-5)	4 (2-5)			-0,648	0,517 ^{ns}	4 (1-5)	4 (1-5)			-0,790	0,429 ^{ns}
Χόμπι	3 (1-5)	3 (1-5)			-0,949	0,343 ^{ns}	3 (1-5)	3 (1-5)			-0,036	0,971 ^{ns}
Εμφάνιση	4 (1-5)	3 (1-5)			-2,830	0,005*	4 (1-5)	3 (2-5)			-1,644	1,000 ^{ns}
Γενική ποιότητα	4 (2-5)	4 (2-5)			-2,431	0,015**	4 (1-5)	4 (2-5)			-0,206	0,837 ^{ns}
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			<i>t</i>	<i>p</i>
Σύνολο υποκλιμάκων	48,77 (6,28)	45,88 (7,20)			-2,764	0,006*	48,30 (8,05)	47,58 (6,24)			-0,540	0,590 ^{ns}

* $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, ^{10%} τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

Τέλος, ο έλεγχος U των Mann-Whitney διαπίστωσε ότι, ενώ η υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων της πειραματικής ομάδας (n_1) είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη από την εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων της ομάδας ελέγχου (n_2) κατά την Α΄ Φάση, σε ορισμένες υποκλίμακες της LSI, στη Β΄ Φάση και αμέσως μετά την παρέμβαση, οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά και οι γονείς της πειραματικής ομάδας αυξάνουν την

υποκειμενική εκτίμηση της ικανοποίησής τους συγκριτικά με τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, η πειραματική ομάδα ($n_1 = 60$) εκφράζει στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($n_2 = 120$) στην Α΄ Φάση από: τη σωματική κατάσταση ($U = 2992$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,048), τη διανοητική κατάσταση ($U = 2955,5$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,029), την ψυχική ευεξία ($U = 2865$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,017), την οικογενειακή ζωή ($U = 2748,5$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,005), το ρόλο στην οικογένεια ($U = 2949$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,026), την εμφάνιση ($U = 2735,5$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,005) και τη γενική ποιότητα ζωής ($U = 2885$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,015). Στη Β΄ Φάση, πειραματική ομάδα ($n_1 = 52$) και ομάδα ελέγχου ($n_2 = 69$), δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά στην εκτίμηση της ικανοποίησης από τους παραπάνω τομείς.

Τα αποτελέσματα της SCL-90-R

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της SCL-90-R της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας, όπως αυτά παρουσιάζονται στους Πίνακες 16 και 17 αντίστοιχα αμέσως παρακάτω, γίνεται αμέσως αντιληπτό μιας και πρόκειται για άτομα του γενικού πληθυσμού, ότι και οι δύο ομάδες εμφανίζουν μέσες φυσιολογικές τιμές.

Ωστόσο, στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται αντιληπτό ότι, τόσο σε ορισμένους δείκτες ψυχοπαθολογίας, όσο και σε ορισμένες υποκλίμακες, η πειραματική ομάδα κατά την Α΄ Φάση παρουσιάζει στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές και βρίσκεται σε μειονεκτικότερη θέση από την ομάδα ελέγχου. Οι διαφορές αυτές στη Β΄ Φάση της έρευνας και μετά την παρέμβαση εξαλείφονται και η ενόχληση από συμπτώματα των γονέων της πειραματικής ομάδας μειώνεται σημαντικά.

Οι τιμές της υποκλίμακας «Σωματοποίηση» έχουν εύρος τιμών 48, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 48, της «Ψυχαναγκαστικότητας-Καταναγκαστικότητας» έχουν εύρος τιμών 40, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 40, της «Διαπροσωπικής ευαισθησίας» έχουν εύρος τιμών 36, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 36, της «Κατάθλιψης» έχουν εύρος τιμών 52, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 52, του «Άγχους» έχουν εύρος τιμών 40, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 40, του «Θυμού-Επιθετικότητας» έχουν εύρος τιμών 24, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 24, του «Φοβικού άγχους» έχουν εύρος τιμών 28, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 28, του «Παρανοειδή ιδεασμού» έχουν εύρος τιμών 24, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 24 και του «Ψυχωτισμού» έχουν εύρος τιμών 36, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 36.

Περιγραφή αποτελεσμάτων (SCL-90-R)

Για την ομάδα ελέγχου, η μέση τιμή του ΓΔΣ πριν την παρέμβαση είναι 0,52, με σταθερή απόκλιση 0,44, διάμεσο 0,41 και εύρος τιμών 2,7, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 2,7. Η μέση τιμή

του ΓΔΣ της ομάδας ελέγχου μετά την παρέμβαση είναι 0,52, με σταθερή απόκλιση 0,51, διάμεσο 0,36 και εύρος τιμών 2,7, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 2,7. Για την πειραματική ομάδα, η μέση τιμή του ΓΔΣ πριν την παρέμβαση είναι 0,74, με σταθερή απόκλιση 0,62, διάμεσο 0,53 και εύρος τιμών 2,9, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 2,9. Η μέση τιμή του ΓΔΣ της πειραματικής ομάδας μετά την παρέμβαση είναι 0,45, με σταθερή απόκλιση 0,43, διάμεσο 0,33 και εύρος τιμών 2,2, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 2,2.

Πίνακας 16. Αποτελέσματα της SCL-90-R της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

<i>Δείκτες ψυχοπαθολογίας</i>	<i>PIPN (n=120)</i>				<i>META (n=69)</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min-Max</i>
ΓΔΣ	0,52	0,44	0,41	0-2,7	0,52	0,51	0,36	0-2,7
ΣΘΣ	27,54	17,97	26	0-83	27,26	19,78	22	0-87
ΔΕΘΣ	1,56	0,51	1,48	0-3	1,45	0,51	1,38	0-2,9
<i>Υποκλίμακες SCL-90-R</i>								
Σωματοποίηση	6,59	5,93	5	0-40	6,96	7,33	4	0-32
Ψυχαν/τητα-Καταν/τητα	6,85	6,18	5	0-26	6,83	6,66	5	0-31
Διαπροσωπική Ευαισθησία	4,90	5,07	4	0-27	4,52	4,81	2	0-20
Κατάθλιψη	8,06	7,10	6,5	0-28	8,12	8,47	5	0-39
Άγχος	4,56	4,97	3	0-32	4,94	5,78	3	0-36
Θυμός-Επιθετικότητα	3,87	4,10	3	0-20	3,62	3,88	2	0-16
Φοβικό άγχος	1,40	2,69	0	0-17	1,25	2,26	0	0-13
Παρανοειδής ιδεασμός	4,16	4,05	3	0-16	4,04	4,38	2	0-18
Ψυχωτισμός	3,10	4,66	1	0-27	3,07	4,79	1	0-24

Για την ομάδα ελέγχου, η μέση τιμή του ΣΘΣ πριν την παρέμβαση είναι 27,54, με σταθερή απόκλιση 17,97, διάμεσο 26 και εύρος τιμών 83, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 83. Η μέση τιμή του ΣΘΣ της ομάδας ελέγχου μετά την παρέμβαση είναι 27,26, με σταθερή απόκλιση 19,78, διάμεσο 22 και εύρος τιμών 87, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 87. Για την πειραματική ομάδα, η μέση τιμή του ΣΘΣ πριν την παρέμβαση είναι 35,45, με σταθερή απόκλιση 20,43, διάμεσο 32 και εύρος τιμών 79, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 79. Η μέση τιμή του ΣΘΣ της πειραματικής ομάδας μετά την παρέμβαση είναι 25,88, με σταθερή απόκλιση 17,69, διάμεσο 23 και εύρος τιμών 75, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 75.

Για την ομάδα ελέγχου, η μέση τιμή του ΔΕΘΣ πριν την παρέμβαση είναι 1,56, με σταθερή απόκλιση 0,51, διάμεσο 1,48 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 3. Η μέση τιμή του ΔΕΘΣ της ομάδας ελέγχου μετά την παρέμβαση είναι 1,45, με σταθερή απόκλιση 0,51, διάμεσο 1,38 και εύρος τιμών 2,9, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 2,9. Για την πειραματική ομάδα,

η μέση τιμή του ΔΕΘΣ πριν την παρέμβαση είναι 1,66, με σταθερή απόκλιση 0,57, διάμεσο 1,52 και εύρος τιμών 3 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 3,4. Η μέση τιμή του ΔΕΘΣ της πειραματικής ομάδας μετά την παρέμβαση είναι 1,43, με σταθερή απόκλιση 0,39, διάμεσο 1,26 και εύρος τιμών 3, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 2,6.

Πίνακας 17. Αποτελέσματα της SCL-90-R της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

<i>Δείκτες ψυχοπαθολογίας</i>	<i>PIPIN (n=60)</i>				<i>META (n=52)</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min- Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min- Max</i>
ΓΔΣ	0,74	0,62	0,53	0-2,9	0,45	0,43	0,33	0-2,2
ΣΘΣ	35,45	20,43	32	0-79	25,88	17,69	23	1-75
ΔΕΘΣ	1,66	0,57	1,52	0-3,4	1,43	0,39	1,26	1-2,6
<i>Υποκλίμακες SCL-90-R</i>								
Σωματοποίηση	7,50	6,60	6	0-26	5,42	5,29	4	0-20
Ψυχαν/τητα-Καταν/τητα	9,08	7,85	7	0-30	5,83	5,04	5,5	0-18
Διαπροσωπική Ευαισθησία	7,02	6,23	5	0-25	4,25	4,41	3	0-22
Κατάθλιψη	11,52	9,69	8,5	0-43	7,02	7,32	4	0-36
Άγχος	7,23	7,43	5	0-34	4,08	5,02	2	0-26
Θυμός-Επιθετικότητα	6,15	5,57	4,5	0-23	3,08	3,38	2	0-13
Φοβικό άγχος	2,18	4,53	0	0-24	1,25	2,92	0	0-16
Παρανοειδής ιδεασμός	5,20	5,23	3	0-18	3,71	4,31	2	0-19
Ψυχωτισμός	5,60	6,55	4	0-28	3,06	5,26	2	0-27

Στην υποκλίμακα «Σωματοποίηση», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 6,59, με σταθερή απόκλιση 5,93, διάμεσο 5 και εύρος τιμών 40, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 40. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 6,96, με σταθερή απόκλιση 7,33, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 32, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 32. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 7,50, με σταθερή απόκλιση 6,60, διάμεσο 6 και εύρος τιμών 26, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 26. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 5,42, με σταθερή απόκλιση 5,29, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 20, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 20.

Στην υποκλίμακα «Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 6,85, με σταθερή απόκλιση 6,18, διάμεσο 5 και εύρος τιμών 26, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 26. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 6,83, με σταθερή απόκλιση 6,66, διάμεσο 5 και εύρος τιμών 31, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 31. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 9,08, με σταθερή απόκλιση 7,85, διάμεσο 7 και εύρος τιμών 30, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 30. Μετά

την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 5,83, με σταθερή απόκλιση 5,04, διάμεσο 5,5 και εύρος τιμών 18, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 18.

Στην υποκλίμακα «Διαπροσωπική ευαισθησία», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 4,90, με σταθερή απόκλιση 5,07, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 27, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 27. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,52, με σταθερή απόκλιση 4,81, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 20, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 20. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 7,02, με σταθερή απόκλιση 6,23, διάμεσο 5 και εύρος τιμών 25, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 25. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,25, με σταθερή απόκλιση 4,41, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 22, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 22.

Στην υποκλίμακα «Κατάθλιψη», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 8,06, με σταθερή απόκλιση 7,10, διάμεσο 6,5 και εύρος τιμών 28, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 28. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 8,12, με σταθερή απόκλιση 8,47, διάμεσο 5 και εύρος τιμών 39, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 39. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 11,52, με σταθερή απόκλιση 9,69, διάμεσο 8,5 και εύρος τιμών 43, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 43. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 7,02, με σταθερή απόκλιση 7,32, διάμεσο 4, και εύρος τιμών 36, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 36.

Στην υποκλίμακα «Άγχος», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 4,56, με σταθερή απόκλιση 4,97, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 32, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 32. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,94, με σταθερή απόκλιση 5,78, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 36, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 36. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 7,23, με σταθερή απόκλιση 7,43, διάμεσο 5 και εύρος τιμών 34, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 34. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,08, με σταθερή απόκλιση 5,02, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 26, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 26.

Στην υποκλίμακα «Θυμός-Επιθετικότητα», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,87, με σταθερή απόκλιση 4,10, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 20, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 20. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,62, με σταθερή απόκλιση 3,88, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 16, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 16. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 6,15, με σταθερή απόκλιση 5,57, διάμεσο 4,5 και εύρος τιμών 23, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 23. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,08, με σταθερή απόκλιση 3,38, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 13, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 13.

Στην υποκλίμακα «Φοβικό άγχος», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 1,40, με σταθερή απόκλιση 2,69, διάμεσο 0 και εύρος τιμών 17, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 17. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 1,25, με σταθερή απόκλιση 2,26, διάμεσο 0 και εύρος τιμών 13, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 13. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση

τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 2,18, με σταθερή απόκλιση 4,53, διάμεσο 0 και εύρος τιμών 24, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 24. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 1,25, με σταθερή απόκλιση 2,92, διάμεσο 0 και εύρος τιμών 16, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 16.

Στην υποκλίμακα «Παρανοειδής ιδεασμός», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 4,16, με σταθερή απόκλιση 4,05, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 16, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 16. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,04, με σταθερή απόκλιση 4,38, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 18, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 18. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 5,20, με σταθερή απόκλιση 5,23, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 18, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 18. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,71, με σταθερή απόκλιση 4,31, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 19, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 19.

Στην υποκλίμακα «Ψυχωτισμός», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,10, με σταθερή απόκλιση 4,66, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 27, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 27. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,07, με σταθερή απόκλιση 4,79, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 24, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 24. Στην ίδια υποκλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 5,60, με σταθερή απόκλιση 6,55, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 28, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 28. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,06, με σταθερή απόκλιση 5,26, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 27, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 27.

Ζευγαρωτές μετρήσεις (SCL-90-R)

Τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της ομάδας ελέγχου που απάντησαν την SCL-90-R πριν και μετά την παρέμβαση ($n = 69$), όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 18 αμέσως παρακάτω, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης ως προς τους δείκτες ψυχοπαθολογίας της SCL-90-R. Η γενική ενόχληση από συμπτώματα για τους γονείς της ομάδας ελέγχου, είναι η ίδια και στις δύο φάσεις της έρευνας.

Αντίθετα, τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της πειραματικής ομάδας που απάντησαν την SCL-90-R πριν και μετά την παρέμβαση ($n = 52$), όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 19 αμέσως παρακάτω, παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική αλλαγή μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης και στους τρεις δείκτες ψυχοπαθολογίας της SCL-90-R, εμφανίζοντας χαμηλότερες τιμές κατά τη Β΄ Φάση. Οι γονείς της πειραματικής ομάδας μειώνουν σημαντικά τη γενική ενόχληση από συμπτώματα κατά τη Β΄ Φάση συγκριτικά με την Α΄ Φάση. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται σημαντική αλλαγή στο ΓΔΣ (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -5,128$, p διπλής ουράς = 0,000), το ΣΘΣ (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -4,790$, p διπλής ουράς = 0,000) και το ΔΕΘΣ (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -3,885$, p διπλής ουράς = 0,000).

Ως προς τις υποκλίμακες της SCL-90-R, η ομάδα ελέγχου ($n = 69$) δεν εμφανίζει καμία στατιστικά σημαντική αλλαγή πριν και μετά την παρέμβαση στις υποκλίμακες: «Σωματοποίηση», «Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη»*, «Θυμός-Επιθετικότητα», «Φοβικό άγχος», «Παρανοειδής ιδεασμός» και «Ψυχωτισμός». Αντίθετα, οι γονείς της ομάδας ελέγχου εμφανίζονται σημαντικά περισσότερο αγχωμένοι (υποκλίμακα «Άγχος» της SCL-90R) στη Β΄ Φάση σε σχέση με την Α΄ Φάση (έλεγχος Wilcoxon, $n = 69$, $z = -2,073$, p διπλής ουράς = 0,038).

Πίνακας 18. Αποτελέσματα της SCL-90-R της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Wilcoxon Signed Ranks Test)

Δείκτες Ψυχοπ/λογίας	IPIN ($n=69$)				META ($n=69$)				z-score	p
	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD		
ΓΔΣ	0,36	0-2,7	0,49	0,47	0,36	0-2,7	0,52	0,51	-0,550	0,583 ^{ns}
ΣΘΣ	23	0-83	26,65	18,61	22	0-87	27,26	19,78	-0,217	0,828 ^{ns}
ΔΕΘΣ	1,42	0-3	1,48	0,52	1,38	0-2,9	1,45	0,51	-0,207	0,836 ^{ns}
<i>Υποκλίμακες</i>										
Σωματοποίηση	4	0-40	6,25	6,68	4	0-32	6,96	7,33	-1,206	0,228 ^{ns}
Ψυχαν/τητα- Καταν/τητα	5	0-26	6,10	5,73	5	0-31	6,83	6,66	-0,681	0,496 ^{ns}
Διαπροσωπική Ευαισθησία	3	0-27	4,97	5,55	2	0-20	4,52	4,81	-1,252	0,211 ^{ns}
Κατάθλιψη	4	0-28	6,99	6,97	5	0-39	8,12	8,47	-1,729	0,084 ^{10%}
Άγχος	3	0-32	4,17	4,99	3	0-36	4,94	5,78	-2,073	0,038*
Θυμός- Επιθετικότητα	3	0-18	3,68	3,95	2	0-16	3,62	3,88	-0,125	0,901 ^{ns}
Φοβικό άγχος	0	0-17	1,58	2,99	0	0-13	1,25	2,26	-1,546	0,122 ^{ns}
Παρανοειδής ιδεασμός	3	0-16	4,09	4,17	2	0-18	4,04	4,38	-0,080	0,936 ^{ns}
Ψυχωτισμός	1	0-27	3,12	5,18	1	0-24	3,07	4,79	-0,120	0,904 ^{ns}

* $p < 0,05$, ^{10%} τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

Σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου η οποία παραμένει αμετάβλητη μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης, το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων που παρακολούθησαν οι γονείς της πειραματικής ομάδας ($n = 52$), στο μεσοδιάστημα μεταξύ των δύο φάσεων, φαίνεται να επιφέρει κατά τη Β΄ Φάση στατιστικά σημαντική μείωση της ενόχλησης από συμπτώματα, όλων των υποκλιμάκων της SCL-90-R συγκριτικά με την Α΄ Φάση.

* Υπάρχει μια τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, με την ομάδα ελέγχου να αυξάνει την ενόχληση από συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη Β΄ Φάση ($Mdn = 5$, $Min-Max = 0-39$) συγκριτικά με την Α΄ Φάση ($Mdn = 4$, $Min-Max = 0-28$).

Πιο συγκεκριμένα, κατά τη Β΄ Φάση παρατηρείται στατιστικά σημαντική μείωση της ενόχλησης των γονέων της πειραματικής ομάδας από συμπτώματα των υποκλιμάκων: «Σωματοποίηση» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -3,336$, p διπλής ουράς = 0,001), «Ψυχαν/τητα-Καταν/τητα» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -4,162$, p διπλής ουράς = 0,000), «Διαπροσωπική ευαισθησία» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -4,555$, p διπλής ουράς = 0,000), «Κατάθλιψη» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -4,359$, p διπλής ουράς = 0,000), «Άγχος» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -4,371$, p διπλής ουράς = 0,000), «Θυμός-Επιθετικότητα» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -5,228$, p διπλής ουράς = 0,000), «Φοβικό άγχος» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -3,125$, p διπλής ουράς = 0,002), «Παρανοειδής ιδεασμός» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -3,817$, p διπλής ουράς = 0,000) και «Ψυχωτισμός» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -3,988$, p διπλής ουράς = 0,000).

Πίνακας 19. Αποτελέσματα της SCL-90-R της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Wilcoxon Signed Ranks Test)

Δείκτες Ψυχοπ/λογίας	ΠΙΠΙΝ (n=52)				ΜΕΤΑ (n=52)				z- score	p
	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD		
ΓΔΣ	0,56	0-2,94	0,78	0,65	0,33	0-2,2	0,45	0,43	-5,128	0,000*
ΣΘΣ	32	0-79	36,40	21,40	23	1-75	25,88	17,69	-4,790	0,000*
ΔΕΘΣ	1,56	0-3,35	1,71	0,59	1,26	1-2,6	1,43	0,39	-3,885	0,000*
Υποκλίμακες										
Σωματοποίηση	6	0-26	7,79	6,95	4	0-20	5,42	5,29	-3,336	0,001*
Ψυχαν/τητα- Καταν/τητα	8,5	0-30	9,71	8,20	5,5	0-18	5,83	5,04	-4,162	0,000*
Διαπροσωπική Ευαισθησία	5	0-25	7,27	6,57	3	0-22	4,25	4,41	-4,555	0,000*
Κατάθλιψη	11	0-43	12,15	10,20	4	0-36	7,02	7,32	-4,359	0,000*
Άγχος	6	0-34	7,73	7,80	2	0-26	4,08	5,02	-4,371	0,000*
Θυμός- Επιθετικότητα	0	0-23	6,64	5,76	2	0-13	3,08	3,38	-5,228	0,000*
Φοβικό άγχος	0	0-24	2,48	4,80	0	0-16	1,25	2,92	-3,125	0,002**
Παρανοειδής ιδεασμός	4	0-18	5,75	5,40	2	0-19	3,71	4,31	-3,817	0,000*
Ψυχωτισμός	4	0-28	5,94	6,86	2	0-27	3,06	5,26	-3,988	0,000*

* $p < 0,001$, ** $p < 0,01$

Σύγκριση των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση (SCL-90-R)

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων, με βάση την SCL-90-R, πριν και μετά την παρέμβαση, παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 20.

Ο έλεγχος U των Mann-Whitney διαπίστωσε ότι ο αριθμός των συμπτωμάτων και η ένταση της ενόχλησης των γονέων της πειραματικής ομάδας (n_1), όπως αυτά εκφράζονται με τον ΓΔΣ της SCL-90-R, είναι σημαντικά υψηλότερα από αυτά της ομάδας ελέγχου (n_2) κατά την Α΄ Φάση ($U = 2855$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,024), ενώ στη Β΄ Φάση ο αριθμός και η ένταση των συμπτωμάτων είναι ίδιος και στις δύο ομάδες ($U = 1723,5$, $n_1 = 52$, $n_2 = 69$, p διπλής ουράς = 0,712).

Πίνακας 20. Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τα αποτελέσματα της SCL-90-R (Mann-Whitney Test)

Δείκτες ψυχοπ/γίας	PIPIN			META						
	Ελέγχου ($n=120$)		Πειρ/τική ($n=60$)	z- score	p	Ελέγχου ($n=69$)		Πειρ/τική ($n=52$)	z- score	p
	Mdn Min-Max	Mdn Min-Max	Mdn Min-Max			Mdn Min-Max				
ΓΔΣ	0,41 (0-2,74)	0,53 (0-2,94)	-2,261	0,024**	0,36 (0-2,71)	0,33 (0-2,2)	-0,369	0,712 ^{ns}		
ΣΘΣ	26 (0-83)	32 (0-79)	-2,410	0,016**	22 (0-87)	23 (1-75)	-0,299	0,765 ^{ns}		
ΔΕΘΣ	1,47 (0-3)	1,52 (0-3,35)	-1,189	0,234 ^{ns}	1,38 (0-2,88)	1,26 (1-2,64)	-0,375	0,708 ^{ns}		
<i>Υποκλίμακες</i>										
Σωματοποίηση	5 (0-40)	6 (0-26)	-0,703	0,482 ^{ns}	4 (0-32)	4 (0-20)	-0,899	0,369 ^{ns}		
Ψυχαν/τητα- Καταν/τητα	5 (0-26)	7 (0-30)	-1,611	0,107 ^{ns}	5 (0-31)	5 (0-18)	-0,465	0,642 ^{ns}		
Διαπροσωπική Ευαισθησία	4 (0-27)	5 (0-25)	-2,352	0,019**	2 (0-20)	3 (0-22)	-0,119	0,906 ^{ns}		
Κατάθλιψη	6,5 (0-28)	8,5 (0-43)	-2,374	0,018**	5 (0-39)	4 (0-36)	-0,617	0,537 ^{ns}		
Άγχος	3 (0-32)	5 (0-34)	-2,174	0,030**	3 (0-36)	2 (0-26)	-0,942	0,346 ^{ns}		
Θυμός- Επιθετικότητα	3 (0-20)	4,5 (0-23)	-2,910	0,004*	2 (0-16)	2 (0-13)	-0,556	0,578 ^{ns}		
Φοβικό άγχος	0 (0-17)	0 (0-24)	-0,552	0,581 ^{ns}	0 (0-13)	0 (0-16)	-0,783	0,433 ^{ns}		
Παρανοειδής ιδεασμός	3 (0-16)	3 (0-18)	-1,041	0,298 ^{ns}	2 (0-18)	2 (0-19)	-0,373	0,709 ^{ns}		
Ψυχωτισμός	1 (0-27)	4 (0-28)	-2,937	0,003*	1 (0-24)	2 (0-27)	-0,555	0,579 ^{ns}		

* $p < 0,01$, ** $p < 0,05$,

Επίσης, κατά την Α΄ Φάση, σημαντικά υψηλότερες είναι και οι διαπιστώσεις με θετική βαθμολογία των γονέων της πειραματικής ομάδας (n_1) του ΣΘΣ της SCL-90-R, συγκριτικά με τις αντίστοιχες διαπιστώσεις της ομάδας ελέγχου (n_2) ($U = 2806$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς =

0,016), ενώ στη Β΄ Φάση οι διαπιστώσεις με θετική βαθμολογία δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ($U = 1737, n_1 = 52, n_2 = 69, p$ διπλής ουράς = 0,765). Αντίθετα, πειραματική ομάδα (n_1) και ομάδα ελέγχου (n_2), δε διαφέρουν σημαντικά ως προς το μέτρο της έντασης της ενόχλησης του ΔΕΘΣ της SCL-90-R, τόσο στην Α΄ Φάση ($U = 3208,5, n_1 = 60, n_2 = 120, p$ διπλής ουράς = 0,234), όσο και στη Β΄ Φάση ($U = 1722,5, n_1 = 52, n_2 = 69, p$ διπλής ουράς = 0,708).

Επιπροσθέτως, πειραματική ομάδα και ομάδα ελέγχου, εμφανίζουν την ίδια ενόχληση από συμπτώματα, τόσο στην Α΄ όσο και στη Β΄ Φάση, στις υποκλίμακες: «Σωματοποίηση», «Ψυχαν/τητα-Καταν/τητα», «Φοβικό άγχος» και «Παρανοειδής ιδεασμός».

Τέλος, ενώ οι γονείς της πειραματικής ομάδα (n_1) συγκριτικά με τους γονείς της ομάδας ελέγχου (n_2), νιώθουν σημαντικά υψηλότερη ενόχληση από διάφορα συμπτώματα κατά την Α΄ Φάση, μετά την παρέμβαση η ενόχληση αυτή μειώνεται έτσι ώστε οι δύο ομάδες να μη διαφέρουν σημαντικά κατά τη Β΄ Φάση, στις υποκλίμακες: «Διαπροσωπική ευαισθησία», κατά την Α΄ Φάση ($U = 2828,5, n_1 = 60, n_2 = 120, p$ διπλής ουράς = 0,019) και τη Β΄ Φάση ($U = 1771,5, n_1 = 52, n_2 = 69, p$ διπλής ουράς = 0,906), «Κατάθλιψη», κατά την Α΄ Φάση ($U = 2819, n_1 = 60, n_2 = 120, p$ διπλής ουράς = 0,018) και τη Β΄ Φάση ($U = 1676,5, n_1 = 52, n_2 = 69, p$ διπλής ουράς = 0,537), «Άγχος», κατά την Α΄ Φάση ($U = 2647, n_1 = 60, n_2 = 120, p$ διπλής ουράς = 0,030) και τη Β΄ Φάση ($U = 1615,5, n_1 = 52, n_2 = 69, p$ διπλής ουράς = 0,346), «Θυμός-Επιθετικότητα», κατά την Α΄ Φάση ($U = 2647, n_1 = 60, n_2 = 120, p$ διπλής ουράς = 0,004) και τη Β΄ Φάση ($U = 1689, n_1 = 52, n_2 = 69, p$ διπλής ουράς = 0,578) και «Ψυχωτισμός», κατά την Α΄ Φάση ($U = 2651,5, n_1 = 60, n_2 = 120, p$ διπλής ουράς = 0,003) και τη Β΄ Φάση ($U = 1722,5, n_1 = 52, n_2 = 69, p$ διπλής ουράς = 0,579).

Τα αποτελέσματα του STAI

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα του STAI της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας όπως αυτά παρουσιάζονται στους Πίνακες 21 και 22 αντίστοιχα, γίνεται αμέσως αντιληπτό ότι οι γονείς και των δύο ομάδων εμφανίζουν λίγο υψηλότερες τιμές από τις μέσες τιμές του δείγματος των 73 τελειόφοιτων της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, όπου βασίστηκε η Ελληνική προσαρμογή του ερωτηματολογίου. Η μέση τιμή στο δείγμα των 73 τελειόφοιτων είναι, για το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας 34,54 για τους άνδρες και 37,47 για τις γυναίκες και για το καταστασιακό άγχος είναι 35,11 για τους άνδρες και 37,34 για τις γυναίκες (Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούσση, 2002).

Επίσης, στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων, αμέσως παρακάτω γίνεται αντιληπτό ότι, ενώ στην υποκλίμακα του STAI A-Trait οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο φάσεις τις έρευνας αντίθετως, η πειραματική ομάδα κατά την Α΄ Φάση παρουσιάζει στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές από την ομάδα ελέγχου στην

υποκλίμακα του STAI A-State, διαφορά που κατά τη Β΄ Φάση της έρευνας και αμέσως μετά την παρέμβαση, ανατρέπεται.

Οι τιμές της υποκλίμακας A-State και A-Trait έχουν εύρος τιμών η κάθε μία χωριστά 60, με ελάχιστη τιμή το 20 και μέγιστη το 80.

Περιγραφή αποτελεσμάτων (STAI)

Για την ομάδα ελέγχου, η μέση τιμή καταστασιακού άγχους (υποκλίμακα A-State) πριν την παρέμβαση είναι 36,34, με σταθερή απόκλιση 10,86, διάμεσο 36 και εύρος τιμών 46, με ελάχιστη τιμή 20 και μέγιστη 66.

Η μέση τιμή καταστασιακού άγχους μετά την παρέμβαση είναι 37,14, με σταθερή απόκλιση 11,88, διάμεσο 38 και εύρος τιμών 47, με ελάχιστη τιμή 20 και μέγιστη 67.

Για την πειραματική ομάδα, η μέση τιμή καταστασιακού άγχους (υποκλίμακα A-State) πριν την παρέμβαση είναι 42,82, με σταθερή απόκλιση 14,02, διάμεσο 40,5 και εύρος τιμών 57, με ελάχιστη τιμή 21 και μέγιστη 78.

Η μέση τιμή καταστασιακού άγχους μετά την παρέμβαση, είναι σαφώς σημαντικά χαμηλότερη 35,67, με σταθερή απόκλιση 10,80, διάμεσο 34 και εύρος τιμών 45, με ελάχιστη τιμή 20 και μέγιστη 65.

Πίνακας 21. Αποτελέσματα του STAI της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

Υποκλίμακες STAI	ΠΙΠΙΝ (n=120)				ΜΕΤΑ (n=69)			
	M	SD	Mdn	Min-Max	M	SD	Mdn	Min-Max
A-State	36,34	10,86	36	20-66	37,14	11,88	38	20-67
A-Trait	40,15	7,48	39	24-60	39,51	8,24	39	25-62

Πίνακας 22. Αποτελέσματα του STAI της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

Υποκλίμακες STAI	ΠΙΠΙΝ (n=60)				ΜΕΤΑ (n=52)			
	M	SD	Mdn	Min-Max	M	SD	Mdn	Min-Max
A-State	42,82	14,02	40,5	21-78	35,67	10,80	34	20-65
A-Trait	42,07	7,61	42	27-62	39,33	7,39	40	24-54

Για την ομάδας ελέγχου, η μέση τιμή δομικού άγχους (υποκλίμακα A-Trait) πριν την παρέμβαση είναι 40,15, με σταθερή απόκλιση 7,48, διάμεσο 39 και εύρος τιμών 36, με ελάχιστη τιμή 24 και μέγιστη 60.

Η μέση τιμή δομικού άγχους μετά την παρέμβαση είναι 39,51, με σταθερή απόκλιση 8,24, διάμεσο 39 και εύρος τιμών 37, με ελάχιστη τιμή 25 και μέγιστη 62.

Για την πειραματική ομάδα, η μέση τιμή δομικού άγχους (υποκλίμακα A-Trait) πριν την παρέμβαση είναι 42,07, με σταθερή απόκλιση 7,61, διάμεσο 42 και εύρος τιμών 35, με ελάχιστη τιμή 27 και μέγιστη 62.

Η μέση τιμή δομικού άγχους μετά την παρέμβαση είναι 39,33, με σταθερή απόκλιση 7,39, διάμεσο 40 και εύρος τιμών 30 με ελάχιστη τιμή 24 και μέγιστη 54.

Ζευγαρωτές μετρήσεις (STAI)

Τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της ομάδας ελέγχου που απάντησαν το STAI, πριν και μετά την παρέμβαση ($n = 69$), όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 23, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά για τις δύο υποκλίμακες πριν και μετά την παρέμβαση.

Οι γονείς της ομάδας ελέγχου εμφανίζουν ίδιο βαθμό καταστασιακού και δομικού άγχους μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης.

Πίνακας 23. Αποτελέσματα του STAI της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Paired Samples T-Test)

Υποκλίμακες STAI	ΠΙΠΙΝ ($n=69$)				ΜΕΤΑ ($n=69$)				<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Mdn</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
A-State	36	20-58	35,68	10,69	38	20-67	37,15	11,88	-1,189	0,239 ^{ns}
A-Ttait	39	24-58	39,44	7,69	39	25-62	39,51	8,24	-0,113	0,911 ^{ns}

Πίνακας 24. Αποτελέσματα του STAI της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Paired Samples T-Test)

Υποκλίμακες STAI	ΠΙΠΙΝ ($n=52$)				ΜΕΤΑ ($n=52$)				<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Mdn</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
A-State	39,5	22-78	42,39	14,11	34	20-65	35,67	10,80	3,826	0,000*
A-Ttait	42,5	27-62	42,21	7,68	40	24-54	39,33	7,39	3,692	0,001*

* $p < 0,001$

Αντίθετα, τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της πειραματικής ομάδας που απάντησαν το STAI, πριν και μετά την παρέμβαση ($n = 52$), όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 24, παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά για τις δύο υποκλίμακες.

Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται σημαντική μείωση του καταστασιακού άγχους που βιώνουν οι γονείς (υποκλίμακα A-State του STAI), μεταξύ Α΄ Φάσης ($M = 42,39$, $SD = 14,11$) και Β΄ Φάσης ($M = 35,67$, $SD = 10,80$) και το *t*-test είναι στατιστικά σημαντικό ($t(68) = 3,826$, p διπλής ουράς = 0,000).

Επίσης, παρουσιάζεται και σημαντική μείωση του δομικού άγχους των γονέων (υποκλίμακα A-Trait του STAI), μεταξύ Α΄ Φάσης ($M = 42,21$, $SD = 7,68$) και Β΄ Φάσης ($M = 39,33$, $SD = 7,39$) και το t -test είναι επίσης στατιστικά σημαντικό ($t(68) = 3,692$, p διπλής ουράς = $0,001$).

Σύγκριση των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση (STAI)

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με βάση το STAI, πριν και μετά την παρέμβαση, παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 25 αμέσως παρακάτω.

Στην Α΄ Φάση, το καταστασιακό άγχος (υποκλίμακα A-State του STAI) των γονέων της πειραματικής ομάδας ($n = 60$, $MD = 42,82$, $SD = 14,02$), είναι σημαντικά υψηλότερο από το καταστασιακό άγχος των γονέων της ομάδας ελέγχου ($n = 120$, $MD = 36,34$, $SD = 10,86$), ($t(178) = 3,138$, p διπλής ουράς = $0,002$).

Κατά τη Β΄ Φάση, και αμέσως μετά την παρέμβαση, οι μέσες τιμές του καταστασιακού άγχους των γονέων της πειραματικής ομάδας ($n = 52$, $MD = 35,67$, $SD = 10,80$), είναι χαμηλότερες συγκριτικά με τις μέσες τιμές καταστασιακού άγχους της ομάδας ελέγχου ($n = 69$, $MD = 37,15$, $SD = 11,88$) και δεν παρατηρείται καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ($t(178) = -0,701$, p διπλής ουράς = $0,484$).

Πίνακας 25. Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τα αποτελέσματα του STAI (Independent Samples T-Test)

STAI	ΠΡΙΝ		t	p	ΜΕΤΑ		t	p
	Ελέγχου ($n=120$)	Πειραματική ($n=60$)			Ελέγχου ($n=69$)	Πειραματική ($n=52$)		
	$M (SD)$	$M (SD)$			$M (SD)$	$M (SD)$		
A-State	36,34 (10,86)	42,82 (14,02)	3,138	0,002*	37,15 (11,88)	35,67 (10,80)	-0,701	0,484 ^{ns}
A-Trait	40,15 (7,48)	42,07 (7,61)	1,612	0,109 ^{ns}	39,51 (8,24)	39,33 (7,39)	-0,125	0,901 ^{ns}

* $p < 0,01$

Αντιθέτως, κατά την Α΄ Φάση, η πειραματική ομάδα δε διαφέρει σημαντικά ως προς το δομικό άγχος (A-Trait του STAI) με την ομάδα ελέγχου. Το ίδιο παρατηρείται και κατά τη Β΄ Φάση.

Τα αποτελέσματα του EPQ

Με βάση τα αποτελέσματα του EPQ της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας, όπως αυτά παρουσιάζονται στους Πίνακες 26 και 27 αντίστοιχα, γίνεται αντιληπτό ότι οι δύο ομάδες εμφανίζουν περίπου φυσιολογικές τιμές.

Κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, αμέσως παρακάτω, παρατηρείται ότι στις κλίμακες «Νευρωτισμός-N» και «Ψεύδος-L» η πειραματική ομάδα κατά την Α΄ Φάση παρουσιάζει στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές από την ομάδα ελέγχου σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%. Οι διαφορές στην κλίμακα «Νευρωτισμός-N», κατά τη Β΄ Φάση της έρευνας και μετά την παρέμβαση, δεν υφίσταται, ενώ στην κλίμακα «Ψεύδος-L», η ομάδα ελέγχου εμφανίζει σημαντικά υψηλότερες τιμές από αυτές της πειραματικής ομάδας.

Πίνακας 26. Αποτελέσματα του EPQ της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

Διαστάσεις προσωπικότητας EPQ	PIPIN (n=120)				META (n=69)			
	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max
Ψυχωτισμός (P)	2,16	1,65	2	0-11	2,33	1,77	2	0-8
Νευρωτισμός (N)	11,25	4,45	12	0-20	10,83	4,88	11	0-21
Εξωστρέφεια (E)	13,20	3,98	13	2-19	13,00	4,16	12	4-19
Ψεύδος (L)	11,10	3,42	12	1-17	11,64	3,82	12	2-18

Πίνακας 27. Αποτελέσματα του EPQ της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

Διαστάσεις προσωπικότητας EPQ	PIPIN (n=60)				META (n=52)			
	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max
Ψυχωτισμός (P)	2,32	1,82	2	0-7	2,54	1,86	2	0-9
Νευρωτισμός (N)	12,38	4,88	14	0-19	11,10	4,59	11	1-21
Εξωστρέφεια (E)	13,60	4,32	15	2-19	13,94	4,09	15	2-19
Ψεύδος (L)	9,97	3,79	10	0-16	9,65	4,09	10	0-17

Στο EPQ, οι τιμές της κλίμακας «Ψυχωτισμός-P» έχουν εύρος τιμών 24, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 24, της κλίμακας «Νευρωτισμός-N», έχουν εύρος τιμών 22, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 22, της κλίμακας «Εξωστρέφεια-E», έχουν εύρος τιμών 19, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 19 και της κλίμακας «Ψεύδος-L», έχουν εύρος τιμών 19, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 19.

Περιγραφή αποτελεσμάτων (EPQ)

Στην κλίμακα «Ψυχωτισμός-P», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 2,16, με σταθερή απόκλιση 1,65, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 11, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 11. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 2,33, με σταθερή απόκλιση 1,77, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 8, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 8. Στην ίδια κλίμακα, η μέση τιμή για την

πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 2,32, με σταθερή απόκλιση 1,82, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 7, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 7. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 2,54, με σταθερή απόκλιση 1,86, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 9, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 9.

Στην κλίμακα «Νευρωτισμός-N», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 11,25, με σταθερή απόκλιση 4,45, διάμεσο 12 και εύρος τιμών 20, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 20. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 10,83, με σταθερή απόκλιση 4,88, διάμεσο 11 και εύρος τιμών 21, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 21. Στην ίδια κλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 12,38, με σταθερή απόκλιση 4,88, διάμεσο 14 και εύρος τιμών 19, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 19. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 11,10, με σταθερή απόκλιση 4,59, διάμεσο 11 και εύρος τιμών 20, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 21.

Στην κλίμακα «Εξωστρέφεια-E», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 13,20, με σταθερή απόκλιση 3,98, διάμεσο 13 και εύρος τιμών 17, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 19. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 13,00, με σταθερή απόκλιση 4,16, διάμεσο 12 και εύρος τιμών 15, με ελάχιστη τιμή 4 και μέγιστη 19. Στην ίδια κλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι 13,60, με σταθερή απόκλιση 4,32, διάμεσο 15 και εύρος τιμών 17, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 19. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 13,94, με σταθερή απόκλιση 4,09, διάμεσο 15 και εύρος τιμών 17, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 19.

Στην κλίμακα «Ψεύδος-L», η μέση τιμή για την ομάδα ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 11,10, με σταθερή απόκλιση 3,42, διάμεσο 12 και εύρος τιμών 16, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 17. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 11,64, με σταθερή απόκλιση 3,82, διάμεσο 12 και εύρος τιμών 16, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 18. Στην ίδια κλίμακα, η μέση τιμή για την πειραματική ομάδα πριν την παρέμβαση είναι σημαντικά χαμηλότερη από της ομάδας ελέγχου 9,97, με σταθερή απόκλιση 3,79, διάμεσο 10 και εύρος τιμών 16, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 16. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 9,65, με σταθερή απόκλιση 4,09, διάμεσο 10 και εύρος τιμών 17, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 17.

Ζευγαρωτές μετρήσεις (EPQ)

Τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της ομάδας ελέγχου που απάντησαν το EPQ πριν και μετά την παρέμβαση ($n = 69$), όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 28, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ Α' και Β' Φάσης ως προς τις διαστάσεις προσωπικότητας του EPQ. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική αλλαγή σε στοιχεία της ψυχωτικής διάστασης της προσωπικότητας (κλίμακας P), σε στοιχεία της νευρωτικής διάστασης (κλίμακα N), σε στοιχεία εξωστρέφειας (κλίμακα E)* και και στοιχεία ψεύδους (κλίμακα L).

* Υπάρχει μια πολύ μικρή τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, με την ομάδα ελέγχου να μειώνει την εξωστρέφειά της κατά τη Β' Φάση ($Mdn = 12$, $Min-Max = 4-19$) συγκριτικά με την Α' Φάση ($Mdn = 13$, $Min-Max = 2-19$).

Πίνακας 28. Αποτελέσματα του EPQ της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Wilcoxon Signed Ranks Test)

Διαστάσεις προσ/κότητας	ΠPIN (n=69)				META (n=69)				z-score	p
	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD		
Ψυχωτισμός	2	0-6	2,04	1,39	2	0-8	2,33	1,77	-1,423	0,155 ^{ns}
Νευρωτισμός	11	0-20	10,96	4,65	11	0-21	10,83	4,88	-0,351	0,726 ^{ns}
Εξωστρέφεια	13	2-19	12,55	4,27	12	4-19	13,00	4,16	-1,695	0,090 ^{10%}
Ψεύδος	12	4-17	11,54	3,15	12	2-18	11,64	3,82	-0,360	0,719 ^{ns}

^{10%} τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

Τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της πειραματικής ομάδας που απάντησαν το EPQ πριν και μετά την παρέμβαση ($n = 52$), όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 29, εμφανίζουν στατιστικά σημαντική αλλαγή μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της κλίμακας N, που σχετίζονται με τη νύρωση (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -3,064$, p διπλής ουράς = 0,002), όπου οι γονείς της ομάδας ελέγχου μειώνουν σημαντικά την ενασχόληση από συμπτώματα νύρωσης κατά τη Β΄ Φάση ($Mdn = 11$, $Min-Max = 1-21$) συγκριτικά με την Α΄ Φάση ($Mdn = 14$, $Min-Max = 0-19$).

Αντίθετα, οι γονείς της πειραματικής ομάδας δεν παρουσιάζουν καμιά στατιστικά σημαντική αλλαγή μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης στις διαστάσεις «Ψυχωτισμός-P», «Εξωστρέφεια-E» και «Ψεύδος-L».

Πίνακας 29. Αποτελέσματα του EPQ της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Wilcoxon Signed Ranks Test)

Διαστάσεις προσωπικότητας	ΠPIN (n=52)				META (n=52)				z-score	p
	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD		
Ψυχωτισμός	2	0-7	2,44	1,85	2	0-9	2,54	1,86	-0,482	0,630 ^{ns}
Νευρωτισμός	14	0-19	12,60	4,93	11	1-21	11,10	4,59	-3,064	0,002*
Εξωστρέφεια	15	2-19	13,46	4,44	15	2-19	13,94	4,09	-1,293	0,196 ^{ns}
Ψεύδος	10	0-16	9,75	3,85	10	0-17	9,65	4,09	-0,217	0,828 ^{ns}

* $p < 0,01$

Σύγκριση των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση (EPQ)

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με βάση το EPQ πριν και μετά την παρέμβαση παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω στον Πίνακα 30.

Ο έλεγχος U των Mann-Whitney, διαπίστωσε ότι η πειραματική ομάδα (n_1) και η ομάδα ελέγχου (n_2), τόσο κατά την Α΄ όσο και κατά τη Β΄ Φάση, εμφανίζουν ίδια στοιχεία

προσωπικότητας, όπως αυτά εκφράζονται από τις διαστάσεις προσωπικότητας: «Ψυχωτισμός-P» και «Εξωστρέφεια-E». Αντιθέτως, η πειραματική ομάδα (n_1), εμφανίζει σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10% υψηλότερα στοιχεία νεύρωσης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (n_2), όπως αυτά εκφράζονται από την κλίμακα «Νευρωτισμός-N», κατά την Α΄ Φάση ($U = 2977$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,058), ενώ μετά την παρέμβαση, η διαφοροποίηση αυτή ανατρέπεται με τις δύο ομάδες να μη διαφέρουν σημαντικά ως προς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με τη νύρωση ($U = 1772,5$, $n_1 = 52$, $n_2 = 69$, p διπλής ουράς = 0,910).

Τέλος, σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, παρατηρείται μεταξύ πειραματικής ομάδας (n_1) και ομάδας ελέγχου (n_2), ως προς την κλίμακα «Ψεύδος-L», με την ομάδα ελέγχου να έχει υψηλότερες τιμές συγκριτικά με την πειραματική ομάδα κατά την Α΄ Φάση ($U = 2965,5$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,053).

Πίνακας 30. Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τα αποτελέσματα του EPQ (Mann-Whitney Test)

	ΠΙΠΝ		z-	p	ΜΕΤΑ		z-score	p
	Ελέγχου (n=120)	Πειρ/τική (n=60)			Ελέγχου (n=69)	Πειρ/τική (n=52)		
Διαστάσεις προσ/τητας	Mdn Min-Max	Mdn Min-Max	score		Mdn Min-Max	Mdn Min-Max		
Ψυχωτισμός	2 (0-11)	2 (0-7)	-0,390	0696 ^{ns}	2 (0-8)	2 (0-9)	-0,616	0,538 ^{ns}
Νευρωτισμός	12 (0-20)	14 (0-19)	-1,895	0,058 ^{10%}	11 (0-21)	11 (1-21)	-0,113	0,910 ^{ns}
Εξωστρέφεια	13 (2-19)	15 (2-19)	-0,919	0,358 ^{ns}	12 (4-19)	15 (2-19)	-1,308	0,191 ^{ns}
Ψεύδος	12 (1-17)	10 (0-16)	-1,933	0,053 ^{10%}	12 (2-18)	10 (0-17)	-2,728	0,006*

* $p < 0,01$, ^{10%} τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

Μετά την παρέμβαση, η διαφορά αυτή αυξάνει σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, με την ομάδα ελέγχου να αυξάνει τις τιμές και την πειραματική ομάδα να τις μειώνει και να εμφανίζεται σημαντικά περισσότερο ειλικρινής και λιγότερο τελειοθηρική ($U = 1275$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,006).

Τα αποτελέσματα του ΕΔΕΠ

Με βάση τα αποτελέσματα του ΕΔΕΠ της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας, όπως αυτά παρουσιάζονται στους Πίνακες 31 και 32 αντίστοιχα, γίνεται αντιληπτό ότι οι δύο ομάδες εμφανίζουν χαμηλές τιμές. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το ΕΔΕΠ εξετάζει την ενδο-προσωπική και δια-προσωπική προσαρμογή του παιδιού. Η ενδο-προσωπική προσαρμογή αναφέρεται σε συμπτώματα που παρεμποδίζουν το παιδί να ζει αρμονικά με τον εαυτό του, ενώ η δια-προσωπική προσαρμογή αναφέρεται σε συμπτώματα που παρεμποδίζουν το παιδί να ζει αρμονικά με τους άλλους. Το ερωτηματολόγιο διακρίνει τρία σύνδρομα ενδο-προσωπικής

προσαρμογής: α) Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός, β) Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός, και γ) Ψυχοσωματικές διαταραχές. Επίσης, διακρίνει δύο σύνδρομα δια-προσωπικής προσαρμογής: α) Επιθετικότητα και β) Παραβατικότητα.

Οι τιμές του συνδρόμου «Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός» έχουν εύρος τιμών 58, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 58, του συνδρόμου «Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός», έχουν εύρος τιμών 28, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 28, του συνδρόμου «Ψυχοσωματικές διαταραχές», έχουν εύρος τιμών 24, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 24, του συνδρόμου «Επιθετικότητα», έχουν εύρος τιμών 42, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 42 και του συνδρόμου «Παραβατικότητα», έχουν εύρος τιμών 40, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 40. Τα «Αταξινόμητα συμπτώματα», κατηγοριοποιημένα σε μία ομάδα συμπτωμάτων, έχουν εύρος τιμών 28, με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 28.

Περιγραφή αποτελεσμάτων (ΕΔΕΠ)

Στο σύνδρομο «Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός», η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 6,18, με σταθερή απόκλιση 6,49, διάμεσο 5 και εύρος τιμών 43, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 43. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 6,43, με σταθερή απόκλιση 7,36, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 40, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 40. Στο ίδιο σύνδρομο, η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 7,42, με σταθερή απόκλιση 6,87, διάμεσο 6 και εύρος τιμών 36, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 36. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι σαφώς χαμηλότερη 5,40, με σταθερή απόκλιση 5,35, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 26, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 26.

Στο σύνδρομο «Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός», η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 2,33, με σταθερή απόκλιση 3,54, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 20, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 20. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 2,51, με σταθερή απόκλιση 4,22, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 24, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 24. Στο ίδιο σύνδρομο, η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 2,92, με σταθερή απόκλιση 3,10, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 14, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 14. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι σημαντικά χαμηλότερη 1,64, με σταθερή απόκλιση 2,07, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 8, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 8.

Στο σύνδρομο «Ψυχοσωματικές διαταραχές», η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 1,84, με σταθερή απόκλιση 2,79, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 22, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 22. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 2,07, με σταθερή απόκλιση 3,21, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 22, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 22. Στο ίδιο σύνδρομο, η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 2,10, με σταθερή απόκλιση 2,56, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 16, με ελάχιστη τιμή 0 και

μέγιστη 16. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι σημαντικά χαμηλότερη 1,48, με σταθερή απόκλιση 1,86, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 10, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 10.

Πίνακας 31. Αποτελέσματα του ΕΔΕΠ της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

	PPIN (n=120)				META (n=69)			
	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max
<i>Σύνδρομο-Υποκλίμακες</i>								
<i>Ενδο-προσωπική προσαρμογή</i>								
Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαν/σμός	6,18	6,49	5	0-43	6,43	7,36	4	0-40
Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός	2,33	3,54	1	0-20	2,51	4,22	1	0-24
Ψυχοσωματικές διαταραχές	1,84	2,79	1	0-22	2,07	3,21	1	0-22
<i>Δια-προσωπική προσαρμογή</i>								
Επιθετικότητα	5,75	6,12	4	0-30	4,81	6,07	3	0-30
Παραβατικότητα	3,25	5,86	2	0-40	2,84	6,70	1	0-40
<i>Αταξινόμητα συμπτώματα</i>	2,32	3,25	1	0-20	2,23	3,94	1	0-23

Πίνακας 32. Αποτελέσματα του ΕΔΕΠ της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

	PPIN (n=60)				META (n=52)			
	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max
<i>Σύνδρομο-Υποκλίμακες</i>								
<i>Ενδο-προσωπική προσαρμογή</i>								
Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαν/σμός	7,42	6,87	6	0,36	5,40	5,35	4	0-26
Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός	2,92	3,10	2	0-14	1,64	2,07	1	0-8
Ψυχοσωματικές διαταραχές	2,10	2,56	2	0-16	1,48	1,86	1	0-10
<i>Δια-προσωπική προσαρμογή</i>								
Επιθετικότητα	7,67	7,58	5,5	0-40	4,96	5,49	3,5	0-28
Παραβατικότητα	3,92	5,70	3	0-39	2,31	3,58	1	0-20
<i>Αταξινόμητα συμπτώματα</i>	3,18	3,50	2	0-15	1,96	2,28	1	0-11

Στο σύνδρομο «Επιθετικότητα», η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 5,75, με σταθερή απόκλιση 6,12, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 30, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 30. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι χαμηλότερη 4,81, με σταθερή απόκλιση 6,07, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 30, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 30. Στο ίδιο σύνδρομο, η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 7,67, με σταθερή απόκλιση 7,58, διάμεσο 5,5 και εύρος τιμών 40, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 40. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι σημαντικά χαμηλότερη 4,96, με σταθερή απόκλιση 5,49, διάμεσο 3,5 και εύρος τιμών 28, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 28.

Στο σύνδρομο «Παραβατικότητα», η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,25, με σταθερή απόκλιση 5,86, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 40, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 40. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι χαμηλότερη 2,84, με σταθερή απόκλιση 6,70, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 40, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 40. Στο ίδιο σύνδρομο, η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 3,92, με σταθερή απόκλιση 5,70, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 39, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 39. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι σημαντικά χαμηλότερη 2,31, με σταθερή απόκλιση 3,58, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 20, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 20.

Τέλος, στα «Αταξινόμητα συμπτώματα», η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 2,32, με σταθερή απόκλιση 3,25, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 20, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 20. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 2,23, με σταθερή απόκλιση 3,94, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 23, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 23. Στα «Αταξινόμητα συμπτώματα», η μέση τιμή για τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 3,18, με σταθερή απόκλιση 3,50, διάμεσο 2 και εύρος τιμών 15, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 15. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι σημαντικά χαμηλότερη 1,96, με σταθερή απόκλιση 2,28, διάμεσο 1 και εύρος τιμών 11, με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 11.

Ζευγαρωτές μετρήσεις (ΕΔΕΠ)

Ενώ η ομάδα ελέγχου δεν έλαβε καμία παρέμβαση μεταξύ Α' και Β' Φάσης, όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα του Πίνακα 33, όπως δηλώνουν οι γονείς απαντώντας το ΕΔΕΠ κατά τη Β' Φάση της έρευνας, τα παιδιά τους κατά έναν ανεξήγητο τρόπο, διαφοροποιούνται σημαντικά σε σχέση με την Α' Φάση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, ως προς τα «Αταξινόμητα συμπτώματα» και το σύνδρομο «Επιθετικότητα» και σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, ως προς το σύνδρομο «Παραβατικότητα», ενώ όπως λογικά είναι αναμενόμενο δεν διαφοροποιούνται καθόλου ως προς τα σύνδρομα ενδο-προσωπικής προσαρμογής.

Πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική αλλαγή για τα παιδιά των γονέων της ομάδας ελέγχου, στο επίπεδο ενδο-προσωπικής προσαρμογής όπως αυτό εκφράζεται μέσα από τα σύνδρομα «Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός», «Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός» και «Ψυχοσωματικές διαταραχές». Αντιθέτως, κατά έναν ανεξήγητο τρόπο, τα παιδιά των γονέων της ομάδας ελέγχου παρουσιάζουν βελτίωση στο επίπεδο δια-προσωπικής προσαρμογής, όπως αυτό εκφράζεται μέσα από το σύνδρομο «Επιθετικότητα»* και σημαντική βελτίωση στο επίπεδο δια-προσωπικής προσαρμογής, όπως αυτό εκφράζεται μέσα από το σύνδρομο «Παραβατικότητα»

* Υπάρχει μια τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου να βελτιώνουν την επιθετική συμπεριφορά κατά τη Β' Φάση ($Mdn = 3$, $Min-Max = 0-30$) συγκριτικά με την Α' Φάση ($Mdn = 4$, $Min-Max = 0-30$).

(έλεγχος Wilcoxon, $n = 69$, $z = -2,147$, p διπλής ουράς = 0,032). Επίσης, τα παιδιά των γονέων της ομάδας ελέγχου παρουσιάζουν βελτίωση και στα «Αταξινόμητα συμπτώματα» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 69$, $z = -1,918$, p διπλής ουράς = 0,055)*.

Πίνακας 33. Αποτελέσματα του ΕΔΕΠ της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Wilcoxon Signed Ranks Test)

Σύνδρομα-Υποκλίμακες	ΠΙΠΙΝ (n=69)				ΜΕΤΑ (n=69)				z-score	p
	Min-Mdn	Max	M	SD	Min-Mdn	Max	M	SD		
<i>Ενδο-προσωπική προσαρμογή</i>										
Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός	5	0-43	6,64	7,57	4	0-40	6,44	7,36	-1,091	0,275 ^{ns}
Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός	1	0-20	2,42	3,79	1	0-24	2,51	4,22	-0,311	0,756 ^{ns}
Ψυχοσωματικές διαταραχές	1	0-22	2,06	3,23	1	0-22	2,07	3,21	-0,110	0,912 ^{ns}
<i>Δια-προσωπική προσαρμογή</i>										
Επιθετικότητα	4	0-30	5,52	6,48	3	0-30	4,81	6,07	-1,852	0,064 ^{10%}
Παραβατικότητα	1	0-40	3,39	6,84	1	0-40	2,84	6,70	-2,147	0,032*
Αταξινόμητα συμπτώματα	1	0-20	2,58	3,72	1	0-23	2,23	3,94	-1,918	0,055 ^{10%}

* $p < 0,05$, ^{10%} τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων που παρακολούθησαν οι γονείς της πειραματικής ομάδας ($n = 52$) στο μεσοδιάστημα μεταξύ των δύο φάσεων, φαίνεται μέσα από τις απαντήσεις τους στο ΕΔΕΠ ότι επιφέρει στα παιδιά τους, κατά τη Β΄ Φάση, στατιστικά σημαντική μείωση της ενόχλησης από συμπτώματα όλων των συνδρόμων ενδο-προσωπικής και δια-προσωπικής προσαρμογής του ΕΔΕΠ, συγκριτικά με την Α΄ Φάση (Πίνακας 34).

Πιο συγκεκριμένα, κατά τη Β΄ Φάση παρατηρείται στατιστικά σημαντική μείωση της ενόχλησης των παιδιών των γονέων της πειραματικής ομάδας, από συμπτώματα των συνδρόμων: «Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -4,222$, p διπλής ουράς = 0,000), «Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -4,098$, p διπλής ουράς = 0,000), «Ψυχοσωματικές διαταραχές» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -3,083$, p διπλής ουράς = 0,002), «Επιθετικότητα» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -4,191$, p διπλής ουράς = 0,000) και «Παραβατικότητα» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -3,770$, p διπλής ουράς = 0,000). Επίσης, τα

* Υπάρχει μια τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου να μειώνουν την εκδήλωση συμπτωμάτων κατά τη Β΄ Φάση ($Mdn = 1$, $Min-Max = 0-23$) συγκριτικά με την Α΄ Φάση ($Mdn = 1$, $Min-Max = 0-20$).

παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική βελτίωση και στα «Αταξινόμητα συμπτώματα» (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -3,961$, p διπλής ουράς = 0,000).

Πίνακας 34. Αποτελέσματα του ΕΔΕΠ της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Wilcoxon Signed Ranks Test)

Σύνδρομα- Υποκλίμακες ΕΔΕΠ	ΠΙΠΙΝ (n=52)				ΜΕΤΑ (n=52)				z-score	p
	Mdn	Min- Max	M	SD	Mdn	Min- Max	M	SD		
<i>Ενδο-προσωπική προσαρμογή</i>										
Άγχος-Δυσθυμία- Ψυχαναγκασμός	5	0-36	7,44	7,28	4	0-26	5,40	5,35	-4,222	0,000*
Μοναχικότητα- Βραδυψυχισμός	2	0-14	3,06	3,29	1	0-8	1,64	2,07	-4,098	0,000*
Ψυχοσωματικές διαταραχές	2	0-16	2,21	2,69	1	0-10	1,48	1,86	-3,083	0,002**
<i>Δια-προσωπική προσαρμογή</i>										
Επιθετικότητα	6	0-40	8,15	7,95	3,5	0-28	4,96	5,49	-4,191	0,000*
Παραβατικότητα	3	0-39	4,15	6,07	1	0-20	2,31	3,58	-3,770	0,000*
Αταξινόμητα συμπτώματα	2	0-15	3,39	3,69	1	0-11	1,96	2,28	-3,961	0,000*

* $p < 0,001$, $p < 0,01$

Σύγκριση των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση (ΕΔΕΠ)

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με βάση το ΕΔΕΠ, πριν και μετά την παρέμβαση, παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 35.

Ο έλεγχος U των Mann-Whitney, διαπίστωσε ότι σύμφωνα πάντα με τις απαντήσεις των γονέων κατά τη συμπλήρωση του ΕΔΕΠ, τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας (n_1) και της ομάδας ελέγχου (n_2) δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ Α' και Β' Φάσης, στην εκδήλωση συμπτωμάτων των συνδρόμων: «Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός» και «Ψυχοσωματικές διαταραχές». Το ίδιο παρατηρείται και στην εκδήλωση αταξινόμητων συμπτωμάτων του ΕΔΕΠ.

Αντιθέτως, τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας (n_1), εκδηλώνουν κατά την Α' Φάση, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, λίγο εντονότερα συμπτώματα των συνδρόμων «Επιθετικότητα» ($U = 3010,5$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,073) και «Παραβατικότητα» ($U = 3061,5$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,096), τα οποία όμως μειώνονται σημαντικά κατά τη Β' Φάση και παρά την ανεξήγητη βελτίωση των παιδιών της

ομάδας ελέγχου κατά τη Β΄ Φάση (ζευγαρωτές μετρήσεις, σελ. 143) οι διαφορές στα παιδιά των δύο ομάδων εξαλείφονται.

Πίνακας 35. Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τα αποτελέσματα του ΕΔΕΠ (Mann-Whitney Test)

	ΠΡΩΤΗ		<i>z/p</i>	ΜΕΤΑ		<i>z/p</i>
	Ελέγχου (<i>n</i> =120)	Πειρ/τική (<i>n</i> =60)		Ελέγχου (<i>n</i> =69)	Πειρ/τική (<i>n</i> =52)	
<i>Σύνδρομα-Υποκλίμακες</i>	<i>Mdn</i> <i>Min-Max</i>	<i>Mdn</i> <i>Min-Max</i>		<i>Mdn</i> <i>Min-Max</i>	<i>Mdn</i> <i>Min-Max</i>	
<i>Ενδο-προσωπική προσαρμογή</i>						
Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός	5 (0-43)	6 (0-36)	-1,336 0,181 ^{ns}	4 (0-40)	4 (0-26)	-0,386 0,699 ^{ns}
Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός	1 (0-20)	2 (0-14)	-2,208 0,027*	1 (0-24)	1 (0-8)	-0,705 0,481 ^{ns}
Ψυχοσωματικές διαταραχές	1 (0-22)	2 (0-16)	-1,274 0,203 ^{ns}	1 (0-22)	1 (0-10)	-0,893 0,372 ^{ns}
<i>Δια-προσωπική προσαρμογή</i>						
Επιθετικότητα	4 (0-30)	5,5 (0-40)	-1,796 0,073 ^{10%}	3 (0-30)	3,5 (0-28)	-0,575 0,565 ^{ns}
Παραβατικότητα	2 (0-40)	3 (0-39)	-1,665 0,096 ^{10%}	1 (0-40)	1 (0-20)	-0,813 0,416 ^{ns}
<i>Αταξινόμητα συμπτώματα</i>	1 (0-20)	2 (0-15)	-1,605 0,108 ^{ns}	1 (0-23)	1 (0-11)	-0,516 0,606 ^{ns}

* $p < 0,05$, ^{10%} τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

Τέλος, ο έλεγχος *U* των Mann-Whitney, διαπίστωσε ότι τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας (n_1), εκδηλώνουν συγκριτικά με τα παιδιά των γονέων της ομάδας ελέγχου (n_2), κατά την Α΄ Φάση, σημαντικά εντονότερα συμπτώματα του συνδρόμου «Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός» ($U = 2888,5$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,027), συμπτώματα τα οποία αμέσως μετά την παρέμβαση μειώνονται σημαντικά, στο βαθμό που τα παιδιά των γονέων των δύο ομάδων να μην διαφέρουν σημαντικά ως προς την εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων, κατά τη Β΄ Φάση ($U = 1664$, $n_1 = 52$, $n_2 = 69$, p διπλής ουράς = 0,481).

Τα αποτελέσματα της FACES III

Στην παρούσα μελέτη, η FACES III χρησιμοποιείται κυρίως για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών, ως προς την εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης και τη λειτουργικότητα

της οικογένειας, των γονέων που δηλώνουν συμμετοχή και τελικά συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων (πειραματική ομάδα), συγκριτικά με τους γονείς που τους δίδεται η ευκαιρία να συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης αλλά τελικά επιλέγουν να μη συμμετέχουν (ομάδα ελέγχου). Για το λόγο αυτό, ιδιαίτερη σημασία έχουν τα ευρήματα της σύγκρισης των δύο ομάδων κατά την Α΄ Φάση. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η FACES III αξιολογεί τη συνοχή και την προσαρμοστικότητα ή ευκαμψία της οικογένειας.

Το αποτέλεσμα της πρόσθεσης των αριθμών που αντιστοιχούν στις απαντήσεις των ερωτήσεων με ζυγή αρίθμηση (π.χ. 2, 4, 6 κ.λ.π.), αντιπροσωπεύουν τον τύπο οικογένειας ως προς την προσαρμοστικότητα. Ανάλογα με το αποτέλεσμα, διακρίνουμε 4 τύπους οικογένειας ως προς την προσαρμοστικότητα, από τους οποίους οι δύο ακραίοι είναι και λιγότερο λειτουργικοί. Οι τέσσερις τύποι οικογένειας ως προς την προσαρμοστικότητα καθώς και τα σκορ που αντιστοιχούν στον κάθε έναν από αυτούς, είναι: 1) η άκαμπτη οικογένεια (αποτελέσματα: 10 έως 14 = 1 και 15 έως 19 = 2), 2) η δομημένη οικογένεια (αποτελέσματα: 20 έως 22 = 3 και 23 έως 24 = 4), 3) η ευέλικτη οικογένεια (αποτελέσματα: 25 έως 26 = 5 και 27 έως 29 = 6) και 4) η πολύ ευέλικτη οικογένεια (αποτελέσματα: 30 έως 40 = 7 και 41 έως 50 = 8).

Με τον ίδιο τρόπο, το αποτέλεσμα της πρόσθεσης των αριθμών που αντιστοιχούν στις απαντήσεις των ερωτήσεων με μονή αρίθμηση (π.χ. 1, 3, 5 κ.λ.π.), αντιπροσωπεύουν τον τύπο οικογένειας ως προς την συνοχή. Ανάλογα με το αποτέλεσμα, διακρίνουμε 4 τύπους οικογένειας ως προς τη συνοχή, από τους οποίους οι δύο ακραίοι είναι και λιγότερο λειτουργικοί. Οι τέσσερις τύποι οικογένειας ως προς την συνοχή, καθώς και τα σκορ που αντιστοιχούν στον κάθε έναν από αυτούς, είναι: 1) η διασπασμένη οικογένεια (αποτελέσματα: 10 έως 24 = 1 και 25 έως 34 = 2), 2) η χωρισμένη οικογένεια (αποτελέσματα: 35 έως 37 = 3 και 38 έως 40 = 4), 3) η συνδεδεμένη οικογένεια (αποτελέσματα: 41 έως 42 = 5 και 43 έως 45 = 6) και 4) η πολύ συνδεδεμένη οικογένεια (αποτελέσματα: 46 έως 47 = 7 και 48 έως 50 = 8).

Επίσης, με βάση την κλίμακα FACES III, η οικογένεια διακρίνεται ως προς τη λειτουργικότητά της σε τέσσερις γενικούς τύπους, οι οποίοι προκύπτουν από το αποτέλεσμα της εξίσωσης [συνοχή (σκορ) + προσαρμοστικότητα (σκορ) : 2]. Οι τύποι αυτοί είναι: α) η μη-ισορροπημένη οικογένεια (αποτέλεσμα: 1 έως 2), β) η μέτρια ισορροπημένη οικογένεια (αποτέλεσμα: 3 έως 4), γ) η μεσαίου εύρους οικογένεια (αποτέλεσμα: 5 έως 6), και δ) η ισορροπημένη οικογένεια (αποτέλεσμα: 7 έως 8).

Όπως επίσης αναφέρθηκε, η κλίμακα αποτελείται από 20 θέματα-ερωτήσεις τα οποία απαντώνται δύο φορές. Οι πρώτες 20 ερωτήσεις (ερωτήσεις 1-20,) αφορούν στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η οικογένεια στο παρόν (προσλαμβανόμενη εκτίμηση). Στις επόμενες 20 ερωτήσεις (ερωτήσεις 21-40), το άτομο απαντά πώς θα ήθελε να λειτουργεί η οικογένειά του (ιδεατή εκτίμηση). Η διαφορά ανάμεσα σε αυτές τις δύο απόψεις που έχει το άτομο για την λειτουργία της οικογένειάς του, δίνει το βαθμό ικανοποίησής του από αυτή. Όσο μεγαλύτερη είναι

η ανακολουθία ιδεατής και προσλαμβανόμενης εκτίμησης, τόσο μικρότερη είναι η ικανοποίηση και το αντίστροφο.

Κατά αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσαμε να πούμε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ανακολουθία ιδεατής και προσλαμβανόμενης εκτίμησης των ερωτήσεων με ζυγή αρίθμηση, τόσο μικρότερη είναι η ικανοποίηση από την προσαρμοστικότητα της οικογένειας και το αντίστροφο και όσο μεγαλύτερη είναι η ανακολουθία ιδεατής και προσλαμβανόμενης εκτίμησης των ερωτήσεων με μονή αρίθμηση, τόσο μικρότερη είναι η ικανοποίηση από τη συνοχή της οικογένειας και το αντίστροφο.

Η προσαρμοστικότητα όπως επίσης και η συνοχή, έχουν εύρος τιμών 50 με ελάχιστη τιμή το 10 και μέγιστη το 50.

Περιγραφή αποτελεσμάτων (FACES III)

Με βάση τα αποτελέσματα της FACES III της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας, όπως αυτά παρουσιάζονται στους Πίνακες 36 και 37 αντίστοιχα, γίνεται αντιληπτό ότι οι δύο ομάδες εμφανίζουν φυσιολογικές τιμές.

Η μέση τιμή προσαρμοστικότητας της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 23,93, που αντιστοιχεί στον δομημένο τύπο οικογένειας, με σταθερή απόκλιση 6,37, διάμεσο 24 και εύρος τιμών 28, με ελάχιστη τιμή 11 και μέγιστη 39. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 22,38, που αν και λίγο χαμηλότερη αντιστοιχεί και πάλι στο δομημένο τύπο οικογένειας, με σταθερή απόκλιση 7,20, διάμεσο 20 και εύρος τιμών 27, με ελάχιστη τιμή 12 και μέγιστη 39. Η μέση τιμή προσαρμοστικότητας της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 23,63 που επίσης, αντιστοιχεί στο δομημένο τύπο οικογένειας, με σταθερή απόκλιση 5,85, διάμεσο 24 και εύρος τιμών 26, με ελάχιστη τιμή 11 και μέγιστη 37. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 24,21, που αντιστοιχεί στη δομημένη οικογένεια με τάση προς την ευέλικτη, με σταθερή απόκλιση 7,90, διάμεσο 23,5 και εύρος τιμών 31, με ελάχιστη τιμή 11 και μέγιστη 42.

Η μέση τιμή συνοχής της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 41,19, που αντιστοιχεί στη συνδεδεμένη οικογένεια, με σταθερή απόκλιση 5,80, διάμεσο 43 και εύρος τιμών 28, με ελάχιστη τιμή 22 και μέγιστη 50. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή συνοχής είναι επίσης 41,19, που αντιστοιχεί και πάλι στη συνδεδεμένη οικογένεια, με σταθερή απόκλιση 6,69, διάμεσο 43 και εύρος τιμών 32, με ελάχιστη τιμή 18 και μέγιστη 50. Η μέση τιμή συνοχής της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 40,50, που αντιστοιχεί περισσότερο στη συνδεδεμένη παρά στη χωρισμένη οικογένεια, με σταθερή απόκλιση 5,90, διάμεσο 42 και εύρος τιμών 29, με ελάχιστη τιμή 21 και μέγιστη 50. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 40,90, που αντιστοιχεί και πάλι περισσότερο στη συνδεδεμένη οικογένεια, με σταθερή απόκλιση 5,47, διάμεσο 42 και εύρος τιμών 25, με ελάχιστη τιμή 24 και μέγιστη 49.

Πίνακας 36. Αποτελέσματα της FACES III της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

<i>Υποκλίμακες FACES III</i>	<i>PIPIN (n=120)</i>		<i>META (n=69)</i>	
	<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (Min-max)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (Min-max)</i>
<i>Ικανοποίηση</i>				
Ικανοποίηση (προσαρ/τητα)	3,38 (6,40)	4 (-21-15)	4,12 (6,22)	4 (-10-21)
Ικανοποίηση (συνοχή)	3,88 (5,24)	3 (-8-25)	3,74 (6,13)	2 (-11-28)
Ολική ικανοποίηση	7,25 (9,42)	7 (-23-34)	7,86 (9,29)	7 (-13-34)
<i>Διαστάσεις</i>				
Προσαρμοστικότητα	23,93 (6,37)	24 (11-39)	22,38 (7,20)	20 (12-39)
Συνοχή	41,19 (5,80)	43 (22-50)	41,19 (6,69)	43 (18-50)
<i>Τύποι οικογένειας</i>				
Τύπος προσαρμοστικότητας	4,18 (1,96)	4 (1-7)	3,61 (2,18)	3 (1-7)
Τύπος συνοχής	5,06 (1,84)	6 (1-8)	5,19 (2,02)	6 (1-8)
Γενικός τύπος	4,62 (1,42)	4,5 (1,5-7,5)	4,4 (1,55)	4,5 (1-7,5)

Πίνακας 37. Αποτελέσματα της FACES III της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων

<i>Υποκλίμακες FACES III</i>	<i>PIPIN (n=60)</i>		<i>META (n=52)</i>	
	<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (Min-max)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (Min-max)</i>
<i>Ικανοποίηση</i>				
Ικανοποίηση (προσαρ/τητα)	3,87 (5,20)	3,5 (-6-22)	4,37 (5,86)	5 (-11-19)
Ικανοποίηση (συνοχή)	3,98 (6,47)	2,5 (-19-21)	3,87 (5,15)	3 (-6-21)
Ολική ικανοποίηση	7,85 (9,78)	6 (-21-34)	8,23 (8,74)	7 (-7-37)
<i>Διαστάσεις</i>				
Προσαρμοστικότητα	23,63 (5,85)	24 (11-37)	24,21 (7,90)	23,5 (11-42)
Συνοχή	40,50 (5,90)	42 (21-50)	40,90 (5,47)	42 (24-49)
<i>Τύποι οικογένειας</i>				
Τύπος προσαρμοστικότητας	4,22 (1,91)	4 (1-7)	4,25 (2,14)	4 (1-8)
Τύπος συνοχής	4,95 (1,84)	5 (1-8)	5,00 (1,80)	5 (1-8)
Γενικός τύπος	4,58 (1,26)	4,5 (2-7,5)	4,63 (1,48)	4,5 (1,5-7,5)

Κατηγοριοποιώντας τα παραπάνω αποτελέσματα ως προς τον τύπο οικογένειας με βάση την προσαρμοστικότητα που αναφέρθηκε παραπάνω, η μέση τιμή προσαρμοστικότητας της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 4,18, που αντιστοιχεί στον δομημένο τύπο οικογένειας, με σταθερή απόκλιση 1,96, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 6, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 7. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,61, που αν και χαμηλότερη αντιστοιχεί και πάλι στο δομημένο

τύπο οικογένειας, με σταθερή απόκλιση 2,18, διάμεσο 3 και εύρος τιμών 6, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 7. Η μέση τιμή του τύπου οικογένειας ως προς την προσαρμοστικότητα της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 4,22, που επίσης αντιστοιχεί στο δομημένο τύπο οικογένειας, με σταθερή απόκλιση 1,91, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 6, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 7. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,25, που αντιστοιχεί στη δομημένη οικογένεια, με σταθερή απόκλιση 2,14, διάμεσο 4 και εύρος τιμών 7, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 8.

Με τον ίδιο τρόπο, κατηγοριοποιώντας τα παραπάνω αποτελέσματα ως προς τον τύπο οικογένειας με βάση τη συνοχή που αναφέρθηκε παραπάνω, η μέση τιμή συνοχής της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 5,06, που αντιστοιχεί στο συνδεδεμένο τύπο οικογένειας, με σταθερή απόκλιση 1,84, διάμεσο 6 και εύρος τιμών 7, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 8. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 5,19, που αντιστοιχεί και πάλι στο συνδεδεμένο τύπο οικογένειας, με σταθερή απόκλιση 2,02, διάμεσο 6 και εύρος τιμών 7, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 8. Η μέση τιμή του τύπου οικογένειας ως προς τη συνοχή της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 4,95, που επίσης αντιστοιχεί στο συνδεδεμένο τύπο οικογένειας, με σταθερή απόκλιση 1,84, διάμεσο 5 και εύρος τιμών 7, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 8. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 5, που αντιστοιχεί στη συνδεδεμένη οικογένεια, με σταθερή απόκλιση 1,80, διάμεσο 5, εύρος τιμών 7, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 8.

Ως προς το γενικό τύπο οικογένειας με βάση τη λειτουργικότητα, η μέση τιμή της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 4,62, που αντιστοιχεί στη μεσαίου εύρους οικογένεια, με σταθερή απόκλιση 1,42, διάμεσο 4,5 και εύρος τιμών 6, με ελάχιστη τιμή 1,5 και μέγιστη 7,5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,4, που αντιστοιχεί περισσότερο στη μέτρια ισορροπημένη με τάση προς τη μεσαίου εύρους οικογένεια, με σταθερή απόκλιση 1,55, διάμεσο 4,5 και εύρος τιμών 6,5, με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 7,5. Η μέση τιμή του γενικού τύπου οικογένειας ως προς τη λειτουργικότητα της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 4,58, που αντιστοιχεί στη μεσαίου εύρους οικογένεια, με σταθερή απόκλιση 1,26, διάμεσο 4,5 και εύρος τιμών 5,5, με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη 7,5. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,63, που αντιστοιχεί στη μεσαίου εύρους οικογένεια, με σταθερή απόκλιση 1,48, διάμεσο 4,5 και εύρος τιμών 6, με ελάχιστη τιμή 1,5 και μέγιστη 7,5.

Ως προς την ικανοποίηση, η δύο ομάδες εμφανίζουν αρκετά χαμηλές τιμές τόσο πριν όσο και μετά την παρέμβαση, γεγονός που σημαίνει ότι, η ανακολουθία ιδεατής και προσλαμβανόμενης εκτίμησης είναι αρκετά μικρή και άρα η ικανοποίηση των γονέων από την κατάσταση μέσα στην οικογένεια αρκετά μεγάλη. Πιο συγκεκριμένα, ως προς την ολική ικανοποίηση, η μέση τιμή ικανοποίησης της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 7,25, με σταθερή απόκλιση 9,42. Μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 7,86, με σταθερή απόκλιση 9,29. Η μέση τιμή ολικής ικανοποίησης της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 7,85, με σταθερή απόκλιση 9,78. και μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 8,23, με σταθερή απόκλιση

8,74. Ως προς την ικανοποίηση από την προσαρμοστικότητα, η μέση τιμή ικανοποίησης της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,38, με σταθερή απόκλιση 6,40 και μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,12, με σταθερή απόκλιση 6,22. Η μέση τιμή ικανοποίησης ως προς την προσαρμοστικότητα της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 3,87, με σταθερή απόκλιση 5,20 και μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 4,37, με σταθερή απόκλιση 5,86. Ως προς την ικανοποίηση από τη συνοχή, η μέση τιμή ικανοποίησης της ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση είναι 3,88, με σταθερή απόκλιση 5,24 και μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,74, με σταθερή απόκλιση 6,13. Η μέση τιμή ικανοποίησης ως προς τη συνοχή της πειραματικής ομάδας πριν την παρέμβαση είναι 3,98, με σταθερή απόκλιση 6,47 και μετά την παρέμβαση, η μέση τιμή είναι 3,87, με σταθερή απόκλιση 5,15. Στον Πίνακα 38 παρουσιάζονται αναλυτικά οι συχνότητες ανά τύπο οικογένειας κατά την Α' και Β' Φάση, των γονέων της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας.

Πίνακας 38. Συχνότητες ανά τύπο οικογένειας της FACES III (πρώτες 20 ερωτήσεις) με βάση την αντίληψη της υπάρχουσας οικογενειακής κατάστασης των γονέων κατά την Α' και Β' Φάση

Τύποι οικογένειας FACES III	PIPIN (Α' Φάση)				Σύνολο n/%	META (Β' Φάση)				Σύνολο n/%
	Ελέγχου		Πειραματική			Ελέγχου		Πειραματική		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<i>Προσκόττητα</i>										
Άκαμπτη	33	27,5	17	28,3	50/27,8	30	43,5	12	23,1	42/34,7
Δομημένη	34	28,3	14	23,3	48/26,7	16	23,2	18	34,6	34/28,1
Ευέλικτη	31	25,8	18	30,0	49/27,2	9	13,0	11	21,2	20/16,5
Πολύ ευέλικτη	22	18,3	11	18,3	33/18,3	14	20,3	11	21,2	25/20,7
Σύνολο	120	100	60	100	180/100	69	100	52	100	121/100
<i>Συνοχή</i>										
Διασπασμένη	15	12,5	7	11,7	22/12,2	10	14,5	6	11,5	16/13,2
Χωρισμένη	33	27,5	17	28,3	50/27,8	12	17,4	12	23,1	24/19,8
Συνδεδεμένη	48	40,0	24	40,0	72/40,0	30	43,5	23	44,2	53/43,8
Πολύ συνδεδεμένη	24	20,0	12	20,0	36/20,0	17	24,6	11	21,2	28/23,1
Σύνολο	120	100	60	100	180/100	69	100	52	100	121/100
<i>Γενικός τύπος</i>										
Μη-ισορροπημένη	6	5,0	2	3,3	8/4,4	4	5,8	2	3,8	6/5,0
Μέτρια ισορ/μένη	41	34,2	21	35,0	62/34,4	30	43,5	19	36,5	49/40,5
Μεσαίου εύρους	55	45,8	33	55,0	88/48,9	24	34,8	22	42,3	46/38,0
Ισορροπημένη	18	15,0	4	6,7	22/12,2	11	15,9	9	17,3	20/16,5
Σύνολο	120	100	60	100	180/100	69	100	52	100	121/100

Ως προς την προσαρμοστικότητα, το 54,1% των γονέων της ομάδας ελέγχου, σύμφωνα με την αντίληψη της οικογενειακής τους κατάστασης, ανήκουν στις υγιείς μεσαίες κατηγορίες οικογένειας, κατά την Α΄ Φάση (άκαμπτη 27,5%, δομημένη 28,3%, ευέλικτη 25,8%, πολύ ευέλικτη 18,3%), ενώ κατά τη Β΄ Φάση, παρατηρείται μια αστάθεια στην αντίληψη της οικογενειακής κατάστασης σε σχέση με την Α΄ Φάση, με το 68% των γονέων της ομάδας ελέγχου να ανήκει στις ακραίες κατηγορίες οικογένειας (άκαμπτη 43,5%, δομημένη 23,2%, ευέλικτη 13,0%, πολύ ευέλικτη 20,3%). Αντίθετα, στην πειραματική ομάδα παρατηρείται μια σταθερότητα ανάμεσα στις δύο φάσεις, όπου στις υγιείς μεσαίες κατηγορίες οικογένειας ανήκει το 53,3 των γονέων στην Α΄ Φάση (άκαμπτη 28,3%, δομημένη 23,3%, ευέλικτη 30,0%, πολύ ευέλικτη 18,3%) και το 55,8% στη Β΄ Φάση (άκαμπτη 23,1%, δομημένη 34,6%, ευέλικτη 21,2%, πολύ ευέλικτη 21,2%).

Ως προς τη συνοχή, το 67,5% των γονέων της ομάδας ελέγχου, σύμφωνα με την αντίληψη της οικογενειακής τους κατάστασης, ανήκουν στις υγιείς μεσαίες κατηγορίες οικογένειας, κατά την Α΄ Φάση (διασπασμένη 12,5%, χωρισμένη 27,5%, συνδεδεμένη 40,0%, πολύ συνδεδεμένη 20,0%), ενώ κατά τη Β΄ Φάση, παρατηρείται μια μικρή μετακίνηση της αντίληψης των γονέων σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση προς τις ακραίες κατηγορίες οικογένειας, σε σχέση με την Α΄ Φάση, με το 60,9% των γονέων της ομάδας ελέγχου να ανήκει στις υγιείς μεσαίες κατηγορίες οικογένειας (διασπασμένη 14,5%, χωρισμένη 17,4%, συνδεδεμένη 43,5%, πολύ συνδεδεμένη 24,6%). Αντίθετα, στην πειραματική ομάδα παρατηρείται και πάλι μια σταθερότητα στις δύο φάσεις, όπου στις υγιείς μεσαίες κατηγορίες, ανήκει το 68,3 των γονέων, στην Α΄ Φάση (διασπασμένη 11,7%, χωρισμένη 28,3%, συνδεδεμένη 40,0%, πολύ συνδεδεμένη 20,0%) και το 67,3% στη Β΄ Φάση (διασπασμένη 11,5%, χωρισμένη 23,1%, συνδεδεμένη 44,2%, πολύ συνδεδεμένη 21,2%).

Τέλος, ως προς τη λειτουργικότητα, παρατηρείται ότι ελάχιστοι γονείς και των δύο ομάδων και στις δύο φάσεις ανήκουν στη μη-ισορροπημένη οικογένεια. Για τους γονείς της ομάδας ελέγχου, στη μη-ισορροπημένη οικογένεια ανήκει το 5,0% κατά την Α΄ Φάση (μη-ισορροπημένη 5,0%, μέτρια ισορροπημένη 34,2%, μεσαίου εύρους 45,8%, ισορροπημένη 15,0%) και το 5,8% κατά τη Β΄ Φάση (μη-ισορροπημένη 5,8%, μέτρια ισορροπημένη 43,5%, μεσαίου εύρους 34,8%, ισορροπημένη 15,9%), ωστόσο, εμφανίζεται μια μετακίνηση των γονέων κατά τη Β΄ Φάση, σε σχέση με την Α΄ Φάση, από την καλύτερης λειτουργικότητας μεσαίου εύρους οικογένεια προς την μέτρια ισορροπημένη οικογένεια. Για τους γονείς της πειραματικής ομάδας στη μη-ισορροπημένη οικογένεια ανήκει το 3,3% κατά την Α΄ Φάση (μη-ισορροπημένη 3,3%, μέτρια ισορροπημένη 35,0%, μεσαίου εύρους 55,0%, ισορροπημένη 6,7%) και το 3,8% κατά τη Β΄ Φάση (μη-ισορροπημένη 3,8%, μέτρια ισορροπημένη 36,5%, μεσαίου εύρους 42,3%, ισορροπημένη 17,3%), ενώ παράλληλα και σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, εμφανίζεται μια

μετακίνηση των γονέων κατά τη Β΄ Φάση σε σχέση με την Α΄ Φάση, από την χαμηλότερης λειτουργικότητας μεσαίου εύρους οικογένεια προς την ισορροπημένη οικογένεια.

Ζευγαρωτές μετρήσεις (FACES III)

Τα αποτελέσματα της σύγκριση των γονέων της ομάδας ελέγχου που απάντησαν την FACES III πριν και μετά την παρέμβαση ($n = 69$), όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 39, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης ως προς τις περισσότερες διαστάσεις της FACES III, εκτός μιας, αυτής του γενικού τύπου οικογένειας.

Πίνακας 39. Αποτελέσματα της FACES III της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Paired Samples T-Test & Wilcoxon Signed Ranks Test)

	ΠΙΠΙΝ ($n=69$)		ΜΕΤΑ ($n=69$)		<i>t/z</i> <i>score</i>	<i>p</i>
	<i>Mdn</i> (<i>Min-Max</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>Min-Max</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
<i>Υποκλίμακες</i>						
<i>Ικανοποίηση</i>						
Προσκόττητα	5 (-13-15)	3,55 (6,60)	4 (-10-21)	4,12 (6,22)	<i>t</i> /-0,718	0,475 ^{NS}
Συνοχή	3 (-8-19)	3,74 (4,71)	2 (-11-28)	3,74 (6,13)	<i>z</i> /-0,278	0,781 ^{NS}
Ολική ικανοποίηση	7 (-15-32)	7,29 (9,10)	7 (-13-34)	7,86 (9,29)	<i>t</i> /-0,537	0,593 ^{NS}
<i>Διαστάσεις</i>						
Προσαρμοστικότητα	23 (11-38)	23,61 (6,80)	20 (12-39)	22,38 (7,20)	<i>t</i> /1,762	0,083 ^{10%}
Συνοχή	44 (25-50)	42,13 (5,33)	43 (18-50)	41,19 (6,69)	<i>z</i> /-1,464	0,143 ^{NS}
<i>Τύποι οικογένειας</i>						
Τύπος προσκόττητας	4 (1-7)	4,06 (2,03)	3 (1-7)	3,61 (2,18)	<i>z</i> /-1,628	0,104 ^{NS}
Τύπος συνοχής	6 (2-8)	5,39 (1,69)	6 (1-8)	5,19 (2,02)	<i>z</i> /-0,939	0,348 ^{NS}
Γενικός τύπος	4,5 (2-7,5)	4,73 (1,31)	4,5 (1-7,5)	4,40 (1,55)	<i>z</i> /-2,179	0,029*

* $p < 0,05$, ^{10%} τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

Δεν υπάρχει σημαντική αλλαγή και οι γονείς της ομάδας ελέγχου εκφράζουν τον ίδιο βαθμό ικανοποίησης, μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης, ως προς προσαρμοστικότητα την ολική ικανοποίηση, καθώς και την προσλαμβανόμενη ικανοποίηση από το επίπεδο της συνοχής της οικογένειας. Επίσης, δεν υπάρχει σημαντική αλλαγή στην υποκειμενική αντίληψη της υπάρχουσας οικογενειακής προσαρμοστικότητας των γονέων*, όπως και στην υποκειμενική αντίληψη της υπάρχουσας οικογενειακής συνοχής. Ως προς τον τύπο οικογένειας με βάση την προσαρμοστικότητα και τη συνοχή, οι γονείς της ομάδας ελέγχου αν και εμφανίζουν χαμηλότερες

* Υπάρχει μια μικρή τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, με την ομάδα ελέγχου να μειώνει τις τιμές προσαρμοστικότητας κατά τη Β΄ Φάση ($M = 22,38$, $SD = 7,20$) συγκριτικά με την Α΄ Φάση ($M = 23,61$, $SD = 6,80$), χωρίς όμως αυτό να μπορεί να ερμηνευθεί ως κάτι το ιδιαίτερο.

μέσες τιμές στη Β΄ Φάση σε σχέση με τις τιμές της Α΄ Φάσης, δεν παρουσιάζουν σημαντική αλλαγή και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των απαντήσεων τους, κατατάσσουν την οικογένειά τους και στις δύο φάσεις στη δομημένη και συνδεδεμένη οικογένεια αντίστοιχα. Δε συμβαίνει το ίδιο όμως και ως προς το γενικό τύπο οικογένειας με βάση τη λειτουργικότητα, όπου οι γονείς εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές κατά τη Β΄ Φάση σε σχέση με την Α΄ Φάση (έλεγχος Wilcoxon, $n = 69$, $z = -2,179$, p διπλής ουράς = 0,029), αποτέλεσμα που δείχνει μια αστάθεια τις υποκειμενικής τους αντίληψης σε σχέση με τη λειτουργικότητα της οικογένειάς τους, στο μεσοδιάστημα των τεσσάρων περίπου μηνών μεταξύ των δύο φάσεων, όπου η αρχική κατάταξή τους στη μεσαίου εύρους οικογένεια στην Α΄ Φάση, στη Β΄ Φάση τείνει σημαντικά στην μέτρια ισορροπημένη οικογένεια.

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των γονέων της πειραματικής ομάδας που απάντησαν την FACES III πριν και μετά την παρέμβαση ($n = 52$), όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 40, δεν εμφανίζουν καμία στατιστικά σημαντική αλλαγή μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης, παρόλο που οι τιμές υποκειμενικής εκτίμησης των γονέων σχετικά με την υπάρχουσα οικογενειακή κατάσταση βελτιώνονται στη Β΄ Φάση ως προς την ικανοποίηση από το επίπεδο της οικογενειακής προσαρμοστικότητας, την ικανοποίηση από το επίπεδο της οικογενειακής συνοχής, την ικανοποίηση από το επίπεδο της ολικής ικανοποίησης από την οικογενειακή κατάσταση, την υποκειμενική αντίληψη της υπάρχουσας οικογενειακής προσαρμοστικότητας και την υποκειμενική αντίληψη της υπάρχουσας οικογενειακής συνοχής.

Πίνακας 40. Αποτελέσματα της FACES III της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων (Paired Samples T-Test & Wilcoxon Signed Ranks Test)

	PIPIN ($n=52$)		META ($n=52$)		<i>t/z</i>	<i>p</i>
	<i>Mdn</i> (<i>Min-Max</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>Min-Max</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
<i>Υποκλίμακες</i>						
<i>Ικανοποίηση</i>						
Ικανοποίηση (πρ/τα)	4,5 (-4-22)	4,54 (5,12)	5 (-11-19)	4,37 (5,86)	<i>t</i> /0,211	0,834 ^{ns}
Ικανοποίηση (συνοχή)	2 (-19-21)	4,19 (6,82)	3 (-6-21)	3,87 (5,15)	<i>z</i> /-0,945	0,344 ^{ns}
Ολική ικανοποίηση	8 (-21-34)	8,73 (10,11)	7 (-7-37)	8,23 (8,74)	<i>t</i> /0,333	0,741 ^{ns}
<i>Διαστάσεις</i>						
Προσαρμοστικότητα	23,5 (11-37)	23,29 (6,10)	23,5 (11-42)	24,21 (7,90)	<i>t</i> /-1,170	0,247 ^{ns}
Συνοχή	41,5 (21-50)	40,37 (6,24)	42 (24-49)	40,90 (5,47)	<i>z</i> /-1,190	0,234 ^{ns}
<i>Τύποι οικογένειας</i>						
Τύπος προσ/τητας	4 (1-7)	4,10 (1,96)	4 (1-8)	4,25 (2,14)	<i>z</i> /-0,696	0,486 ^{ns}
Τύπος συνοχής	5 (1-8)	4,94 (1,93)	5 (1-8)	5,00 (1,80)	<i>z</i> /-0,476	0,634 ^{ns}
Γενικός τύπος	4,5 (2-7,5)	4,52 (1,32)	4,5 (1,5-7,5)	4,63 (1,48)	<i>z</i> /-0,760	0,447 ^{ns}

Τέλος, ως προς τον τύπο οικογένειας με βάση την προσαρμοστικότητα, τη συνοχή και τη λειτουργικότητα, οι γονείς της πειραματικής ομάδας, αν και εμφανίζουν βελτιωμένες μέσες τιμές στη Β΄ Φάση σε σχέση με τις τιμές της Α΄ Φάσης, δεν παρουσιάζουν σημαντική αλλαγή και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των απαντήσεων τους, κατατάσσουν την οικογένειά τους και στις δύο φάσεις στη δομημένη, συνδεδεμένη και μεσαίου εύρους οικογένεια αντίστοιχα.

Σύγκριση των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση (FACES III)

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με βάση την FACES III πριν και μετά την παρέμβαση, παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 41, αμέσως παρακάτω.

Πίνακας 41. Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τα αποτελέσματα της FACES III (Independent Samples T-Test & Mann-Whitney Test)

	ΠΙΠΙΝ				ΜΕΤΑ			
	Ελέγχου (n=120)	Πειρ/τική (n=60)			Ελέγχου (n=69)	Πειρ/τική (n=52)		
Υποκλίμακες	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ολική ικανοποίηση	7,25 (9,42)	7,85 (9,78)	0,398	0,691 ^{ns}	7,86 (9,29)	8,23 (8,74)	0,226	0,822 ^{ns}
Προσ/τητα	23,92 (6,37)	23,64 (5,85)	-0,289	0,773 ^{ns}	22,38 (7,20)	24,21 (7,90)	1,331	0,186 ^{ns}
Ικανοποίηση (προσ/τα)	3,38 (6,40)	3,87 (5,20)	0,516	0,607 ^{ns}	4,12 (6,22)	4,37 (5,86)	0,224	0,823 ^{ns}
	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>			<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>		
	<i>Min-Max</i>	<i>Min-Max</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Min-Max</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Συνοχή	43 (23-50)	42 (21-50)	-0,980	0,327 ^{ns}	43 (18-50)	42 (24-49)	-0,806	0,420 ^{ns}
Ικανοποίηση (συνοχή)	3 (-8-25)	2,5 (-19-21)	-0,114	0,909 ^{ns}	2 (-11-28)	3 (-6-21)	-0,670	0,503 ^{ns}
<i>Τύποι οικογένειας</i>								
Τύπος προσ/τητας	4 (1-7)	4 (1-7)	-0,135	0,892 ^{ns}	3 (1-7)	4 (1-8)	-1,727	0,084 ^{10%}
Τύπος συνοχής	6 (1-8)	5 (1-8)	-0,466	0,641 ^{ns}	6 (1-8)	5 (1-8)	-0,649	0,516 ^{ns}
Γενικός τύπος	4,5 (1,5-7,5)	4,5 (2-7,5)	-0,246	0,806 ^{ns}	4,5 (1-7,5)	4,5 (1,5-7,5)	-0,787	0,431 ^{ns}

^{10%} τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

Ο έλεγχος *U* των Mann-Whitney, διαπίστωσε ότι σύμφωνα πάντα με την υποκειμενική εκτίμηση των γονέων για την οικογενειακή τους κατάσταση κατά τη συμπλήρωση της FACES III,

οι γονείς της πειραματικής ομάδας (n_1) και της ομάδας ελέγχου (n_2), δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ Α' και Β' Φάσης, στην εκτίμηση της υπάρχουσας οικογενειακής συνοχής, στην ικανοποίηση από την οικογενειακή συνοχή, στον τύπο οικογένειας με βάση την προσαρμοστικότητα*, στον τύπο οικογένειας με βάση τη συνοχή και στο γενικό τύπο οικογένειας με βάση τη λειτουργικότητα.

Επίσης, το *t*-test είναι μη στατιστικά σημαντικό, και οι δύο ομάδες εκφράζουν την ίδια ολική ικανοποίηση από την υπάρχουσα οικογενειακή κατάσταση, εκτιμούν την προσαρμοστικότητα της οικογένειάς τους στο ίδιο επίπεδο, και εκφράζουν την ίδια ικανοποίηση από την υπάρχουσα οικογενειακή προσαρμοστικότητα, τόσο στην Α' όσο και στη Β' Φάση της έρευνας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της σύγκρισης της πειραματικής ομάδας με την ομάδα ελέγχου ως προς τον τύπο οικογένειας, όπως αυτά παρουσιάζονται αμέσως παρακάτω στον Πίνακα 42, γίνεται αμέσως αντιληπτό ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς οποιοδήποτε τύπο οικογένειας τόσο πριν όσο και μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων.

Τύπος οικογένειας με βάση την προσαρμοστικότητα. Στην Α' Φάση, η αντίληψη των γονέων της πειραματικής ομάδας για την προσαρμοστικότητα της οικογένειάς τους δε διαφέρει σημαντικά από την αντίληψη των γονέων της ομάδας ελέγχου και οι μισοί και παραπάνω γονείς από τις δύο ομάδες κατατάσσουν την οικογένειά τους στους λειτουργικότερους μεσαίους τύπους οικογένειας ($\chi^2 = 0,640$, $df = 3$, $p = 0,887$). Στη Β' Φάση, αν και η αντίληψη των γονέων της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου αλλάζει και πάλι, οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν καμία σημαντική διαφορά ($\chi^2 = 6,124$, $df = 3$, $p = 0,106$). Όπως αναφέρθηκε όμως προηγουμένως, παρόλο που στην Α' Φάση υπάρχει μια σχεδόν πλήρης ταύτιση των δύο ομάδων ως προς τον τύπο οικογένειας με βάση την προσαρμοστικότητα, στη Β' Φάση παρατηρείται μια τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%. με τους γονείς της ομάδας ελέγχου να τείνουν να μειώνουν την εκτίμηση της προσαρμοστικότητας της οικογένειάς τους κατά τη Β' Φάση ($Mdn = 3$, $Min-Max = 1-7$) συγκριτικά με την Α' Φάση ($Mdn = 4$, $Min-Max = 1-7$), σε αντίθεση με τους γονείς της ομάδας ελέγχου, που διατηρούν και αυξάνουν λίγο την εκτίμηση της προσαρμοστικότητας της οικογένειάς τους κατά τη Β' Φάση ($Mdn = 4$, $Min-Max = 1-8$) συγκριτικά με την Α' Φάση ($Mdn = 4$, $Min-Max = 1-7$).

Τύπος οικογένειας με βάση τη συνοχή. Στην Α' Φάση, η αντίληψη των γονέων της πειραματικής ομάδας για τη συνοχή της οικογένειάς τους, δε διαφέρει σημαντικά από την

* Παρόλο που στην Α' Φάση υπάρχει μια σχεδόν πλήρης ταύτιση των δύο ομάδων ως προς τον τύπο οικογένειας με βάση την προσαρμοστικότητα, στη Β' Φάση παρατηρείται μια τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%.

αντίληψη των γονέων της ομάδας ελέγχου και οι περισσότεροι συχνόι τύποι οικογένειας για τις δύο ομάδες, είναι οι λειτουργικότεροι μεσαίοι τύποι ($\chi^2 = 0,033$, $df = 3$, $p = 0,998$).

Πίνακας 42. Σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τους τύπους οικογένειας της FACES III (Chi-Square Test)

Τύποι οικογένειας	ΠΡΙΝ				$df/\chi^2/p$	ΜΕΤΑ				$df/\chi^2/p$
	Ελέγχου (n=120)		Πειρ/τική (n=60)			Ελέγχου (n=69)		Πειρ/τική (n=52)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<i>Προσ/τητα</i>										
Άκαμπτη	33	27,5	17	28,3		30	43,5	12	23,1	
Δομημένη	34	28,3	14	23,3	3/0,640/	16	23,2	18	34,6	3/6,124/
Ευέλικτη	31	25,8	18	30,0	0,887 ^{ns}	9	13,0	11	21,2	0,106 ^{ns}
Πολύ ευέλικτη	22	18,3	11	18,3		14	20,3	11	21,2	
<i>Συνοχή</i>										
Διασπασμένη	15	12,5	7	11,7		10	14,5	6	11,5	
Χωρισμένη	33	27,5	17	28,3	3/0,033/	12	17,4	12	23,1	3/0,838/
Συνδεδεμένη	48	40,0	24	40,0	0,998 ^{ns}	30	43,5	23	44,2	0,840 ^{ns}
Πολύ συν/μένη	24	20,0	12	20,0		17	24,6	11	21,2	
<i>Λειτουργικότητα (γενικός τύπος)</i>										
Μη-ισορροπημένη	6	5,0	2	3,3		4	5,8	2	3,8	
Μέτρια ισορ/μένη	41	34,2	21	35,0	3/3,218/	30	43,5	19	36,5	3/1,055/
Μεσαίου εύρους	55	45,8	33	55,0	0,359 ^{ns}	24	34,8	22	42,3	0,788 ^{ns}
Ισορροπημένη	18	15,0	4	6,7		11	15,9	9	17,3	

Στη Β' Φάση, αν και η αντίληψη των γονέων της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου αλλάζει κάπως και πάλι, οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν καμία σημαντική διαφορά, με τους λειτουργικότερους μεσαίους τύπους οικογένειας να είναι συχνότεροι για τις δύο ομάδες ($\chi^2 = 0,838$, $df = 3$, $p = 0,840$).

Γενικός τύπος οικογένειας με βάση τη λειτουργικότητα. Στην Α' Φάση, η αντίληψη των γονέων της πειραματικής ομάδας για τη λειτουργικότητα της οικογένειάς τους, δε διαφέρει σημαντικά από την αντίληψη των γονέων της ομάδας ελέγχου και ο λιγότερο συχνός τύπος οικογένειας για τις δύο ομάδες είναι ο μη-ισορροπημένος τύπος ($\chi^2 = 3,218$, $df = 3$, $p = 0,359$). Στη Β' Φάση και πάλι, οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν καμία σημαντική διαφορά και ο λιγότερο συχνός τύπος οικογένειας για τις δύο ομάδες είναι ο μη-ισορροπημένος τύπος ($\chi^2 = 1,055$, $df = 3$, $p = 0,788$).

Όπως όμως αναφέρθηκε προηγουμένως κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ζευγαρωτής μέτρησης της ομάδας ελέγχου (Πίνακας 39, σελ. 150), οι γονείς της ομάδας ελέγχου

εμφανίζουν ως προς το γενικό τύπο οικογένειας με βάση τη λειτουργικότητα, σημαντικά χαμηλότερες τιμές κατά τη Β΄ Φάση σε σχέση με την Α΄ Φάση (έλεγχος Wilcoxon, $n = 69$, $z = -2,179$, p διπλής ουράς = 0,029), αποτέλεσμα που δείχνει μια αστάθεια τις υποκειμενικής τους αντίληψης σε σχέση με τη λειτουργικότητα της οικογένειάς τους στο μεσοδιάστημα των τεσσάρων περίπου μηνών μεταξύ των δύο φάσεων και σε αντίθεση με τους γονείς της πειραματικής ομάδας (Πίνακας 40, σελ. 151) οι οποίοι δεν εμφανίζουν καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης (έλεγχος Wilcoxon, $n = 52$, $z = -0,760$, p διπλής ουράς = 0,447), κατατάσσοντας την οικογένειά τους και στις δύο φάσεις στη μεσαίου εύρους οικογένεια.

Τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης του Προγράμματος από τους Ίδιους τους Γονείς

Όπως αναφέρθηκε, το ερωτηματολόγιο έχει σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις-προσδοκίες και την ικανοποίηση των γονέων από το πρόγραμμα γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης στο οποίο συμμετείχαν. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι, υπάρχει σπανιότητα δημοσιευμένων ποιοτικών μελετών σχετικά με το πώς αξιολογούν οι γονείς τα προγράμματα αυτά.

Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν οι 53 (84,1%) από τους 63 γονείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω στους Πίνακες 43 και 44.

Η επιλογή των ερωτήσεων αλλά και των τομέων αξιολόγησης, βασίστηκε όπως επίσης αναφέρθηκε, στα μέχρι τώρα ερευνητικά στοιχεία ποιοτικών αξιολογήσεων των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων, μέσω ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων και με σκοπό να ανταποκρίνονται και στην όλη δομή, θεματολογία και προσδοκίες των γονέων του συγκεκριμένου προγράμματος εκπαίδευσης.

Για τις απαντήσεις των γονέων στις κλειστές ερωτήσεις 1-28, γίνεται στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, ποσοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων και παρουσίαση των μέσων τιμών ικανοποίησης στους διάφορους τομείς (Πίνακας 43) και παρουσιάζονται αναλυτικά οι συχνότητες των γονέων σύμφωνα με το βαθμό ικανοποίησης ανά τομέα (Πίνακας 44). Οι γονείς απαντούν σε κάθε ερώτηση με βάση το πόσο ικανοποιημένοι ή το πόσο βοηθήθηκαν από το πρόγραμμα, όπου: 0 = Καθόλου, 1 = Λίγο, 2 = Μέτρια, 3 = Πολύ και 4 = Πάρα πολύ. Στις ποιοτικές μεταβλητές του ερωτηματολογίου (ερωτήσεις 29-35), γίνεται κατηγοριοποίηση των απαντήσεων και παρουσίαση της συχνότητας εμφάνισης της κάθε απάντησης (Πίνακας 45).

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 43, οι γονείς δηλώνουν: α) πολύ ικανοποιημένοι από τις γνώσεις και τις νέες δεξιότητες που απέκτησαν από το πρόγραμμα ($M = 3,16$, $SD = 0,44$, $Min = 2,2$, $Max = 4$), β) πολύ ικανοποιημένοι από την επαφή τους, τη συνεργασία, τη συζήτηση και την ανταλλαγή εμπειριών με τους άλλους γονείς στα πλαίσια της ομάδας ($M = 3,08$, $SD = 0,61$, $Min = 1,25$, $Max = 4$), γ) πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το υλικό που χρησιμοποιήθηκε κατά τη

διεξαγωγή του προγράμματος ($M = 3,55$, $SD = 0,39$, $Min = 2,2$, $Max = 4$), δ) πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τον τρόπο παρουσίασης των θεμάτων και τον συντονισμό της ομάδας από το συντονιστή ($M = 3,57$, $SD = 0,42$, $Min = 2,6$, $Max = 4$) και ε) πολύ ικανοποιημένοι από τη δομή και τη θεματολογία του προγράμματος ($M = 3,22$, $SD = 0,49$, $Min = 2$, $Max = 4$). Γενικά, η μέση ικανοποίηση των γονέων από το σύνολο του προγράμματος είναι υψηλή και οι γονείς δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή τους σε αυτό ($M = 3,29$, $SD = 0,35$, $Min = 2,46$, $Max = 4$).

Πίνακας 43. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις, ελάχιστες και μέγιστες τιμές της ικανοποίησης των γονέων από το πρόγραμμα εκπαίδευσης

Τομέας ικανοποίησης	Πειραματική ομάδα ($n = 53$)				
	M	Βαθμός ικανοποίησης	SD	Min	Max
Γνώσεις & Δεξιότητες	3,16	Πολύ	0,44	2,2	4
Επαφή με άλλους γονείς	3,08	Πολύ	0,61	1,25	4
Υλικό	3,55	Πάρα πολύ	0,39	2,2	4
Συντονισμός	3,57	Πάρα πολύ	0,42	2,6	4
Δομή & Θεματολογία	3,22	Πολύ	0,49	2	4
Ολική ικανοποίηση	3,29	Πολύ	0,35	2,46	4

Πίνακας 44. Βαθμός ικανοποίησης των γονέων από το πρόγραμμα εκπαίδευσης (συχνότητες)

Τομέας ικανοποίησης	Βαθμός ικανοποίησης ($n = 53$)							
	Λίγο		Μέτρια		Πολύ		Πάρα πολύ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Γνώσεις & Δεξιότητες	0	0	3	5,7	35	66	15	28,3
Επαφή με άλλους γονείς	1	1,9	6	11,3	27	50,9	19	35,8
Υλικό	0	0	1	1,9	15	28,3	37	69,8
Συντονισμός	0	0	0	0	20	37,7	33	63,2
Δομή & Θεματολογία	0	0	4	7,5	26	49,1	23	43,4
Ολική ικανοποίηση	0	0	1	1,9	33	62,3	19	35,8

Πιο αναλυτικά και σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 44, ως προς τις γνώσεις και δεξιότητες που απέκτησαν, 15 γονείς (28,3%) δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι, 35 γονείς (66%) δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι και μέτρια ικανοποιημένοι δηλώνουν 3 γονείς (5,7%). Ως προς την επαφή με τους άλλους γονείς, δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι 19 γονείς (35,8%), πολύ ικανοποιημένοι 27 γονείς (50,9%), μέτρια ικανοποιημένοι 6 γονείς (11,3%) και ένας γονέας (1,9%) δηλώνει λίγο ικανοποιημένος. Ως προς το υλικό που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διεξαγωγή

του προγράμματος, δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι 37 γονείς (69,8%), πολύ ικανοποιημένοι 15 γονείς (28,3%) και ένας γονέας (1,9%) δηλώνει μέτρια ικανοποιημένος. Ως προς το συντονισμό της ομάδας και την παρουσίαση των θεμάτων από το συντονιστή, 33 γονείς (63,2%) δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι και 20 γονείς (37,7%) δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι. Ως προς τη δομή και τη θεματολογία του προγράμματος, 23 γονείς (43,4%) δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι, 26 γονείς (49,1%) δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι και μέτρια ικανοποιημένοι δηλώνουν 4 γονείς (7,5%). Τέλος, ως προς τη συνολική ικανοποίηση, η πλειοψηφία των γονέων είναι πολύ ($n = 33$, 62,3%) και πάρα πολύ ($n = 19$, 35,8%) ικανοποιημένοι και μόνο ένας γονέας (1,9%) μέτρια ικανοποιημένος.

Στον Πίνακα 45, παρουσιάζονται αναλυτικά οι απόψεις και οι προσδοκίες των γονέων σχετικά με το πρόγραμμα σχολής γονέων. Λόγω του ότι οι ερωτήσεις 29 έως 35 είναι ανοιχτές, οι γονείς έχουν την ευκαιρία γνωρίζοντας ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, να αναφέρουν στις απαντήσεις τους σε κάθε ερώτηση περισσότερα από ένα θέματα. Τα θέματα που υπογράμμισαν ως πιο σημαντικά οι γονείς, κατηγοριοποιήθηκαν και αναφέρονται αναλυτικά παρακάτω.

Στην ερώτηση 29, «τι τους άρεσε περισσότερο», οι γονείς υπογραμμίζουν με τις αναφορές τους τη σημασία που είχε για αυτούς: α) η επαφή με τους άλλους γονείς και η ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ τους ($n = 26$, 49,1%), β) το περιεχόμενο των θεμάτων που συζητήθηκαν και ο τρόπος που συζητήθηκαν ($n = 20$, 37,7%), γ) οι νέες γνώσεις και τεχνικές που απέκτησαν ($n = 18$, 34%) και δ) ο τρόπος με τον οποίο έγινε ο συντονισμός της ομάδας ($n = 33$, 62,3%). Τρεις γονείς (5,7%), δεν απάντησαν τίποτα σε αυτήν την ερώτηση.

Στην ερώτηση 30, «τι δεν τους άρεσε», οι περισσότεροι γονείς ($n = 43$, 81,1%) απαντούν ότι δεν υπάρχει κάτι που να μην τους άρεσε, 8 γονείς (15,1%) αναφέρουν ότι δεν τους άρεσε η μικρή διάρκεια του προγράμματος και ότι θα ήθελαν οι συναντήσεις να είναι περισσότερες ή να διεξαχθεί και άλλο ένα πρόγραμμα ως συνέχεια και 2 γονείς (3,8%) αναφέρουν ότι δεν τους άρεσε που δε δόθηκαν απαντήσεις σε προσωπικά προβλήματα, παρόλο που η επιθυμία αυτή είχε αποκλειστεί από την πρώτη κιόλας συνάντηση με τη συμφωνία του συμβολαίου λειτουργίας του προγράμματος σχολής γονέων.

Στην ερώτηση 31, «τι ήταν ή θα είναι περισσότερο χρήσιμο», οι γονείς υπογραμμίζουν με τις απαντήσεις τους τη χρησιμότητα που είχε ή θα έχει για αυτούς: α) το σύνολο των όσων απέκτησαν από το πρόγραμμα ($n = 25$, 47,2%), β) των τεχνικών ελέγχου των σκέψεων και των συναισθημάτων ($n = 9$, 17%), γ) των τεχνικών χαλάρωσης ($n = 9$, 17%), δ) των ενδιάμεσων μεταξύ των συναντήσεων και των τελικών σημειώσεων ($n = 8$, 15,1%), ε) των τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς των παιδιών ($n = 6$, 11,3%), στ) της διεκδικητικής συμπεριφοράς ($n = 5$, 9,4%) και ζ) των τεχνικών επίλυσης προβλημάτων ($n = 3$, 5,7%). Πέντε γονείς (9,4%) δεν απάντησαν τίποτα σε αυτήν την ερώτηση.

Πίνακας 45. Οι απόψεις-προσδοκίες των γονέων σχετικά με το πρόγραμμα (συχνότητες)

<i>Ερωτήσεις/Απαντήσεις</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Τι σου άρεσε περισσότερο (ερώτηση 29)</i>		
Τα θέματα και ο τρόπος συζήτησης	20	37,7
Η επαφή με τους άλλους γονείς και η αλλαγή εμπειριών	26	49,1
Οι νέες γνώσεις και τεχνικές	18	34,0
Ο συντονισμός	15	28,3
Καμία απάντηση	3	5,7
<i>Τι δεν σου άρεσε (ερώτηση 30)</i>		
Μου άρεσαν όλα	43	81,1
Η μικρή διάρκεια	8	15,1
Δεν υπήρχαν απαντήσεις σε προσωπικά προβλήματα	2	3,8
<i>Τι ήταν ή θα είναι περισσότερο χρήσιμο (ερώτηση 31)</i>		
Όλα θα είναι χρήσιμα	25	47,2
Οι σημειώσεις	8	15,1
Οι τεχνικές ελέγχου σκέψεων και συναισθημάτων	9	17
Οι τεχνικές χαλάρωσης	9	17
Οι τεχνικές επίλυσης προβλημάτων	3	5,7
Η διεκδικητική συμπεριφορά	5	9,4
Τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς των παιδιών	6	11,3
Καμία απάντηση	5	9,4
<i>Τι ήταν ή θα είναι λιγότερο χρήσιμο (ερώτηση 32)</i>		
Όλα θα είναι χρήσιμα	51	96,2
Τα ημερολόγια καταγραφής	2	3,8
<i>Τι ήταν ή θα είναι αρκετά δύσκολο (ερώτηση 33)</i>		
Τίποτα δεν ήταν δύσκολο	27	50,9
Οι τεχνικές χαλάρωσης	4	7,5
Να βρεθεί χρόνος για εξάσκηση ενδιάμεσα στις συναντήσεις	2	3,8
Η εφαρμογή στην πράξη στο μέλλον	14	26,4
Οι επιστημονικές έννοιες	4	7,5
Η αρχική προσαρμογή στην ομάδα και η μετέπειτα σταθερή συμμετοχή	5	9,4
<i>Τι θα έπρεπε να αλλάξει στο πρόγραμμα (ερώτηση 34)</i>		
Τίποτα	31	58,5
Η διάρκεια	12*	22,7
Περισσότερα παιχνίδια ρόλων και συζήτηση μεταξύ των γονέων	7	13,2
Περισσότερα παραδείγματα	5	9,4
Περισσότερη θεωρητική ανάπτυξη των θεμάτων	1	1,9
<i>Τελικό γενικό σχόλιο (ερώτηση 35)</i>		
Θετικό σχόλιο	35	66
Κανένα σχόλιο	18	34

* Οι 11 γονείς (20,8%) επιθυμούν περισσότερες από 10 συναντήσεις και ένας γονέας (1,9%) λιγότερες

Στην ερώτηση 32, «τι δεν ήταν ή δε θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμο», η πλειοψηφία των γονέων δεν βρίσκουν κάτι που δεν τους ήταν ή δε θα τους είναι απαραίτητο ($n = 51, 96,2\%$) και μόνο 2 γονείς (3,8%) θεωρούν μη απαραίτητα τα ημερολόγια καταγραφής δυσλειτουργικών σκέψεων, δραστηριοτήτων και συμπεριφοράς.

Στην ερώτηση 33, «τι ήταν ή θα είναι δύσκολο στην εφαρμογή», οι μισοί σχεδόν γονείς ($n = 27, 50,9\%$) αναφέρουν ότι δεν τους δυσκόλεψε ή δεν θα τους δυσκόλεψει κάτι ιδιαίτερα, ενώ οι υπόλοιποι γονείς υπογραμμίζουν τη δυσκολία: α) του να μπορέσουν να εφαρμόσουν στο μέλλον όλα όσα έχουν μάθει ($n = 14, 26,4\%$), β) της αρχικής προσαρμογής στην ομάδα και της μετέπειτα προσέλευσης σε κάθε συνάντηση σε σταθερή βάση ($n = 5, 9,4\%$), γ) της εφαρμογής των τεχνικών χαλάρωσης ($n = 4, 7,5\%$), δ) της κατανόησης ορισμένων επιστημονικών εννοιών ($n = 4, 7,5\%$) και ε) του να βρεθεί χρόνος για εξάσκηση κατά το μεσοδιάστημα των συναντήσεων ($n = 2, 3,8\%$).

Στην ερώτηση 34, «τι θα έπρεπε να αλλάξει στο πρόγραμμα σχολής γονέων», οι μισοί και παραπάνω γονείς ($n = 31, 58,5\%$) δεν θεωρούν ότι θα πρέπει να αλλάξει κάτι, ενώ οι υπόλοιποι γονείς επισημαίνουν ότι θα πρέπει: α) να έχει το πρόγραμμα περισσότερες συναντήσεις και μεγαλύτερη διάρκεια ($n = 11, 20,8\%$), β) να υπάρχει χρόνος ώστε να γίνονται περισσότερα παιχνίδια ρόλων και περισσότερη συζήτηση μεταξύ των γονέων ($n = 7, 13,2\%$), γ) να δίνονται περισσότερα παραδείγματα ($n = 5, 9,4\%$), δ) να υπάρχει περισσότερη θεωρητική προσέγγιση των θεμάτων ($n = 1, 1,9\%$) και ε) να είναι το πρόγραμμα πιο σύντομο σε διάρκεια ($n = 1, 1,9\%$).

Τέλος, στην ερώτηση 35, οι 35 γονείς (66%) έγραψαν ένα θετικό σχόλιο στην προσπάθειά τους να εκφράσουν γραπτώς την κριτική τους για το πρόγραμμα σχολής γονέων, ενώ κανένας γονέας δεν εξέφρασε αρνητική κριτική. Ορισμένες παράγραφοι από τα σχόλια και την θετική κριτική των γονέων είναι:

«είναι ένα πολύ εποικοδομητικό πρόγραμμα που βοηθάει στη διεύρυνση του τρόπου σκέψης και στον έλεγχο της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων. Ο γονιός μπαίνει σε δημιουργικές διαδικασίες αντιμετώπισης της ζωής και δεν αναλώνεται σε στερεότυπες αναζητήσεις και λύσεις»

«οι σχολές γονέων παράγουν λειτουργικό έργο και είναι απαραίτητες για όλους τους γονείς. Παρέχουν πληροφορίες για την αντιμετώπιση των διαφόρων καταστάσεων που προκύπτουν με τα παιδιά, σε όλες τις φάσεις της παιδικής και σχολικής τους ηλικίας, οι οποίες είναι άκρως απαραίτητες για όλους όσους νοιάζονται για τα παιδιά τους και για την αρμονική σχέση στην οικογένεια»

«αξίζει τον κόπο να συμμετέχουμε σε ένα τέτοιο πρόγραμμα, ώστε να καταβάλουμε προσπάθεια να βελτιώσουμε τη συμπεριφορά μας, να μάθουμε να σκεφτόμαστε ρεαλιστικά και να ήμαστε όσο γίνεται ήρεμοι απέναντι στα παιδιά μας, να πιστεύουμε στον εαυτό μας, να διεκδικούμε την άποψή μας και να ζητάμε συγγνώμη πιο εύκολα όταν η κατάσταση το απαιτεί, ώστε να μιμηθούν και τα παιδιά μας έναν ανάλογο τρόπο»

«προτείνω σε όλους τους γονείς να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα σχολών γονέων και είμαι σίγουρος ότι δε θα ζημιωθούν, μόνο θα ωφεληθούν»

«είμαι πολύ ευχαριστημένη που βρέθηκα στο πρόγραμμα αυτό και θεωρώ ότι ο χρόνος που μου έλλειπε από άλλες δραστηριότητες που πιθανόν θα είχα αυτές τις ώρες, καλύφθηκε με τον προσφορότερο για εμένα τρόπο»

«η αντιμετώπιση της συμπεριφοράς των παιδιών είναι κάτι δύσκολο. Όμως, μέσα από το πρόγραμμα σχολής γονέων, συνειδητοποιείς ότι τα προβλήματα είναι κοινά και σου δίνεται η δυνατότητα να μάθεις τρόπους επικοινωνίας με τα παιδιά και να δίνεις λύσεις στην αρνητική συμπεριφορά τους. Αναμφισβήτητα, είναι εμπειρία που πρέπει να δοκιμάσουν όλοι οι γονείς»

«αξίζει τον κόπο και το χρόνο για να παρακολουθήσει κάποιος ένα τέτοιο πρόγραμμα»

«η σχολή γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων σχετικών με την οικογένεια, τον εαυτό μας και την επικοινωνία»

«προγράμματα όπως αυτό θα πρέπει να γίνουν υποχρεωτικά για τους γονείς»

«.....συνιστώ ανεπιφύλακτα τη συμμετοχή στη σχολή γονέων ακόμη και όταν υπάρχουν ενδοιασμοί ως προς το αποτέλεσμα»

«είναι ένα πρόγραμμα πολύ ενδιαφέρον, που θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε όλα τα σχολεία και να το παρακολουθούν υποχρεωτικά όλοι οι γονείς. Βοηθάει να εξωτερικεύσουμε τα συναισθήματά μας και να συζητήσουμε τους προβληματισμούς μας.....»

«πολύ αξιόλογο πρόγραμμα που βοηθά στη ρεαλιστική σκέψη»

«ήταν η πρώτη φορά που συμμετείχα σε πρόγραμμα σχολής γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης και το βρήκα πολύ ενδιαφέρον. Ευχαρίστως, θα παρακολουθούσα και άλλο τέτοιο πρόγραμμα, με άλλα θέματα ίσως στο μέλλον. Ήδη, χρησιμοποίησα στην καθημερινότητά μου πολλές από τις τεχνικές που μάθαμε».

Συζήτηση

Προκειμένου να εξασφαλιστεί μια καλή πορεία στην ψυχική υγεία κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού αλλά και μετέπειτα, τα προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας οικοδομούν προστατευτικούς παράγοντες ενισχύοντας τις δεξιότητες ζωής των νηπίων και των μικρών παιδιών και βελτιώνοντας τις αλληλεπιδράσεις γονέων-παιδιών [104]. Οι παρεμβάσεις στους γονείς, αναπτύσσουν και δυναμώνουν τις γονεϊκές δεξιότητες και δημιουργούν υποστηρικτικά περιβάλλοντα, μέσα στα οποία γονείς και παιδιά αναπτύσσουν την ψυχική τους υγεία. Μεταξύ άλλων, παρεμβάσεις όπως οι σχολές γονέων ή προγράμματα εκπαίδευσης γονέων όπως επίσης ονομάζονται, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τα παιδιά, τα οποία επωφελούνται των θετικών αποτελεσμάτων έως και την ενηλικίωσή τους [268].

Η εκπαίδευση των γονέων επιφέρει σημαντικά και μεγάλης διάρκειας αποτελέσματα στην ανάπτυξη και την ευημερία του παιδιού [445] όμως, λίγοι είναι οι γονείς οι οποίοι συμμετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης και ενδιαφέρονται κυρίως να ενδυναμώσουν το γονεϊκό τους ρόλο, παρά να εφαρμόζουν αυτό που έμαθαν από τις δικές τους οικογένειες [446].

Σχόλια και περιορισμοί

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, λίγες είναι οι αναφορές, οι έρευνες, οι ανασκοπήσεις και οι μετα-αναλύσεις οι οποίες έχουν ασχοληθεί με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που δηλώνουν συμμετοχή και τελικά συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων ή προγράμματα εκπαίδευσης γονέων [3,6,37,132,149,214,235,291,292,306,307,309,319,322,323,326,327,329,331,333]. Δυστυχώς, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν δημοσιευμένες ποσοτικές ή ποιοτικές μελέτες που να παρουσιάζουν τέτοιου είδους στοιχεία ώστε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης να μπορούν να συγκριθούν με αυτά [15]. Στη διεθνή βιβλιογραφία από την άλλη μεριά, όπως επίσης αναφέρθηκε, οι παραπάνω έρευνες, ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, επικεντρώνονται κυρίως στα δημογραφικά χαρακτηριστικά ή στις αντιλήψεις, στις πεποιθήσεις και στα πιστεύω των ατόμων που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά ή στις δηλώσεις και προθέσεις ότι ενδεχομένως θα συμμετείχαν αν τους δινόταν η ευκαιρία [309]. Ακόμη όμως και στην περίπτωση των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων ερευνών που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης, τα αποτελέσματα αφορούν κυρίως προγράμματα εκπαίδευσης γονέων πρωτογενούς, δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης, όπου οι γονείς ή τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας ανήκουν σε κάποια κατηγορία ήπιου μέτριου ή υψηλού κινδύνου και οι γονείς της ομάδας ελέγχου είναι κατά κύριο λόγο γονείς της ίδιας κατηγορίας που επιθυμούν να συμμετέχουν ή επιλέχθηκαν να συμμετέχουν στα προγράμματα και είναι σε κατάλογο αναμονής. Η έρευνα με αυτά τα προγράμματα, εξυπηρετεί πάρα πολύ στην εξαγωγή έγκυρων και

πολύτιμων συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών στους συγκεκριμένους γονείς και τα παιδιά τους, όμως δε διαφωτίζει το ποιοι συμμετέχουν στα προγράμματα που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό ή κατά πόσο τα προγράμματα αυτά είναι αποτελεσματικά στο γενικό πληθυσμό. Το δείγμα, ο σχεδιασμός και η μεθοδολογία αυτών των προγραμμάτων και ερευνών διαφέρει κατά πολύ από το δείγμα το σχεδιασμό και τη μεθοδολογία των ερευνών και των προγραμμάτων τα οποία προσφέρονται στο γενικό πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένου και της παρούσας μελέτης, όπου μπορεί να δηλώσει συμμετοχή και να συμμετέχει οποιοσδήποτε γονέας.

Επιπροσθέτως, ένα ακόμη πρόβλημα είναι και το ότι στις περισσότερες μετα-αναλύσεις και ανασκοπήσεις, σχετικές με τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, δεν εμπιρεύονται μόνο ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, πόσο μάλλον προγράμματα που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, αλλά και όλα τα άλλα προγράμματα που αναφέρθηκαν στην εισαγωγή της παρούσας μελέτης, όπως τα προγράμματα επίσκεψης επισκεπτών υγείας στο σπίτι.

Όπως επίσης αναφέρθηκε, τα στοιχεία των ερευνών για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων των οποίων τα παιδιά εμπίπτουν αναπτυξιακώς στο «φυσιολογικό» μέσο όρο, είναι σχεδόν ανύπαρκτα. Επίσης, υπάρχουν πολύ λίγα στοιχεία για το γιατί ή το πώς αποδίδουν ή δεν αποδίδουν και για το πώς μπορούν να βελτιωθούν τα προγράμματα αυτά [91]. Παρόλο που όλοι οι γονείς μπορούν να ωφεληθούν, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές της ζωής των παιδιών τους από τις σχολές γονέων, τα περισσότερα προγράμματα προσφέρονται σε οικογένειες υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου [281]. Η Thompson και οι συνεργάτες της μάλιστα, ενισχύουν αυτήν τη νοοτροπία και προτείνουν ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων θα πρέπει καταρχάς να στοχεύουν τα παιδιά εκείνα τα οποία βρίσκονται σε σημαντικό κίνδυνο από ακραίες συμπεριφορές των γονέων τους [282]. Την άποψη για εφαρμογή των προγραμμάτων εκπαίδευσης κυρίως σε οικογένειες υψηλού κινδύνου, διατυπώνουν και οι Hutchings και Lane [283]. Άλλοι όμως ερευνητές, έχουν αντίθετη άποψη και τάσσονται υπέρ των γενικών προγραμμάτων που απευθύνονται σε όλους τους γονείς του γενικού πληθυσμού [6,135,149,235,238,284-287]. Λόγω της παραπάνω διαφωνίας, η πλειονότητα των ποιοτικών και ποσοτικών ερευνών, καθώς και τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης, έχει να προσφέρει αρκετά στοιχεία για την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών σε οικογένειες και παιδιά υψηλού κινδύνου και παράλληλα πολύ λίγα στοιχεία για την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών στο γενικό πληθυσμό.

Επομένως, η οποιαδήποτε σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης σχετικά με τα δημογραφικά ή και τα λοιπά χαρακτηριστικά (ψυχολογικά, ικανοποίησης ζωής, οικογένειας, προβλημάτων των παιδιών, προσωπικότητας) των γονέων που δηλώνουν συμμετοχή και τελικά συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, θα γίνει με αυτά τα προγράμματα. Το ίδιο ισχύει και για οποιαδήποτε σύγκριση γίνει σχετικά με την

αποτελεσματικότητα του προγράμματος της παρούσας μελέτης και με τις απόψεις των γονέων για το συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Η Ελλάδα, σε σχέση με τις άλλες χώρες, παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες στο θεσμό των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων. Εκτός της εύστοχης ονομασίας των προγραμμάτων αυτών ως «Σχολές Γονέων» [2], στην Ελλάδα σε αντίθεση με τις άλλες χώρες τα προγράμματα αυτά προσφέρονται κυρίως στο γενικό πληθυσμό παρά σε μια συγκεκριμένη κατηγορία γονέων. Παράλληλα, ενώ στις άλλες χώρες η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών εγκρίνεται από την εκάστοτε κυβέρνηση της κάθε χώρας, λαμβάνοντας υπόψη στοιχεία που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών στον πληθυσμό της εκάστοτε χώρας, μέσω ποιοτικών και τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών, όπως γίνεται για τα προγράμματα Incredible Years [215] και Triple P [216,217] τα οποία τυγχάνουν ενθαρρυντικών αποτελεσμάτων ως προς την αποτελεσματικότητά τους [52,132,133], στην Ελλάδα, τα προγράμματα σχολών γονέων εφαρμόζονται μη γνωρίζοντας βασικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητά τους [15]. Βεβαίως, οι απόψεις των γονέων είναι σημαντικές, αλλά ακόμη και όταν οι γονείς δηλώνουν ικανοποιημένοι και νιώθουν ότι βοηθήθηκαν από ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα, αυτό δε σημαίνει αυτόματα ότι είναι και αποτελεσματικό [235]. Για τους παραπάνω λόγους, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας είναι πολύ σημαντικά για τον ελληνικό πληθυσμό. Η εφαρμογή των προγραμμάτων σχολών γονέων στην Ελλάδα στον τομέα της πρόληψης των προβλημάτων της οικογένειας, των γονέων και των παιδιών, είναι σημαντική και ευπρόσδεκτη. Ωστόσο, οι φορείς και οι επαγγελματίες που εφαρμόζουν τα προγράμματα αυτά, θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις ερωτήσεις που διατύπωσε ο Rutter αρκετά χρόνια πριν, ερωτήσεις που επισημαίνουν και οι McLennan και συνεργάτες προσπαθώντας να εντοπίσουν το κενό που υπάρχει ανάμεσα στην έρευνα και την εφαρμογή των παρόμοιων προγραμμάτων που εφαρμόζονται στον Καναδά με σκοπό την πρόληψη των ψυχολογικών προβλημάτων στα παιδιά. Οι ερωτήσεις αυτές είναι: «πόσα είναι αυτά που αληθινά γνωρίζουμε σχετικά με την πρόληψη των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων κατά την παιδική ηλικία;» και «η όποια παρέμβαση, η οποία παρουσιάζεται ότι βοηθάει, είναι και στην πραγματικότητα κατάλληλη και όντως βοηθάει;» [447,448].

Χρειάζεται να σημειωθεί ότι, για πολλούς από τους παραπάνω περιορισμούς, όσο και αν αυτό διερευνήθηκε, καμία από τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη δεν έχει χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των γονέων που δηλώνουν συμμετοχή και τελικά συμμετέχουν στα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό. Για το λόγο αυτό, σε πολλές περιπτώσεις είναι αδύνατη η σύγκριση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με αντίστοιχα ή παραπλήσια ή έστω και λίγο παρόμοια ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, πόσο μάλιστα της ελληνικής.

Επιπροσθέτως, ένας ακόμη βασικός περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι και το ότι το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε ένα σχολείο και έναν ιδιωτικό παιδικό σταθμό της Ανατολικής

Θεσσαλονίκης, μιας αστικής πιο ανεπτυγμένης περιοχής σε σύγκριση με άλλες περιοχές της Θεσσαλονίκης, γεγονός που περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, που όμως δίνει πολύ σημαντικά αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα, για τις αντιλήψεις τους σχετικά με την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου προγράμματος και για την αποτελεσματικότητά του στους γονείς που συμμετείχαν.

Επιπροσθέτως, η οικονομική κατάσταση των γονέων ως ένας βασικός παράγοντας που σε αρκετές αναφορές θεωρείται ότι επηρεάζει τη συμμετοχή και ολοκλήρωση των προγραμμάτων αυτών από τους γονείς [3,214,291,324,307], δεν συμπεριλήφθηκε στο φυλλάδιο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, έπειτα από συζήτηση του θέματος αυτού με τις Διευθύνσεις των φορέων που πραγματοποιήθηκε η παρούσα μελέτη και αυτό λόγω του ότι, μια τέτοια ερώτηση ίσως να οδηγούσε τους γονείς να είναι επιφυλακτικοί ως προς την ανταπόκρισή τους στην έρευνα. Το θέμα όμως αυτό, εμπεριέχεται στις ερωτήσεις της Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (LSI), όπου εξετάζεται η αντίληψη της ικανοποίησης που έχουν οι γονείς από την οικονομική τους κατάσταση.

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι, όπως αναφέρθηκε και στην παράγραφο της αξιοπιστίας των κλιμάκων και υποκλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, η τιμή του συντελεστή Cronbach's Alpha για το σύνολο των ερωτημάτων του ΕΔΕΠ είναι πολύ υψηλή για το σύνολο των λημμάτων με τιμή ίση με 0,97, όμως οι συγγραφείς ουδέποτε δημοσίευσαν τα αποτελέσματα της στάθμισης του ΕΔΕΠ στον ελληνικό πληθυσμό και τους αριθμητικούς πίνακες που απαιτούνται για την αξιολόγηση της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού με βάση τα στατιστικά κριτήρια. Τέλος, χρειάζεται να αναφερθεί ότι η τιμή του συντελεστή Cronbach's Alpha για το σύνολο των ερωτημάτων του EPQ είναι οριακά ικανοποιητική, ενώ για την υποκλίμακα του «Ψυχωτισμού-P», η τιμή του συντελεστή δεν είναι καθόλου ικανοποιητική και είναι ίση με 0,37.

Το δείγμα και ο βαθμός ανταπόκρισης

Αρχικά, δόθηκαν για συμπλήρωση ερωτηματολόγια και αιτήσεις συμμετοχής σε όλους τους γονείς δηλαδή, στους 224 γονείς του 92^{ου} Δημοτικού Σχολείου και στους 80 γονείς του Ιδιωτικού Παιδικού Σταθμού. Από το σύνολο των 304 γονέων συμφώνησαν να συμμετέχουν στην έρευνα και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της Α΄ Φάσης οι 183 γονείς, δηλαδή το 60,2% επί του συνόλου όλων των γονέων. Το υπόλοιπο 39,8% των γονέων δεν δέχθηκε να συμμετέχει στην έρευνα.

Όπως αναφέρθηκε, το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 183 γονείς. Την ομάδα ελέγχου, αποτελούν οι 120 γονείς, δηλαδή, το 65,6% επί του συνόλου των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι οποίοι παρόλο που ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων επέλεξαν να μην συμμετέχουν. Την πειραματική ομάδα, αποτελούν οι υπόλοιποι 63 γονείς,

δηλαδή, το 34,4% επί του συνόλου των συμμετεχόντων στην έρευνα και το 20,8% επί του συνόλου των ατόμων οι οποίοι ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα, και τελικά συμμετείχαν σε αυτό.

Στην Α΄ Φάση της έρευνας, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με επιμέλεια από 180 (59,3%) γονείς, ενώ στην έρευνα με τα δημογραφικά στοιχεία συμμετείχαν συνολικά 183 (60,2%) γονείς. Από τους 180 γονείς που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια κατά την Α΄ Φάση οι 120 ήταν γονείς της ομάδας ελέγχου και οι 60 γονείς της πειραματικής ομάδας. Λαμβάνοντας υπόψη και τον όγκο των πληροφοριών που καλούνταν να συμπληρώσουν οι γονείς, από το πακέτο των ερωτηματολογίων που τους δόθηκε προς συμπλήρωση, γίνεται αντιληπτό ότι, ο βαθμός ανταπόκρισης στην έρευνα είναι πάρα πολύ ικανοποιητικός και υψηλός. Το συμπέρασμα αυτό ενισχύεται, αν αναλογιστεί κανείς ότι σε έρευνες που διεξάγονται μέσω αποστολής ερωτηματολογίων, ο βαθμός ανταπόκρισης είναι αρκετά μικρότερος, όπως στην έρευνα των Wellington, White και Liossis όπου, από τα 1000 αποσταλμένα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν τα 176 (17,6%) [326]. Ο βαθμός ανταπόκρισης κατά την Α΄ Φάση είναι υψηλός και πλησιάζει το ποσοστό της έρευνας του Patterson και των συνεργατών του που ήταν 70% [14].

Κατά τη Β΄ Φάση, τα ερωτηματολόγια συμπλήρωσαν 121 από τους 180 γονείς της Α΄ Φάσης. Ο βαθμός ανταπόκρισης κατά τη Β΄ Φάση είναι 67%. Από τους 121 γονείς, οι 69 ήταν γονείς της ομάδας ελέγχου (57,5% του αρχικού δείγματος της ομάδας ελέγχου) και οι 52 γονείς της πειραματικής ομάδας (87% του αρχικού δείγματος της πειραματικής ομάδας). Επιπροσθέτως, ο βαθμός ανταπόκρισης στη συμμετοχή της ποιοτικής μελέτης, με τη συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης του Προγράμματος από τους Ίδιους τους Γονείς, είναι 84,1% (53 από τους 63 γονείς της πειραματικής ομάδας). Τα ποσοστά ανταπόκρισης κατά τη Β΄ Φάση, είναι πολύ υψηλά και ικανοποιητικά, όπως και στην έρευνα του Patterson και των συνεργατών του όπου το ποσοστό ανταπόκρισης στην μετά από έξι μήνες επανεξέταση ήταν 79% [14].

Ρίχνοντας μια μικρή ματιά στις 15 από τις 17 μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση των Barlow, Coren και Stewart-Brown γίνεται αντιληπτό ότι εκτός από την έρευνα του Irvine και των συνεργατών του στην οποία συμμετείχαν 303 υποκείμενα (151 για την πειραματική και 152 για την ελέγχου) στις υπόλοιπες 14 έρευνες συμμετείχαν στην Α΄ Φάση κατά μέσο όρο 48 άτομα κατανεμημένα και στις δύο ομάδες (πειραματική και ελέγχου) [201,203].

Προκειμένου να διασφαλιστεί ένα ικανοποιητικό ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα, στους γονείς που άργησαν να επιστρέψουν τα ερωτηματολόγια και που είτε συμμετείχαν τελικά στο πρόγραμμα είτε όχι, έγινε υπενθύμιση περίπου τρεις φορές, κυρίως τηλεφωνικά από τη Διεύθυνση του δημοτικού σχολείου και του παιδικού σταθμού, τόσο στην Α΄ όσο και στη Β΄ Φάση. Κατά τη Β΄ Φάση, υπενθυμίσεις στους γονείς της πειραματικής ομάδας γίνονταν και από το συντονιστή του προγράμματος στα πλαίσια της ομάδας.

Επιπροσθέτως, οι γονείς ενημερώθηκαν για την έρευνα, στην εκδήλωση που πραγματοποίησε η Διεύθυνση του σχολείου και του παιδικού σταθμού ένα μήνα πριν την έναρξη

του προγράμματος, κατά την οποία οι γονείς συμμετείχαν σε μια διάλεξη σχετικά με τις σχολές γονέων, καθώς και από το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων (Παράρτημα 1) και το ενημερωτικό φυλλάδιο για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων (Παράρτημα 2) που απεστάλη σε όλους τους γονείς και των δύο φορέων.

Τέλος, δεν κρίθηκε ως απαραίτητο να δοθεί κάποιο χρηματικό ή άλλο δώρο-κίνητρο στους γονείς για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, όπως ορισμένες φορές γίνεται ή προτείνεται να γίνεται, κυρίως σε οικογένειες με χαμηλό εισόδημα ή οικογένειες υψηλού κινδύνου [309].

Εκδήλωση ενδιαφέροντος, συμμετοχή, μη προσέλευση και πρόωρη αποχώρηση

Κάνοντας μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η Barlow αναφέρει μεταξύ άλλων ότι, γενικά οι έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων εμφανίζουν μικρό βαθμό παραμονής και ολοκλήρωσης του προγράμματος από τους γονείς [261].

Οι McCurdy και Daro, ορίζουν γενικά τη φθορά (attrition) που μπορεί να έχει ένα πρόγραμμα υποστήριξης της οικογένειας, ως την πρόωρη αποχώρηση των γονέων από το πρόγραμμα αυτό [329]. Ο συνώνυμος όρος που χρησιμοποιείται στη θεραπεία, είναι αυτός της εγκατάλειψης (drop-out) και εμπεριέχει εκτός από την πρόωρη αποχώρηση από τη θεραπεία και την μη προσέλευση στη θεραπεία ενώ αυτή έχει ήδη προγραμματιστεί [449,450]. Οι Morawska και ο Sanders αναφέρονται στη δέσμευση των γονέων, η οποία διακρίνεται σε πολλά επίπεδα και αρχίζει με την αρχική προσέλευση ή εκδήλωση ενδιαφέροντος και καταλήγει στην ολοκλήρωση του προγράμματος. Επίσης, αναφέρουν ότι αυξημένα ποσοστά πρόωρης αποχώρησης στα πλαίσια των ερευνών, οδηγούν σε ανεπαρκή αριθμό υποκειμένων και σε αδυναμία εξαγωγής αποτελεσμάτων και γενίκευσής τους στο γενικό πληθυσμό [291].

Όπως αναφέρθηκε κατά την παρουσίαση της μεθόδου διεξαγωγής της παρούσας μελέτης, στην έρευνα δεν συμπεριλαμβάνονται επιπλέον 16 γονείς οι οποίοι έκαναν αίτηση και δήλωσαν συμμετοχή στο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων. Συνυπολογίζοντας και αυτούς τους γονείς, ο αριθμός των γονέων που εκδήλωσαν ενδιαφέρον και αιτήθηκαν συμμετοχής διαμορφώνεται στους 79 γονείς, δηλαδή, το 26% επί του συνόλου των γονέων που ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα. Οι 9 από αυτούς τους γονείς (11,4% επί του συνόλου των 79 γονέων που συμπλήρωσαν την αίτηση) δεν προσήλθαν καθόλου και οι 7 από αυτούς (8,8% επί του συνόλου των 79 γονέων που συμπλήρωσαν την αίτηση) διέκοψαν στην πρώτη συνάντηση. Επομένως, στην παρούσα μελέτη, το ποσοστό μη προσέλευσης είναι 11,4% και το ποσοστό πρόωρης αποχώρησης είναι 8,8%.

Οι υπόλοιποι 63 γονείς, δήλωσαν συμμετοχή και τελικά συμμετείχαν και ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα εκπαίδευσης, παρακολουθώντας πάνω από τα 2/3 των 10 συναντήσεων. Οι 63 αυτοί γονείς της πειραματικής ομάδας αποτελούν το 20,8% του συνόλου των 304 γονέων οι οποίοι ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα ή το 79,8% του συνόλου των γονέων που εκδήλωσαν ενδιαφέρον

για να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα ή το 90% των γονέων που προσήλθαν στην πρώτη συνάντηση.

Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ ενθαρρυντικά και πολύ υψηλά, λαμβάνοντας υπόψη ότι σχεδόν σε παραπλήσια έρευνα της Stewart-Brown και των συνεργατών της, το ποσοστό ανταπόκρισης των γονέων, έπειτα από πρόσκληση για συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων, ήταν 30% (116 γονείς από τους 391) και από τους 60 γονείς που ξεκίνησαν το πρόγραμμα, οι 34 από αυτούς (57%) παρακολούθησαν το 50% και πάνω των συναντήσεων, ενώ οι υπόλοιποι 26 (43%) αποχώρησαν πρόωρα από το πρόγραμμα. Ωστόσο, αυτό το ποσοστό συμμετοχής κρίνεται ικανοποιητικό από τη Stewart-Brown και τους συνεργάτες της, για το λόγο ότι το δείγμα αποτελούσαν γονείς οι οποίοι δεν είχαν επιβεβαιωμένα προβλήματα [245]. Το ότι τα ποσοστά εκδήλωσης ενδιαφέροντος και προσέλευσης του προγράμματος εκπαίδευσης της παρούσας μελέτης είναι υψηλά και το ότι τα ποσοστά μη προσέλευσης και πρόωρης αποχώρησης είναι χαμηλά, φαίνεται και από την έρευνα των Barlow και Stewart-Brown όπου στο κάλεσμα 315 γονέων δύο σχολείων για συμμετοχή στο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων Family Links Nurturing Programme, η τελική προσέλευση ήταν 34 γονείς (11%), ποσοστό προσέλευσης που οι συγγραφείς θεωρούν ως τελείως αντιπροσωπευτικό για τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόζονται στα σχολεία [7]. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι το ποσοστό πρόωρης αποχώρησης ήταν 13% χαρακτηρίζοντάς το χαμηλό αλλά παράλληλα, ικανοποιητικό συγκριτικά με άλλα προγράμματα, όπως αυτό των Forehand και των συνεργατών του που ήταν 28% [294]. Το ίδιο σχεδόν ποσοστό πρόωρης αποχώρησης (27%), δηλώνουν και οι Moran, Ghate και van der Merwe στη δική τους έρευνα [235]. Ενίσχυση της άποψης του υψηλού ποσοστού συμμετοχής αποτελεί και η διαπίστωση των Morawska και ο Sanders, ότι το ποσοστό των γονέων που συμμετέχουν σε οποιασδήποτε μορφή παρέμβασης στην οικογένεια, ακόμη και σε χώρες όπου τα προγράμματα εκπαίδευσης είναι αρκετά διαδεδομένα, δεν ξεπερνά το 14% [291]. Τέλος, το ποσοστό συμμετοχής των γονέων στο παρόν πρόγραμμα εκπαίδευσης είναι ενθαρρυντικό, λαμβάνοντας υπόψη την άποψη του Fagan και των συνεργατών του ότι, παρόλο που οι πολιτείες προσφέρουν σε όλους τους γονείς επιστημονικώς τεκμηριωμένα για την αποτελεσματικότητά τους προγράμματα εκπαίδευσης, τελικά δεν καταφέρνουν να προσελκύσουν ένα σημαντικό αριθμό συμμετεχόντων και για αυτό τα προγράμματα εκπαίδευσης δεν θα έπρεπε να αποτελούν έναν αποτελεσματικό μηχανισμό για τη δημόσια υγεία [451].

Το ότι ο όγκος των πληροφοριών που καλούνταν να δώσουν οι γονείς μέσω της συμπλήρωσης ενός μεγάλου αριθμού ερωτηματολογίων ήταν μεγάλος και απαιτούσε αρκετό χρόνο και στις δύο φάσεις της έρευνας, δεν αποτέλεσε αποτρεπτικό παράγοντα για συμμετοχή στην έρευνα για έναν ικανοποιητικό αριθμό γονέων, κατά την Α΄ Φάση της έρευνας, όπως δεν επηρέασε το βαθμό ανταπόκρισης των γονέων κατά τη Β΄ Φάση της έρευνας, γεγονός που δεν επιβεβαιώνει τις αναφορές των Spoth, Redmond και των συνεργατών τους, ότι δηλαδή η παράλληλη με το

πρόγραμμα διεξαγωγή έρευνας ειδικά όταν στερεί αρκετό χρόνο από τους γονείς επηρεάζει το ποσοστό συμμετοχής [322,323].

Προκειμένου να διασφαλιστεί ένας ικανοποιητικός αριθμός γονέων που θα εκδηλώσουν ενδιαφέρον, θα συμμετάσχουν και θα ολοκληρώσουν το πρόγραμμα, χρησιμοποιήθηκαν μια σειρά από κινητοποιητικά ερεθίσματα, τακτικές και μεθόδους, που υπογραμμίζονται από τη βιβλιογραφία και που ενδεχομένως βοήθησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος της συμμετοχής στο πρόγραμμα και της ολοκλήρωσης του και στη μείωση της πρόωρης αποχώρησης. Στα θετικά αυτά αποτελέσματα, βοήθησαν και ορισμένα χαρακτηριστικά των γονέων. Τα ερεθίσματα, οι τακτικές, οι μέθοδοι και τα χαρακτηριστικά των γονέων εν συντομία είναι:

- Η ικανοποιητική και επαρκής ενημέρωση όλων των γονέων και η έμφαση που δόθηκε στην προώθηση του προγράμματος [3,132,149,298,302,305,319]. Στο σκοπό αυτό βοήθησαν: α) η διάλεξη, ένα μήνα πριν την έναρξη του προγράμματος, με σκοπό την ενημέρωση των γονέων για το πρόγραμμα, για τα οφέλη που θα αποκτήσουν και για να δοθεί έμφαση στο ότι οι γονείς θα βοηθηθούν να ενισχύσουν δεξιότητες τις οποίες ήδη κατέχουν, β) η άψογη συνεργασία του συντονιστή, των διευθύνσεων των φορέων και των μελών του συλλόγου γονέων και κηδεμόνων για την προώθηση του προγράμματος γ) η διαφήμιση του προγράμματος σε γνωστούς και φίλους από τους γονείς που προσήλθαν στη διάλεξη και δ) η αποστολή του ενημερωτικού φυλλαδίου για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων (Παράρτημα 2) σε όλους τους γονείς.
- Η χρησιμοποίηση του κινήτρου της δωρεάν συμμετοχής για όλους τους γονείς χωρίς καμία χρηματική επιβάρυνση για την αποφυγή του χρηματικού αντικινήτρου για συμμετοχή [7,162,235,307,309,316-320]. Στο παρόν πρόγραμμα, εκτός από τη δωρεάν συμμετοχή, και το δωρεάν μοίρασμα των σημειώσεων και της βεβαίωσης συμμετοχής, δε δόθηκαν άλλου είδους κίνητρα, διότι στο συγκεκριμένο δείγμα κρίθηκαν ως μη βοηθητικά [321].
- Οι σημειώσεις ήταν γραμμένες με απλό τρόπο, ώστε να είναι κατανοητές από όλους τους γονείς [162].
- Οι φορείς που εφάρμοσαν το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων παρείχαν φύλαξη και δημιουργική απασχόληση για τα παιδιά των γονέων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα [6,149].
- Το πρόγραμμα απευθυνόταν στο γενικό πληθυσμό δηλαδή, σε όλους τους γονείς του σχολείου και του ιδιωτικού παιδικού σταθμού [132,135,306,307], οι οποίοι είχαν παιδιά συγκεκριμένης ηλικίας [298] και ο χώρος διεξαγωγής (σχολείο, παιδικός σταθμός) μείωνε το στιγματισμό [3,290,314] και διευκόλυνε τη γρήγορη πρόσβαση των γονέων [3,149,225,302,309].
- Η δομή και η κατανομή των θεμάτων, ήταν αρκετά ελκυστική για τους γονείς [235,302,304] και η θεματολογία ήταν βασισμένη στις ανάγκες και τις απόψεις των γονέων [37,132,149,235, 250,304,311]. Επίσης, η θεματολογία ήταν προϊόν επταετούς διερεύνησης των προσδοκιών

των γονέων οι οποίοι συμμετείχαν σε προγράμματα εκπαίδευσης και έτσι, υπήρχε συμφωνία μεταξύ θεματολογίας και της πλειονότητας των προσδοκιών των γονέων [333].

- Το πρόγραμμα ήταν πλήρως δομημένο [187,235,303,307] και βασισμένο σε συγκεκριμένη (γνωστική συμπεριφορική) θεωρία και μέθοδο [235]. Επιπροσθέτως, δεν επέβαλλε κάποιο συγκεκριμένο στυλ πατρότητας ή μητρότητας [7,132,149] και όλοι οι γονείς ενθαρρύνονταν να συμμετέχουν [149,244] και να εξασκούνται παράλληλα και στο σπίτι [187,222,313].
- Στο πρόγραμμα χρησιμοποιήθηκαν τα παιχνίδια ρόλων και η συμπεριφορική αναπαράσταση [186,187,312].
- Ο συντονιστής του προγράμματος είχε εμπειρία, γνώσεις και εκπαίδευση στο συντονισμό των ομάδων [45,132,149,187,235,250,283,298,304,306,307].
- Για τη διεξαγωγή του προγράμματος, επιλέχθηκε κατάλληλη και ελκυστική για τα ελληνικά δεδομένα, ημέρα (Δευτέρα ή Τετάρτη), ώρα (17:00-19:00 ή 19:00-21:00) και εποχή (Ιανουάριος-Απρίλιος) [3,303]. Επίσης, ελκυστική ήταν και η συνολική διάρκεια και ο αριθμός (10 δίωρες εβδομαδιαίες συναντήσεις) των συναντήσεων [187,235,298], ώστε να μειώνεται η πιθανότητα κούρασης [326].
- Κατά την πρώτη συνάντηση, δόθηκε έμφαση στον από κοινού ορισμό συμβολαίου, για τη λειτουργία του προγράμματος, τη θεματολογία του προγράμματος, το περιεχόμενο του προγράμματος, τις υποχρεώσεις του συντονιστή και της ομάδας.
- Υπήρξε δέσμευση, από το συντονιστή και τους υπεύθυνους των φορέων για τήρηση του απορρήτου [307,326] μέσω επισήμανσης της δέσμευσης αυτής και στο ενημερωτικό φυλλάδιο για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων (Παράρτημα 2). Επίσης, δέσμευση για τήρηση του απορρήτου υπήρξε και κατά την πρώτη συνάντηση, από το συντονιστή και από όλους τους γονείς της ομάδας.
- Χρησιμοποιήθηκαν γνωστικές τεχνικές για την εξάσκηση στον έλεγχο των συναισθημάτων των πεποιθήσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των γονέων [235].
- Χρησιμοποιήθηκαν συμπεριφορικές τεχνικές και τεχνικές της κοινωνικής θεωρίας της μάθησης, για την εκπαίδευση των γονέων στην αντιμετώπιση των συμπεριφορών των παιδιών [164,187,235,244].
- Υπογραμμίστηκαν τα οφέλη που θα αποκομίσουν οι γονείς συμμετέχοντας στο πρόγραμμα [319] και έγινε προσπάθεια για μείωση των αρνητικών προσδοκιών τους καθώς και πληροφόρησή τους ότι και άλλοι γονείς παρακολούθησαν το πρόγραμμα, ότι οι άλλοι και η οικογένειά τους θα επιθυμούσαν και θα επιβράβευαν τη συμμετοχή τους, ότι θα μπορούσαν να συμμετάσχουν με φίλους [309]. Η πληροφόρηση των γονέων για τα παραπάνω έγινε και κατά την αρχική διάλεξη και χρησιμοποιώντας φράσεις γραμμένες με *πλάγια γράμματα* στο ενημερωτικού φυλλάδιο για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων (Παράρτημα 2).

- Χρησιμοποιήθηκαν θέματα όπως, η εκπαίδευση των γονέων σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, οι κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και πρόσθετες παροχές όπως, η διαχείριση του άγχους και του θυμού οι οποίες είναι αποτελεσματικές αλλά σε μικρότερο βαθμό [264].
- Στο πρόγραμμα συμμετείχαν κυρίως γονείς με ίδιες και όχι διαφορετικές ή σοβαρές πολιτισμικές οικονομικές και εκπαιδευτικές ανάγκες [3,37,235,298,303].
- Στο πρόγραμμα συμμετείχαν γονείς χωρίς σημαντικές επιβαρύνσεις [225], με υψηλό σχετικά εκπαιδευτικό επίπεδο [235,309,319,322-324,331] χωρίς σοβαρά οικονομικά προβλήματα [3,214,291].

Προκειμένου να διασφαλιστεί ένας ικανοποιητικός αριθμός γονέων που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα, εκτός από τις τελικές σημειώσεις και τη συμμετοχή χωρίς χρηματική επιβάρυνση, δεν κρίθηκε αναγκαίο να δοθεί στους γονείς κανένα άλλο χρηματικό, υλικό ή άλλο δώρο-κίνητρο (π.χ. κάποια ημερήσια εκδρομή) όπως ορισμένες φορές γίνεται κυρίως σε οικογένειες με χαμηλό εισόδημα ή οικογένειες υψηλού κινδύνου [7,162,235,318-320], μιας και το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων του δείγματος της παρούσας μελέτης δεν ανήκει σε αυτές τις κατηγορίες πληθυσμού, είχε υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και τέτοιου είδους κίνητρα δεν είναι αποτελεσματικά [321].

Τα χαρακτηριστικά των γονέων που δηλώνουν συμμετοχή και συμμετέχουν στις σχολές γονέων

Το θέμα σχετικά με το τι γνωρίζουμε για τους γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων, αναπτύχθηκε στο τέλος της εισαγωγής της παρούσας μελέτης. Οι περισσότερες γνώσεις στον τομέα αυτό, προέρχονται κυρίως από έρευνες βασισμένες στο μοντέλο Health Belief Model (HBM) και τη θεωρία Theory of Planned Behaviour (TPB), όπου διερευνάται η πρόθεση των γονέων για συμμετοχή, η οποία θεωρείται ότι δίνει πληροφορίες σχετικά με την ενεργή συμμετοχή [328]. Εν συντομία, έχει αναφερθεί ότι τα άτομα που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, εκφράζουν ενδιαφέρον [327], πρόθεση [321,322,328] ετοιμότητα για αλλαγή [329], εμφανίζουν προηγούμενη συμπεριφορά γονεϊκής εκπαίδευσης [319,329], είναι κυρίως μητέρες [6,37,132,235,307,292], έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο [291,309,319,322,323,331], προτιμούν ο συντονιστής να είναι ένας άλλος εκπαιδευμένος γονέας ή κάποιος επαγγελματίας που να είναι γονέας [149], δεν αρνούνται να συμμετάσχουν λόγω της ενδεχόμενης κούρασης [326], δεν έχουν χαμηλό εισόδημα [214] ή μπορεί να έχουν υψηλό εισόδημα [291], και μπορεί να προτιμούν προγράμματα που δεν επιβάλλουν κάποιο χρηματικό κόστος [307], είναι θετικοί στο να συμμετάσχουν στην ομάδα, δείχνουν εμπιστοσύνη στο να μοιραστούν εμπειρίες με άλλους γονείς και δε φοβούνται για την άρση του απορρήτου [307,326,328], υπολογίζουν και επικεντρώνονται κυρίως στα οφέλη που θα αποκτήσουν και όχι στα εμπόδια και τις αρνητικές εκβάσεις

[149,319,326], δεν είναι αμυντικοί και οι ανάγκες τους ικανοποιούνται από το πρόγραμμα [333], πιθανόν αναφέρουν υψηλότερου βαθμού προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά τους [328], έχουν πληροφορηθεί ότι και άλλοι γονείς συμμετείχαν, ότι οι άλλοι επιβράβευαν αυτήν τους την κίνηση και η οικογένειά τους θα επιβράβευε τη συμμετοχή τους [309,328] και δεν βρίσκονται σε μεγάλη μειονεκτική θέση [225].

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Με μία γρήγορη ματιά στους Πίνακες 2 και 3 (σελ. 103 και 104 αντίστοιχα) της παρουσίασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και στους Πίνακες 4 και 5 (σελ. 108 και 109 αντίστοιχα) της σύγκρισης των δύο ομάδων με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, γίνεται αμέσως αντιληπτό ένα πολύ βασικό αποτέλεσμα της σύγκρισης των γονέων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα (πειραματική ομάδα - συμμετέχοντες) και των γονέων που τους δόθηκε ευκαιρία να συμμετέχουν στο πρόγραμμα αλλά προτίμησαν να μη δηλώσουν συμμετοχή (ομάδα ελέγχου - μη συμμετέχοντες). Αυτό που γίνεται αντιληπτό είναι ότι, και οι δύο ομάδες δε διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς οποιοδήποτε από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Συμμετέχοντες και μη, δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές ως προς τη βαθμίδα φοίτησης του παιδιού ($p = 0,741$), την ηλικία του γονέα ($p = 0,212$), το φύλο του γονέα ($p = 0,375$), τον τόπο κατοικίας (όλοι οι γονείς έμεναν κοντά στον τόπο διεξαγωγής του προγράμματος), τον τόπο γέννησης ($p = 0,359$), το επίπεδο εκπαίδευσης ($p = 0,216$), την οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,335$), τον αριθμό μελών συγκατοίκησης ($p = 0,302$), τον αριθμό των παιδιών ($p = 0,402$), την ηλικία των παιδιών ($p = 0,999$), τα παιδιά άνω των 12 ετών ($p = 0,852$), το φύλο των παιδιών ($p = 0,888$ για τα αγόρια και $p = 0,896$ για τα κορίτσια), τη διάρκεια του έγγαμου βίου ($p = 0,881$), την επαγγελματική απασχόληση ($p = 0,185$) και τη συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων στο παρελθόν ($p = 0,416$). Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνών, που αναφέρουν το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και την προηγούμενη συμμετοχή σε προγράμματα, ως σημαντικούς παράγοντες εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συμμετοχή [323,324,331]. Αντιθέτως, το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα των White και Wellington, οι οποίοι παρά τους περιορισμούς της έρευνάς τους καταλήγουν στο ότι το φύλο, η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, η προηγούμενη συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης, ο αριθμός των παιδιών και η μέση ηλικία των παιδιών δεν αποτελούν σημαντικούς παράγοντες πρόθεσης για συμμετοχή των γονέων σε προγράμματα εκπαίδευσης [309].

Το 90,5% των γονέων που συμμετείχαν και ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα ήταν μητέρες, ενώ το 9,5% ήταν πατέρες. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει το γεγονός ότι στην πλειονότητά τους οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι μητέρες, οι οποίες αναλαμβάνουν το κύριο βάρος της εκπαίδευσης γονέων [6,37,132,235,292,307].

Συμμετέχοντες και μη συμμετέχοντες, δεν παρουσιάζουν καμία διαφορά ως προς τη συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευση γονέων οποτεδήποτε στο παρελθόν ($p = 0,416$). Η προηγούμενη συμμετοχή των γονέων σε ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης, δε φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με τη συμμετοχή στο πρόγραμμα της παρούσας μελέτης, εύρημα που δε συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, που όμως ως προηγούμενη συμμετοχή δεν εννοούν τη συμμετοχή αποκλειστικά και μόνο σε ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης [319,329].

Παρά το γεγονός ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι αρκετά διαφημισμένα στην περιοχή της Θεσσαλονίκης και εφαρμόζονται από τους Δήμους και τα Κέντρα Πρόληψης, κυρίως από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και μετά, μόνο 3 από τους 120 μη συμμετέχοντες γονείς (2,5%) και άλλοι 3 από τους συμμετέχοντες γονείς (4,8%) δηλώνουν ότι έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα σχολής γονέων οποτεδήποτε στο παρελθόν.

Τα ποσοστά αυτά συμμετοχής είναι πάρα πολύ μικρά και ταιριάζουν με το συμπέρασμα της έρευνας του Fagan και των συνεργατών του ότι δηλαδή, παρόλο που οι πολιτείες προσφέρουν σε όλους τους γονείς επιστημονικώς τεκμηριωμένα για την αποτελεσματικότητά τους προγράμματα εκπαίδευσης, τελικά δεν καταφέρνουν να προσελκύσουν έναν ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων [451].

Το 38,3% των μη συμμετεχόντων και το 39,7% των συμμετεχόντων εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Ωστόσο, αν οι γονείς και των δύο ομάδων που είναι ιδιωτικοί και δημόσιοι υπάλληλοι ή ελεύθεροι επαγγελματίες, κατηγοριοποιηθούν ως εργαζόμενοι γονείς και οι γονείς (μητέρες) που ασχολούνται με τα οικιακά κατηγοριοποιηθούν ως άνεργοι, τότε η σύγκριση των δύο ομάδων αποδίδει μια τάση για σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10% ($\chi^2 = 3,12$, $df = 1$, $p = 0,77$), όπου για τους 120 μη συμμετέχοντες το 80% ($n=96$) των γονέων εργάζεται, ενώ για τους 63 μη συμμετέχοντες το ποσοστό των εργαζομένων είναι 68,3% ($n=43$).

Το συμπέρασμα αυτό ίσως δηλώνει ότι, υπάρχει κάποια τάση των άνεργων μητέρων, που έχουν επιλέξει ή αναγκάζονται να ασχολούνται με τα οικιακά, να συμμετέχουν περισσότερο στα προγράμματα σχολών γονέων. Ίσως επομένως, η απασχόληση να εμποδίζει τις μητέρες να συμμετάσχουν στα προγράμματα αυτά. Γενικά όμως, στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώνεται ότι το επάγγελμα δε σχετίζεται με τη συμμετοχή των γονέων στα προγράμματα εκπαίδευσης [452].

Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων, αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για εκδήλωση ενδιαφέροντος, μεγαλύτερη συμμετοχή και μικρότερα ποσοστά πρόωρης αποχώρησης [291,309,319,322,323,331] ενώ το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για συμμετοχή [324] όμως, κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μιας και παρόλο που οι 63 συμμετέχοντες έχουν ένα εκπαιδευτικό επίπεδο λίγο πιο υψηλό (απόφοιτοι λυκείου $n=28$, 44,4% και απόφοιτοι ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης $n=25$, 39,7%) από ότι οι 120 μη συμμετέχοντες (απόφοιτοι λυκείου $n=48$, 40% και απόφοιτοι

ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης $n=52$, 33,4%) ωστόσο, δεν εμφανίζουν σημαντικές διαφορές ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης ($p = 0,216$).

Συμπερασματικά, κανένα δημογραφικό στοιχείο δε φαίνεται να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για συμμετοχή στα προγράμματα σχολών γονέων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα.

Χαρακτηριστικά σχετικά με την εκτίμηση της ικανοποίησης ζωής (LSI)

Σχετικά με τη διερεύνηση της εκτίμησης της ικανοποίησης ζωής* των γονέων που συμμετείχαν στο παρόν πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων, λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των γονέων κατά τη συμπλήρωση της Κλίμακας Ικανοποίησης Ζωής (LSI), διαπιστώνεται αρχικά ότι οι συμμετέχοντες δηλώνουν σημαντικά λιγότερο ικανοποιημένοι από τη συνολική ποιότητα της ζωής τους ($p < 0,01$).

Αναλυτικότερα, η εκτίμηση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων και των μη συμμετεχόντων δε διαφέρει σημαντικά και οι γονείς των δύο ομάδων είναι το ίδιο ικανοποιημένοι από την εργασία που κάνουν, από την οικονομική τους κατάσταση, από τη συζυγική τους ζωή, από τη σεξουαλική τους ζωή†, από τον αριθμό των φίλων και από τα χόμπι τους. Οι προσωπικές αυτές εκτιμήσεις των γονέων δεν επηρεάζουν τη συμμετοχή τους στις σχολές γονέων.

Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες σε σύγκριση με τους μη συμμετέχοντες δηλώνουν σημαντικά λιγότερο ικανοποιημένοι από τη σωματική τους κατάσταση ($p < 0,05$), τη διανοητική τους κατάσταση ($p < 0,05$), την ψυχική τους ευεξία ($p < 0,05$), την οικογενειακή τους ζωή ($p < 0,01$), το ρόλο τους στην οικογένεια ($p < 0,05$), την εξωτερική τους εμφάνιση ($p < 0,01$) και τη γενική ποιότητα της ζωής τους ($p < 0,05$).

Η ικανοποίηση που εκτιμούν ότι αντλούν οι γονείς από τους παραπάνω τομείς, επηρεάζει και ταυτόχρονα προβλέπει σημαντικά τη συμμετοχή των γονέων στα προγράμματα σχολών γονέων.

Χρειάζεται να σημειωθεί ότι, αν και η συμμετοχή στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων επηρεάζεται θετικά από την έλλειψη χαμηλού εισοδήματος [214] ή αντίθετα την ύπαρξη υψηλού εισοδήματος [291], σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, η υποκειμενική ικανοποίηση από τα οικονομικά δεν αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για συμμετοχή στα προγράμματα.

Αναφέρθηκε προηγουμένως και επιβεβαιώθηκε και από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ότι, το επάγγελμα δε σχετίζεται με τη συμμετοχή των γονέων στα προγράμματα εκπαίδευσης [452] και επιπροσθέτως, αυτό που γίνεται εμφανές από τις απαντήσεις συμμετεχόντων και μη συμμετεχόντων από τη συμπλήρωση της LSI είναι ότι ούτε η ικανοποίηση από την εργασία προβλέπει τη συμμετοχή των γονέων στα προγράμματα.

* Πίνακες 11 και 12 (σελ. 116 και 117 αντίστοιχα) της παρουσίασης των αποτελεσμάτων και Πίνακας 15 (σελ. 121) της σύγκρισης των δύο ομάδων.

† Οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τη σεξουαλική τους ζωή σε σχέση με τους μη συμμετέχοντες ($p = 0,064$).

Χαρακτηριστικά σχετικά με τη λειτουργικότητα της οικογένειας (FACES III)

Σχετικά με τη διερεύνηση της λειτουργικότητας της οικογένειας* των γονέων που συμμετείχαν στο παρόν πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Εκτίμησης της Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας-FACES III.

Από τα αποτελέσματα συμπεραίνεται ότι, συμμετέχοντες και μη συμμετέχοντες εμφανίζουν φυσιολογικές βαθμολογίες και δε διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους, ενώ οι γονείς και των δύο ομάδων εκφράζουν έναν πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποίησης: α) από την ολική λειτουργία της οικογένειας (ελέγχου: $M = 7,25$, $SD = 9,42$, πειραματική: $M = 7,85$, $SD = 9,78$, $t = 0,398$, *ns*), β) από την προσαρμοστικότητα (ελέγχου: $M = 3,38$, $SD = 6,40$, πειραματική: $M = 3,87$, $SD = 5,20$, $t = 0,516$, *ns*) και γ) από τη συνοχή (ελέγχου: $Mdn = 3,38$, πειραματική: $Mdn = 3,87$, $z = 0,114$, *ns*). Και οι δύο ομάδες ανήκουν στην υγιή κατηγορία της δομημένης οικογένειας ως προς την προσαρμοστικότητα (ελέγχου: $M = 23,92$, $SD = 6,37$, πειραματική: $M = 23,64$, $SD = 5,85$, $t = -0,289$, *ns*), στην υγιή κατηγορία της συνδεδεμένης οικογένειας ως προς τη συνοχή (ελέγχου: $Mdn = 43$, $Min = 23$, $Max = 50$, πειραματική: $Mdn = 42$, $Min = 21$, $Max = 50$, $z = -0,980$, *ns*) και στην υγιή κατηγορία του μέσου γενικού τύπου οικογένειας (ελέγχου: $Mdn = 4,5$, $Min = 1,5$, $Max = 7,5$, πειραματική: $Mdn = 4,5$, $Min = 2$, $Max = 7,5$, $z = -0,980$, *ns*). Ένα σημαντικό ποσοστό των γονέων ανήκει στους ακραίους τύπους οικογένειας (άκαμπτη, πολύ ευέλικτη) ως προς την προσαρμοστικότητα (ελέγχου: 45,8%, πειραματική: 46,6%), ένα μικρότερο ποσοστό ανήκει στους ακραίους τύπους οικογένειας (διασπασμένη, πολύ συνδεδεμένη) ως προς τη συνοχή (ελέγχου: 35,5%, πειραματική: 31,7%) και ένα πολύ μικρό ποσοστό στον ακραίο μη ισορροπημένο γενικό τύπο λειτουργικότητας (ελέγχου: 5%, πειραματική: 3,3%).

Γενικά, οι γονείς δε φαίνεται να υποκινούνται σημαντικά, από κάποιον ιδιαίτερα μη λειτουργικό παράγοντα που σχετίζεται με την προσαρμοστικότητα και τη συνοχή της οικογένειάς τους, ώστε να συμμετάσχουν στα προγράμματα σχολών γονέων.

Χαρακτηριστικά σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση των γονέων (BDI, SCL-90-R, STAI)

Για τη διερεύνηση των προσωπικών ψυχολογικών παραγόντων των γονέων που συμμετέχουν στις σχολές γονέων, χρησιμοποιήθηκαν το BDI, η SCL-90-R και το STAI.

Όπως αναφέρθηκε, ο Smith και αργότερα ο Patterson και οι συνεργάτες του, αναφέρουν ότι υπάρχει η άποψη ότι αν τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων εφαρμοστούν στο γενικό πληθυσμό, ενδεχομένως θα προσελκύσουν γονείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου, της μεσαίας τάξης, με παιδιά τα οποία δεν παρουσιάζουν ή έχουν ήπια προβλήματα συμπεριφοράς και που δεν έχουν και τόσο πολύ ανάγκη να συμμετέχουν σε τέτοιου είδους προγράμματα και έτσι, θα

* Πίνακες 36, 37 και 38 (σελ. 146 και 148) της παρουσίασης των αποτελεσμάτων και Πίνακες 41 και 42 (σελ. 152 και 154 αντίστοιχα) της σύγκρισης των δύο ομάδων.

παραγκωνιστούν οι οικογένειες που πραγματικά τα έχουν ανάγκη [135,151]. Επίσης, αναφέρθηκε ότι η ψυχική υγεία των γονέων και πιο συγκεκριμένα, το άγχος και η κατάθλιψη της μητέρας, παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αρνητικής συμπεριφοράς από το παιδί [97-99,100,102-109].

Οι παραπάνω τοποθετήσεις, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν για ακόμη μία φορά διότι, μια πρώτη στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων των γονέων στις ερωτήσεις του BDI οδηγεί στο συμπέρασμα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 46 αμέσως παρακάτω, ότι ένα μεγάλο ποσοστό (48,3%) των 60 συμμετεχόντων, αναφέρουν συμπτωματολογία κυρίως ήπιας (31,7%), μέτριας (11,7%) και σοβαρής κατάθλιψης (5%) σημαντικά μεγαλύτερο ($\chi^2 = 10,66$, $df = 3$, $p < 0,05$) από το ποσοστό των 120 μη συμμετεχόντων.

Έπειτα από μια προσεκτική ματιά στα αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης για την αποτελεσματικότητα δύο προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων της Webster-Stratton, γίνεται αντιληπτό ότι, το 27% περίπου του συνολικού δείγματος εμφάνιζε βαθμολογίες στο BDI που ήταν άνω του φυσιολογικού ορίου [210], ενώ στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι το 48,3% δηλαδή, οι μισοί περίπου γονείς της πειραματικής ομάδας εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης άνω του φυσιολογικού μέσου όρου, τα οποία σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε στην εισαγωγή της παρούσας μελέτης, ενδεχομένως επηρεάζουν τη συμπεριφορά των παιδιών.

Πίνακας 46. Σύγκριση των δύο ομάδων πριν την εφαρμογή του προγράμματος με βάση τα επίπεδα κατάθλιψης του BDI (Chi-Square Test)

<i>Επίπεδα BDI (βαθμολογία)</i>	<i>Ελέγχου</i>		<i>Πειραματική</i>		χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n = 120</i>		<i>n = 60</i>				
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>			
Καθόλου (0-9)	85	70,8	31	51,7			
Ήπια (10-15)	26	21,7	19	31,7	10,66	3	0,014
Μέτρια (16-23)	9	7,5	7	11,7			
Σοβαρή (24 και πάνω)	0	0	3	5			

Τα ευρήματα αυτά, συμφωνούν με τις διαπιστώσεις του Patterson και των συνεργατών του ότι δηλαδή, τα προγράμματα που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό ενδεχομένως να προσελκύσουν γονείς που σε μεγάλο ποσοστό τα έχουν πραγματικά ανάγκη, οι οποίοι μπορούν να συμμετάσχουν σε αυτά, μαζί με γονείς που δεν τα έχουν και τόσο ανάγκη και τελικά να ωφεληθούν όλοι στον ίδιο βαθμό [135].

Από την παρουσίαση των αποτελεσμάτων του BDI και από τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με το BDI* διαπιστώνεται ότι, ο μέσος όρος της βαθμολογίας των

* Τα αποτελέσματα του BDI παρουσιάζονται αναλυτικά στους Πίνακες 6 και 7 (σελ. 111) της παρούσας μελέτης και τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με το BDI, στον Πίνακα 10 (σελ. 113).

συμμετεχόντων είναι 9,68 (SD = 7,13) δηλαδή, στο κατώτερο όριο της ήπιας κατάθλιψης, ενώ της ομάδας ελέγχου είναι 7,07 (SD = 5,21) δηλαδή, στις φυσιολογικές τιμές. Από τη σύγκριση των δύο ομάδων, διαπιστώνεται ότι οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων σε σχέση με τους γονείς που δε συμμετέχουν έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης ($U = 2830,5$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, p διπλής ουράς = 0,019). Θα μπορούσαμε να πούμε ότι, τα συμπτώματα κατάθλιψης των συμμετεχόντων γονέων δε θα πρέπει να περνούν καθόλου απαρατήρητα από τους υπεύθυνους των προγραμμάτων σχολών γονέων διότι, είναι του ιδίου ή και λίγο σοβαρότερου βαθμού, συγκριτικά με τα συμπτώματα των γονέων με παιδιά με αντικοινωνική συμπεριφορά που παρακολουθούν ατομική θεραπεία, όπως στην έρευνα των Kazdin, Siegel και Bass [453], όπου η μέση βαθμολογία στο BDI των τριών ομάδων γονέων με βάση την ατομική θεραπεία που έλαβαν, ήταν 8,2 (SD = 7,8), 6,3 (SD = 6,4) και 7 (SD = 6,5) ή του ιδίου και λίγο λιγότερο σοβαρού βαθμού, συγκριτικά με τα συμπτώματα των γονέων που προσέρχονται για βοήθεια σε κάποιο κέντρο ψυχικής υγείας για παιδιά, όπως στην έρευνα του Taylor και των συνεργατών του [209], όπου η μέση βαθμολογία στο BDI των δύο ομάδων μητέρων με βάση το πρόγραμμα παρέμβασης που έλαβαν, ήταν 10,2 (SD = 9,4) και 9,9 (SD = 7,2) ή με τα συμπτώματα των γονέων με Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της ανάπτυξης, όπως στην έρευνα των Nixon και Singer [206], όπου η μέση βαθμολογία του BDI των γονέων ήταν 10,6 (SD = 7,1).

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων της σύγκρισης των δύο ομάδων, με βάση τις απαντήσεις τους στην SCL-90-R*, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι συμμετέχοντες εμφανίζουν σημαντικά σοβαρότερα συμπτώματα, όπως αυτά διατυπώνονται σε 2 από τους 3 δείκτες ψυχοπαθολογίας, το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων - ΓΔΣ ($z = -2,261$, $p < 0,05$), και το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων - ΣΘΣ ($z = -2,410$, $p < 0,05$), ενώ δεν παρουσιάζουν σημαντική διαφορά στο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων - ΔΕΘΣ ($z = -1,189$, ns).

Άρα, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η ψυχολογική ενόχληση που βιώνουν οι συμμετέχοντες, φαίνεται ότι προβλέπει σημαντικά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.

Επιπροσθέτως, από τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με βάση τις υποκλίμακες της SCL-90-R γίνεται αντιληπτό ότι, συμμετέχοντες και μη συμμετέχοντες εμφανίζουν ίδια επίπεδα σωματοποίησης ($z = -0,703$, ns), ψυχαν/στικότητας-καταν/στικότητας ($z = -1,611$, ns), φοβικού άγχους ($z = -0,552$, ns) και παρανοειδή ιδεασμού ($z = -1,041$, ns), όμως οι συμμετέχοντες εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας ($z = -2,352$, $p < 0,05$), άγχους ($z = -2,174$, $p < 0,05$), θυμού ($z = -2,910$, $p < 0,05$) και ψυχωτισμού ($z = -2,937$, $p < 0,01$).

Άρα, το εύρημα από τη σύγκριση των δύο ομάδων με το BDI ότι δηλαδή, οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων σε σχέση με τους γονείς που δε συμμετέχουν,

* Τα αποτελέσματα της SCL-90-R, παρουσιάζονται αναλυτικά στους Πίνακες 16 και 17 (σελ. 123 και 124 αντίστοιχα) της παρούσας μελέτης, ενώ η σύγκριση των δύο ομάδων, στον Πίνακα 20 (σελ. 129).

νιώθουν σημαντικά υψηλότερη κατάθλιψη, επιβεβαιώνεται και από το αποτέλεσμα της σύγκρισης των δύο ομάδων με την υποκλίμακα της κατάθλιψης της SCL-90-R ($z = -2,374, p < 0,05$).

Από τα παραπάνω ευρήματα συμπεραίνεται ότι, οι γονείς που επιλέγουν να συμμετέχουν στις σχολές γονέων συγκριτικά με τους γονείς που επιλέγουν να μη συμμετέχουν, εκδηλώνουν σημαντικά εντονότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, θυμού και επιθετικότητας, νιώθουν σημαντικά περισσότερο ανεπαρκείς, κατώτεροι και υποτιμούν σημαντικά περισσότερο τον εαυτό τους σε σύγκριση με τους άλλους και στη σχέση τους με τους άλλους, έχουν σημαντικά περισσότερο αλλοτριωμένες σχέσεις και κρατούν σημαντικά μεγαλύτερη απόσταση στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν ότι, οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων, βιώνουν σημαντικά μεγαλύτερη ψυχολογική ενόχληση από ότι τα άτομα που τους δίδεται δυνατότητα να συμμετέχουν αλλά τελικά επιλέγουν να μη συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων.

Από τα αποτελέσματα τις σύγκρισης των δύο ομάδων με βάση το STAI*, γίνεται αντιληπτό ότι, οι συμμετέχοντες εμφανίζουν συγκριτικά με τους μη συμμετέχοντες, τον ίδιο βαθμό δομικού άγχους ($t = 1,612, ns$), αλλά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό καταστασιακού άγχους ($t = 3,138, p < 0,01$).

Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ότι, οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων νιώθουν σημαντικά μεγαλύτερη ένταση, νευρικότητα, προβληματισμό και ανησυχία στις συναισθηματικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν, συγκριτικά με τους γονείς που δε δείχνουν ενδιαφέρον να συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά.

Χαρακτηριστικά σχετικά με την προσωπικότητα των γονέων (EPQ)

Για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των γονέων που συμμετέχουν στις σχολές γονέων χρησιμοποιήθηκε, όπως αναφέρθηκε, το EPQ[†].

Από σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τις διαστάσεις προσωπικότητας του EPQ, διαπιστώνεται ότι, οι συμμετέχοντες σε σύγκριση με τους μη συμμετέχοντες, δεν εμφανίζουν διαφορές ως προς τη διάσταση «Ψυχωτισμός» ($z = -0,390, ns$) και τη διάσταση «Εξωστρέφεια», όμως, εμφανίζουν μια τάση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%) για σημαντικά περισσότερα στοιχεία της διάστασης «Νευρωτισμός» ($z = -1,895, p = 0,058$) καθώς και μια τάση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%) για σημαντικά λιγότερα στοιχεία της διάστασης «Ψεύδος» ($z = -1,933, p = 0,053$).

* Τα αποτελέσματα του STAI, παρουσιάζονται αναλυτικά στους Πίνακες 21 και 22 (σελ. 131) της παρούσας μελέτης, ενώ η σύγκριση των δύο ομάδων στον Πίνακα 25 (σελ. 133).

† Τα αποτελέσματα του EPQ, παρουσιάζονται αναλυτικά στους Πίνακες 26 και 27 (σελ. 134) της παρούσας μελέτης, ενώ η σύγκριση των δύο ομάδων, στον Πίνακα 30 (σελ. 137).

Από τα αποτελέσματα αυτά διαπιστώνεται ότι, οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων συγκριτικά με τους γονείς που δεν ενδιαφέρονται να συμμετέχουν, ίσως χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη συναισθηματική αστάθεια και τάση να αναπτύσσουν νευρωτική συμπτωματολογία στις διάφορες πιεστικές συνθήκες. Όμως, το εύρημα αυτό χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση.

Επίσης, οι γονείς που δεν ανταποκρίνονται στο κάλεσμα για συμμετοχή στα προγράμματα σχολών γονέων συγκριτικά με τους γονείς που ανταποκρίνονται, έχουν ίσως μεγαλύτερη τάση, είτε στο να ψεύδονται και να προσποιούνται, είτε να είναι περισσότερο τελειοθηρικοί και λιγότερο ειλικρινής με τις ατέλειές τους, είτε να είναι περισσότερο κουμπωμένοι και να επικεντρώνονται σε αρνητικές εκβάσεις. Όμως, το εύρημα αυτό, χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση.

Εάν ως ερμηνεία των σημαντικά υψηλότερων τιμών στις τιμές της υποκλίμακας «Ψεύδος» ισχύει το τελευταίο, τότε ενισχύονται οι απόψεις των Grimshaw και McGuire και Wellington, White & Liossis [149,326].

Τέλος, οι γονείς που συμμετέχουν στις σχολές γονέων παρόλο που νιώθουν σημαντικά κατώτεροι και ανεπαρκείς σε σύγκριση με τους άλλους (αποτελέσματα της υποκλίμακας της Διαπροσωπικής ευαισθησίας της SCL-90-R) ίσως, δε διστάζουν να παραδεχθούν τα προβλήματα και τις ατέλειές τους σε σύγκριση με τους γονείς που δε δηλώνουν συμμετοχή.

Χαρακτηριστικά σχετικά με προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών (ΕΔΕΠ)

Για τη διερεύνηση των προβλημάτων στη συμπεριφορά των παιδιών των γονέων που συμμετέχουν στις σχολές γονέων, χρησιμοποιήθηκε το ΕΔΕΠ*. Από τη σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τα σύνδρομα ενδο-προσωπικής και διαπροσωπικής προσαρμογής γίνεται αντιληπτό ότι, οι γονείς που συμμετέχουν στις σχολές γονέων σε σύγκριση με τους γονείς που δεν επιθυμούν να συμμετέχουν, εκτιμούν ότι τα παιδιά τους έχουν σημαντικά σοβαρότερα προβλήματα σχετικά με το σύνδρομο «Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός» ($z = -2,208, p < 0,05$) και μία μικρή τάση για σημαντικά σοβαρότερα προβλήματα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10% σχετικά με τα σύνδρομα «Επιθετικότητα» ($z = -1,796, p = 0,073$) και «Παραβατικότητα» ($z = -1,665, p = 0,096$).

Από τα ευρήματα αυτά διαπιστώνεται ότι, τα παιδιά των γονέων που συμμετέχουν στις σχολές γονέων παρουσιάζουν σημαντικά εντονότερα συμπτώματα και συμπεριφορές (π.χ. κοινωνικής απόσυρσης, αποφυγής της αλληλεπίδρασης), οι οποίες τα παρεμποδίζουν στο να ζουν αρμονικά με τον εαυτό τους, σε σύγκριση με τα παιδιά των γονέων που δε συμμετέχουν στις σχολές γονέων.

* Τα αποτελέσματα του ΕΔΕΠ παρουσιάζονται αναλυτικά στους Πίνακες 31 και 32 (σελ. 139) της παρούσας μελέτης, ενώ η σύγκριση των δύο ομάδων στον Πίνακα 35 (σελ. 143).

Επίσης, τα παιδιά των γονέων που συμμετέχουν στις σχολές γονέων, παρουσιάζουν τάση για σημαντικά εντονότερα συμπτώματα επιθετικής συμπεριφοράς και μια πολύ μικρή τάση για σημαντικά εντονότερα συμπτώματα παραβατικής συμπεριφοράς, σε σύγκριση με τα παιδιά των γονέων που δε συμμετέχουν στις σχολές γονέων, όμως χρειάζεται περισσότερη έρευνα στον τομέα αυτό.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και παράλληλα ενισχύουν το εύρημα των Thornton και Calam ότι δηλαδή, πιθανόν (λόγω του μικρού αριθμού των υποκειμένων) οι γονείς που τελικά συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, αναφέρουν ότι τα παιδιά τους εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς υψηλότερου βαθμού σε σχέση με τους γονείς που δεν προσέρχονται [328].

Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος σχολών γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης

Όπως αναφέρθηκε στα εισαγωγικά κεφάλαια της παρούσας μελέτης, τα στοιχεία των ερευνών για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων των οποίων τα παιδιά εμπíπτουν αναπτυξιακώς στο «φυσιολογικό» μέσο όρο, είναι ελάχιστα όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς [15,91]. Παρακάτω, παρουσιάζεται η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της σύγκρισης των γονέων της πειραματικής ομάδας (συμμετέχοντες) με τους γονείς της ομάδας ελέγχου (μη συμμετέχοντες), πριν την εφαρμογή (Α΄ Φάση) και αμέσως μετά τη λήξη του προγράμματος σχολής γονέων (Β΄ Φάση). Για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτών και προκειμένου να διευκρινιστεί και η επίδραση που είχε στους γονείς της πειραματικής ομάδας η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, χρησιμοποιούνται και τα αποτελέσματα των ζευγαρωτών μετρήσεων, που αναφέρθηκαν λεπτομερώς στο ειδικό μέρος της παρούσας μελέτης. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, κανένα δημογραφικό στοιχείο δε διαφοροποιεί σημαντικά τους γονείς της πειραματικής ομάδας από τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Οι δύο ομάδες είναι πλήρως τακτοποιημένες ως προς τα δημογραφικά στοιχεία.

Τα ευρήματα της LSI

Ο Simkiss και οι συνεργάτες του, σε μια πρόσφατη δημοσίευση του πρωτοκόλλου της έρευνάς τους σχετικά με τη εφαρμογή του Family Links Nurturing Programme (FLNP) στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ότι, τόσο το πρόγραμμα αυτό, όσο και τα προγράμματα Triple P και Incredible Years στοχεύουν μεταξύ άλλων και στην προαγωγή της ευεξίας-ευημερίας των γονέων [52]. Η ευεξία των γονέων ως στόχος των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων, τονίζεται και από τους Barlow, Coren και Stewart-Brown [201]. Η Sonuga-Barke και οι συνεργάτες της διατυπώνουν ότι, η ατομική εκπαίδευση γονέων με παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα με τη μορφή ατομικής θεραπείας στο σπίτι, βελτιώνει την ευημερία της

μητέρας. Η βελτίωση της ψυχολογικής ευημερίας των γονέων, αναφέρεται και από τον Todds και τους συνεργάτες του, ως αποτέλεσμα της εφαρμογής ενός ομαδικού προγράμματος εκπαίδευσης γονέων, σε 22 γονείς με παιδιά με διαταραχές του φάσματος του Αυτισμού και μαθησιακές δυσκολίες [455]. Αρκετά πριν, μια έρευνα στην Ιρλανδία από τους Mullin, Quigley και Glanville, καταλήγει μεταξύ άλλων ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων βελτιώνουν την ευημερία των γονέων αυξάνοντας την αυτοπεποίθησή τους [456]. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω αποτελέσματα και αναφορές, κρίνεται απαραίτητο πέρα από τη διερεύνηση, μέσω της LSI, των χαρακτηριστικών της εκτίμησης της ικανοποίησης ζωής των γονέων που συμμετέχουν στις σχολές γονέων, να διερευνηθεί και η αποτελεσματικότητα του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων της παρούσας μελέτης, με την ίδια κλίμακα, η οποία δίνει πληροφορίες για την υποκειμενική εκτίμηση της ευεξίας των γονέων, της συζυγικής και οικογενειακής τους ζωής, της επαγγελματικής και οικογενειακής τους κατάστασης και της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Στοιχεία σχετικά με την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου, για τις συνθήκες της ζωής του και της εκτίμησής του από τη σύγκριση της ζωής του με εκείνη των συμπολιτών του, μας δίνουν σημαντικές πληροφορίες για την ποιότητα ζωής των ατόμων [457].

Οι αναφορές και τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών, επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και ενισχύονται με νέα στοιχεία. Και αυτό λόγω του ότι, ενώ κατά την Α΄ Φάση η εκτίμηση της ικανοποίησης ζωής των συμμετεχόντων είναι σημαντικά φτωχότερη από την εκτίμηση των γονέων που δεν εκδηλώνουν ενδιαφέρον να συμμετέχουν στις σχολές γονέων, στους τομείς της συνολικής ποιότητας της ζωής ($p < 0,01$), της σωματικής κατάστασης ($p < 0,05$), της διανοητικής κατάστασης ($p < 0,05$), της ψυχικής ευεξίας ($p < 0,05$), της οικογενειακής ζωής ($p < 0,01$), του ρόλου στην οικογένεια ($p < 0,05$), της εξωτερικής εμφάνισης ($p < 0,01$), της γενικής ποιότητας της ζωής ($p < 0,05$) και της σεξουαλικής τους ζωής ($p = 0,064$)*, κατά τη Β΄ Φάση και αμέσως μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα σχολής γονέων, οι γονείς που συμμετείχαν σε αυτό αυξάνουν σημαντικά το βαθμό ικανοποίησής τους από τους παραπάνω τομείς, σε σημείο που οι δύο ομάδες δε διαφοροποιούνται καθόλου ως προς την ικανοποίησή τους (Πίνακας 15, σελ. 121). Η ικανοποίηση των γονέων της ομάδας ελέγχου, δε διαφοροποιείται καθόλου μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης. Η σημαντική αύξηση της ικανοποίησης των γονέων της πειραματικής ομάδας και η στασιμότητα ή και σημαντική μείωση στον τομέα της γενικής ποιότητας ζωής των γονέων της ομάδας ελέγχου, μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης ($z = -2,636$, $p < 0,01$), επαληθεύεται και από τα αποτελέσματα των ζευγαρωτών μετρήσεων στους Πίνακες 13 και 14 (σελ. 118 και 119 αντίστοιχα).

Όπως αναφέρθηκε, οι Moran, Ghate και van der Merwe υπογραμμίζουν ότι, ίσως η συμμετοχή μόνο του ενός γονέα στα προγράμματα εκπαίδευσης να δημιουργεί προβλήματα στην

* Τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

οικογένεια. Η σημαντική βελτίωση που εκτιμούν ότι έχουν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες μετά την εφαρμογή του προγράμματος σε τομείς όπως, η οικογενειακή ζωή, ο ρόλος στην οικογένεια και η σεξουαλική ζωή, ίσως να δίνει στοιχεία ότι κάτι τέτοιο ενδεχομένως για τον ελληνικό πληθυσμό να μην ισχύει, όμως ένα τέτοιο συμπέρασμα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση [235].

Συμπερασματικά, το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης της παρούσας μελέτης οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της ευημερίας και της υποκειμενικής εκτίμησης της ικανοποίησης ζωής των γονέων που συμμετέχουν σε αυτό.

Τα ευρήματα της FACES III

Οι Riesch, Henriques και Chanchong το 2003, χρησιμοποίησαν την FACES III προκειμένου να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος Mission Possible, ενός προγράμματος εκπαίδευσης δεξιοτήτων επικοινωνίας που εφαρμόστηκε σε 37 οικογένειες και στα παιδιά τους, ηλικίας μεταξύ 11 και 14 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των οικογενειών αυτών, κατατασσόταν με βάση τη βαθμολογία τους στην FACES III στους ακραίους τύπους οικογένειας. Την ομάδα ελέγχου, αποτελούσαν 47 οικογένειες και έφηβοι, ακραίου και πάλι τύπου οικογένειας. Το πρόγραμμα «Mission Possible: Parents and Kids Who Listen», είναι ένα πρόγραμμα που απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό, που ολοκληρώνεται σε 6 δίωρες συναντήσεις και βασίζεται στη θεωρία του Circumplex Model και την αναπτυξιακή και επικοινωνιακή θεωρία. Εμπεριέχει αποτελεσματικές γνωστικές και συμπεριφορικές τεχνικές και στοχεύει στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας. Δέκα χρόνια νωρίτερα, ο Riesch και οι συνεργάτες του, είχαν εφαρμόσει το ίδιο πρόγραμμα σε 158 οικογένειες και τα παιδιά τους, ίδιας ηλικίας με την μεταγενέστερη έρευνα, των οποίων οι βαθμολογίες στην FACES III αντιστοιχούσαν στις μεσαίου εύρους ή στις ισορροπημένες οικογένειες. Στην έρευνα αυτή, την ομάδα ελέγχου αποτελούσαν 201 οικογένειες και τα παιδιά τους. Τα αποτελέσματα των δύο αυτών ερευνών, αναδεικνύουν ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα ίσως, να μην είναι αποτελεσματικό στις ακραίου τύπου οικογένειες αλλά φαίνεται να είναι αποτελεσματικό στις μεσαίου ή ισορροπημένου τύπου οικογένειες, λόγω του ότι οι έφηβοι που δεν παρακολούθησαν το πρόγραμμα, εμφάνιζαν περισσότερη απογοήτευση από το οικογενειακό τους σύστημα, σε σύγκριση με αυτούς που το παρακολούθησαν [369,458].

Στην παρούσα μελέτη, όπως αναφέρθηκε και στο ειδικό μέρος καθώς και στο κεφάλαιο της διερεύνησης των χαρακτηριστικών των γονέων που συμμετέχουν στις σχολές γονέων, το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου, ανήκει στους «υγιείς» με βάση την FACES III μεσαίους τύπους οικογένειας. Επιπροσθέτως, οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές σε καμία από τις συγκρίσεις της FACES III (Πίνακες 41 και 42, σελ. 152 και 154 αντίστοιχα) κατά την Α΄ Φάση. Το ίδιο παρατηρείται και στη Β΄ Φάση, εκτός από τον τύπο της προσαρμοστικότητας, όπου οι γονείς της ομάδας ελέγχου φαίνεται να

εμφανίζουν μια τάση για μετακίνηση τους, σε σχέση με την Α΄ Φάση, σε χαμηλότερα επίπεδα της δομημένης οικογένειας (Α΄ Φάση: $z = -0,135$, ns ; Β΄ Φάση: $z = -1,727$, $p = 0,084$), συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, η οποία παραμένει σταθερή. Ταυτόχρονα, ενώ οι ζευγαρωτές μετρήσεις της πειραματικής ομάδας, δεν εμφανίζουν κάποια σημαντική διαφορά μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης (Πίνακας 40, σελ. 151), οι ζευγαρωτές μετρήσεις τις ομάδας ελέγχου, αναδεικνύουν μια τάση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%) για μείωση του επιπέδου προσαρμοστικότητας ($t = 1,762$, $p = 0,083$) και μια σημαντική μετακίνηση των γονέων σε χαμηλότερο, αλλά και πάλι υγιές, επίπεδο γενικού τύπου οικογένειας ($z = -2,179$, $p < 0,05$) κατά τη Β΄ Φάση, σε σχέση με την Α΄ Φάση (Πίνακας 39, σελ. 150).

Όπως και στην έρευνα του Riesch και των συνεργατών του [369], όπου οι έφηβοι που δε συμμετείχαν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης, εμφάνιζαν περισσότερη απογοήτευση από τις οικογένειές τους συγκριτικά με αυτούς που συμμετείχαν, έτσι και οι γονείς οι οποίοι δε συμμετείχαν στο πρόγραμμα της παρούσας μελέτης, εμφανίζουν αστάθεια στην εκτίμηση της λειτουργικότητας της οικογένειάς τους, συγκριτικά με τους γονείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και οι οποίοι είναι πιο σταθεροί στην εκτίμησή τους.

Τα ευρήματα του BDI, της SCL-90-R και του STAI

Ορισμένες μελέτες, που εμπεριέχονται στη μετα-ανάλυση των Barlow, Coren και Stewart-Brown [201] αλλά και άλλες [177,203,205,206,208-210,245,293,453,459-467] έχουν χρησιμοποιήσει κάποια κλίμακα, υποκλίμακα ή ερωτηματολόγιο κατάθλιψης [π.χ. Beck Depression Inventory (BDI), Irritability Depression and Anxiety Scale (IDA-Depression subscale), Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), Parenting Stress Index (PSI-Parent domain), Profile of Mood States (POMS-Depression-Dejection domain), General Health Questionnaire (GHQ)], προκειμένου να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος εκπαίδευσης γονέων στην κατάθλιψη των γονέων και κυρίως της μητέρας. Το BDI, έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες, όπως αυτές των Cunningham, Bremner και Boyle, του Taylor και των συνεργατών του, των Nixon και Singer και της Webster-Stratton [205,206,209,210].

Ορισμένες έρευνες που εμπεριέχονται στη μετα-ανάλυση των Barlow, Coren και Stewart-Brown (2002), αλλά και ορισμένες άλλες έρευνες [53,177,202,208,210,212,245,347,460,462,465,466,468,469], όπως και με την κατάθλιψη, έτσι και με το άγχος, έχουν χρησιμοποιήσει κάποια κλίμακα, υποκλίμακα ή ερωτηματολόγιο άγχους [General Health Questionnaire (GHQ) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R-Global Severity Index), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Irritability Depression and Anxiety Scale (IDA-Anxiety subscale), Parenting Stress Index (PSI), Profile of Mood States (POMS-Tention-Anxiety domain), Everyday Stressor Index (ESI)], για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος εκπαίδευσης γονέων στο άγχος και την ένταση των γονέων και κυρίως της μητέρας.

Ορισμένες από τις παραπάνω έρευνες [209,210,212,462,465,468], αλλά και επιπρόσθετες έρευνες [470,471], έχουν χρησιμοποιήσει κάποια κλίμακα, υποκλίμακα ή ερωτηματολόγιο θυμού, επιθετικότητας ή ευερεθιστότητας [π.χ. Brief Anger and Aggression Questionnaire, POMS-Anger-Hostility domain], για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων στο θυμό-επιθετικότητα-ευερεθιστότητα των γονέων.

Η SCL-90-R και ειδικότερα ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) χρησιμοποιήθηκε από τον Anastopoulos και τους συνεργάτες του, για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός ατομικού προγράμματος εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόστηκε σε γονείς με παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα. Στην έρευνα συμμετείχαν 34 γονείς (πειραματική ομάδα 19, ομάδα ελέγχου 15). Στα αποτελέσματά τους μεταξύ άλλων αναφέρουν ότι, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, όπως αυτή εκφράζεται από το ΓΔΣ, των συμμετεχόντων σε σχέση με τους μη συμμετέχοντες, πριν και μετά την παρέμβαση [202].

Το STAI χρησιμοποιήθηκε από τη Joyce για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος εκπαίδευσης γονέων λογικο-θυμικής προσέγγισης, που εφαρμόστηκε σε γονείς με παιδιά σχολικής ηλικίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 48 γονείς (πειραματική ομάδα 32, ομάδα ελέγχου 16). Στα αποτελέσματά της μεταξύ άλλων αναφέρει ότι, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές τόσο στο καταστασιακό όσο και στο δομικό άγχος, των συμμετεχόντων σε σχέση με τους μη συμμετέχοντες, πριν και μετά την παρέμβαση [212].

Η Stewart-Brown και οι συνεργάτες της, προσπάθησαν να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος γονέων Webster Stratton Parents and Children Series. Στη συγκεκριμένη έρευνα, συμμετείχαν 116 οικογένειες με παιδιά ηλικίας 2 έως 8 ετών. Για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος στην ψυχική υγεία των γονέων, χρησιμοποίησαν το Parenting Stress Index (PSI-Parent domain) και το General Health Questionnaire (GHQ 28 ερωτήσεις). Το πρόγραμμα είχε ως αποτέλεσμα μεταξύ άλλων και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των γονέων σε τομείς όπως η κατάθλιψη και η κοινωνική ευαισθησία. Στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων, διαπίστωσαν ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γονέων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και αυτών που δεν συμμετείχαν αμέσως μετά τη λήξη του προγράμματος και για 6 μήνες μετά. Οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ένα χρόνο μετά [245].

Πολλοί νωρίτερα, οι Mullin, Quigley και Glanville, στην προσπάθειά τους να εξετάσουν την επίδραση ενός ομαδικού προγράμματος γονέων στην ευημερία 39 μητέρων με παιδιά ηλικίας 3 μηνών έως 14 ετών, χορήγησαν μεταξύ άλλων το Texas Social Behaviour Inventory (TSBI) και το General Health Questionnaire (GHQ 120 ερωτήσεις). Στα αποτελέσματά τους, διατυπώνουν ότι ενώ η ομάδα ελέγχου ($n = 40$) ξεκίνησε από λίγο ευνοϊκότερη θέση, οι μητέρες της πειραματικής

ομάδας άλλαξαν περισσότερο κατά τη διάρκεια του προγράμματος, ως προς την ενόχληση από ψυχολογικά συμπτώματα [456].

Όσον αφορά στο θυμό την επιθετικότητα ή την ευερεθιστότητα, οι Gammon και Rose το 1991, η Joyce το 1995, ο Greaves το 1997 και ο Taylor και οι συνεργάτες του το 1998 χρησιμοποιώντας ξεχωριστές ο καθένας κλίμακες (Brief Anger and Aggression Questionnaire, POMS-Anger-Hostility domain, Berger's Feeling Scale), δεν αναφέρουν σημαντικές αλλαγές στο θυμό των γονέων που παρακολούθησαν θεραπευτικά προγράμματα λογικο-θυμικής προσέγγισης ή θεραπευτικό πρόγραμμα γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης ή πρόγραμμα εκλεκτικής θεραπείας [209,212,462,468]. Αντίθετα, ο Nicholson και οι συνεργάτες του το 2002, εφαρμόζοντας ένα πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης γονέων (STAR Parenting Program) σε 26 γονείς υψηλού κινδύνου με παιδιά ηλικίας 0-5 ετών και χρησιμοποιώντας το Brief Anger and Aggression Questionnaire, αναφέρουν σημαντική μείωση του θυμού των γονέων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου [465].

Οι van Wyk, Eloff και Heyns εξετάζοντας την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος εκπαίδευσης, χορήγησαν την Group Assessment of Interpersonal Traits (GAIT) σε 16 γονείς αφρικανικής καταγωγής με παιδιά ηλικίας 8 έως 12 ετών και διαπίστωσαν σημαντική βελτίωση της διαπροσωπικής ευαισθησίας αυτών των γονέων, σε σύγκριση με τους 10 γονείς της ομάδας ελέγχου [361].

Τέλος, οι Barlow, Coren και Stewart-Brown στη μετα-ανάλυσή τους καταλήγουν στο ότι, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων επιφέρουν σημαντικά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα στην κατάθλιψη, το άγχος και την ένταση και γενικότερα στην ψυχοκοινωνική υγεία των μητέρων που συμμετέχουν σε αυτά [201].

Όπως αναφέρθηκε και στην παράγραφο της ερμηνείας των αποτελεσμάτων σχετικά με τα χαρακτηριστικά των γονέων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα σχολής γονέων της παρούσας μελέτης (Πίνακας 10, σελ. 113) οι γονείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα (n_1) εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη κατάθλιψη σε σχέση με τους γονείς που δε συμμετείχαν (n_2) στο πρόγραμμα, κατά την Α΄ Φάση της έρευνας ($U = 2830,5$, $n_1 = 60$, $n_2 = 120$, $p < 0,05$). Στη Β΄ Φάση, η συμμετοχή των γονέων της πειραματικής ομάδας στο πρόγραμμα έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της κατάθλιψης, ώστε οι δύο ομάδες να μην παρουσιάζουν καμία σημαντική διαφορά ως προς την κατάθλιψη που νιώθουν ($U = 1578,5$, $n_1 = 52$, $n_2 = 69$, ns). Η σημαντική βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των συμμετεχόντων μετά τη λήξη του προγράμματος, σε σχέση με τους μη συμμετέχοντες, γίνεται αντιληπτή και από τις ζευγαρωτές μετρήσεις των γονέων των δύο ομάδων (Πίνακες 8 και 9, σελ. 112).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον Πίνακα 47 της επόμενης σελίδας, γίνεται αντιληπτό ότι πριν την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης, ένα μεγάλο ποσοστό (48,3%) των 60 συμμετεχόντων αναφέρουν συμπτωματολογία κυρίως ήπιας (31,7%), μέτριας (11,7%) και σοβαρής

κατάθλιψης (5%) σημαντικά μεγαλύτερο ($\chi^2 = 10,66, df = 3, p < 0,05$) από το ποσοστό των 120 μη συμμετεχόντων. Μετά την παρέμβαση, το ποσοστό των γονέων με φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης, είναι μεγαλύτερο στους γονείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και είναι εμφανές ότι η επιλογή τους να συμμετέχουν οδήγησε ένα σημαντικό ποσοστό των γονέων να περάσουν από μια παθολογική σε μια φυσιολογική βαθμολογία κατάθλιψης του BDI.

Πίνακας 47. Σύγκριση των δύο ομάδων πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος με βάση τα επίπεδα κατάθλιψης του BDI (Chi-Square Test)

	ΠΙΠΙΝ				χ^2	ΜΕΤΑ				χ^2
	Ελέγχου <i>n</i> = 120		Πειραματική <i>n</i> = 60			Ελέγχου <i>n</i> = 69		Πειραματική <i>n</i> = 52		
<i>Επίπεδα BDI</i> (βαθμολογία)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Καθόλου (0-9)	85	70,8	31	51,7		46	66,7	39	75,0	
Ήπια (10-15)	26	21,7	19	31,7	10,66	11	15,9	10	19,2	3,71
Μέτρια (16-23)	9	7,5	7	11,7	<i>p</i> = 0,014	12	17,4	3	5,8	ns
Σοβαρή (<24)	0	0	3	5		0	0	0	0	

Όπως επίσης αναφέρθηκε, η σύγκριση των δύο ομάδων με το STAI δείχνει ότι, οι συμμετέχοντες εμφανίζουν κατά την Α΄ Φάση σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό καταστασιακού άγχους ($t = 3,138, p < 0,01$) από ότι οι μη συμμετέχοντες, ενώ στη Β΄ Φάση, οι γονείς της πειραματικής ομάδας μειώνουν σημαντικά τα επίπεδα καταστασιακού άγχους και η αρχική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων εξαλείφεται (Πίνακας 25, σελ 133). Το εύρημα αυτό, ενισχύεται και από το αποτέλεσμα των ζευγαρωτών συγκρίσεων των δύο ομάδων όπου η ομάδα ελέγχου δεν παρουσιάζει καμία σημαντική διαφορά μεταξύ Α΄ και Β΄ Φάσης, σε αντίθεση με τους γονείς της πειραματικής ομάδας, οι οποίοι μειώνουν σημαντικά κατά τη Β΄ Φάση, τόσο το καταστασιακό, όσο και το δομικό τους άγχος (Πίνακες 23 και 24, σελ. 132).

Η σημαντικά θετική επίδραση του προγράμματος, στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης των συμμετεχόντων αμέσως μετά τη λήξη του, φαίνεται και από τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με τις υποκλίμακες της SCL-90-R (Πίνακας 20, σελ. 129). Οι συμμετέχοντες, ξεκινούν το πρόγραμμα συγκριτικά με τους μη συμμετέχοντες, από σημαντικά μειονεκτικότερη θέση ως προς τη σοβαρότητα και την ένταση των ψυχολογικών συμπτωμάτων που νιώθουν και εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην κατάθλιψη ($z = -2,374, p < 0,05$) και το άγχος ($z = -2,174, p < 0,05$), όμως μετά τη λήξη του προγράμματος, μειώνουν σημαντικά το άγχος ($z = -0,942, ns$) και την κατάθλιψη ($z = -0,617, ns$). Όσων αφορά στην κατάθλιψη και το άγχος, από τις ζευγαρωτές μετρήσεις των δύο ομάδων με βάση τα αποτελέσματα της SCL-90-R (Πίνακες 18 και 19, σελ. 127 και 128 αντίστοιχα) συμπεραίνεται ότι, οι γονείς της

πειραματικής ομάδας, μειώνουν σημαντικά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους (δείκτες ψυχοπαθολογίας της SCL-90-R), αλλά και την ενόχλησή τους από τα ψυχολογικά συμπτώματα όλων των υποκλίμακων της SCL-90-R. Αντιθέτως, οι γονείς της ομάδας ελέγχου κατά τη Β΄ Φάση, εμφανίζουν σημαντική αύξηση του άγχους ($z = -2,073, p < 0,05$) και τάση για σημαντική αύξηση της κατάθλιψης ($z = -1,729, p = 0,084$). Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με τις υποκλίμακες της SCL-90-R (Πίνακας 20, σελ 129) φαίνεται ότι ενώ οι συμμετέχοντες ξεκινούν το πρόγραμμα, συγκριτικά με τους μη συμμετέχοντες, από σημαντικά μειονεκτικότερη θέση ως προς τη διαπροσωπικής ευαισθησίας ($z = -2,352, p < 0,05$), το θυμό και την επιθετικότητα ($z = -2,910, p < 0,05$) και τον ψυχωτισμό ($z = -2,937, p < 0,01$), μετά τη λήξη του προγράμματος, μειώνουν σημαντικά την ενόχλησή τους από τα συμπτώματα αυτά, φτάνοντας σε επίπεδα κατώτερα από αυτά των μη συμμετεχόντων. Το ίδιο συμβαίνει και με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που βιώνουν, όπως αυτή εκφράζεται από το ΓΔΣ και το ΣΘΣ της SCL-90-R.

Τα ευρήματα αυτά ταιριάζουν, συμφωνούν και ενισχύουν τα αποτελέσματα μιας σειράς ερευνών που αναφέρθηκαν σε αυτήν την παράγραφο.

Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι, το πρόγραμμα σχολής γονέων της παρούσας μελέτης είναι τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα αποτελεσματικό και συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας των γονέων που το παρακολούθησαν και στην ψυχική και κοινωνική ευημερία τους [201,273,456].

Το πρόγραμμα της παρούσας μελέτης επιφέρει σημαντική μείωση, της ενόχλησης από ψυχολογικά συμπτώματα [456], των αισθημάτων θυμού και της επιθετικής συμπεριφοράς [465], της κατάθλιψης [201,210,245], του άγχους [201,245], της διαπροσωπικής ευαισθησίας [361,245] και της κοινωνικής επάρκειας [456] των γονέων.

Τέλος, πρόσθετες παροχές στους γονείς, όπως η εκπαίδευση των γονέων σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, η διαχείριση των σκέψεων, των συναισθημάτων, του άγχους, και του θυμού και η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες φαίνεται να είναι αποτελεσματικές [264].

Τα ευρήματα του EPQ

Η επίδραση των προγραμμάτων εκπαίδευσης στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων, διερευνήθηκε από τους van Wyk, Eloff και Heyns [361]. Στην έρευνά τους, χορήγησαν σε 16 γονείς αφρικανικής καταγωγής με παιδιά ηλικίας 8 έως 12 ετών, το Personal Orientation Inventory (POI). Το ερωτηματολόγιο αυτό βασίζεται στην ανθρωπιστική θεωρία του Maslow και χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των παραγόντων που σχετίζονται με την αυτοπραγμάτωση [472]. Τα αποτελέσματα της έρευνας των van Wyk, Eloff και Heyns, έδειξαν σημαντική βελτίωση των γονέων της πειραματικής ομάδας ως προς την αυτοπραγμάτωση, σε σύγκριση με τους 10 γονείς της ομάδας ελέγχου. Να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τη θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow, η αυτοπραγμάτωση σχετίζεται με την αξιοποίηση των

εσωτερικών χαρισμάτων, τη δημιουργικότητα και την πληρότητα του ατόμου, η οποία ενεργοποιείται μόνο όταν έχουν ικανοποιηθεί οι υπόλοιπες ανάγκες του [473].

Η παρούσα μελέτη, φέρνει στο προσκήνιο νέα στοιχεία. Πιο συγκεκριμένα, στη σύγκριση των δύο ομάδων με το EPQ πριν την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης (Πίνακας 30, σελ. 137), οι συμμετέχοντες συγκριτικά με τους μη συμμετέχοντες, εμφανίζουν σημαντική τάση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, $z = -1,895$, $p = 0,058$) για εκδήλωση συναισθηματικής αστάθειας και ανάπτυξης νευρωτικής συμπτωματολογίας στις διάφορες πιεστικές συνθήκες (EPQ - «Νευρωτισμός») και σημαντικά μεγαλύτερη ($z = -1,933$, $p = 0,053$) ειλικρίνεια και λιγότερη τελειοθηρία (EPQ - «Ψεύδος»).

Έπειτα από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, οι συμμετέχοντες σε σύγκριση με τους μη συμμετέχοντες, μειώνουν σημαντικά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους που σχετίζονται με τη διάσταση του «Νευρωτισμού», κάτι που γίνεται αντιληπτό και από τις ζευγαρωτές μετρήσεις (Πίνακες 28 και 29, σελ. 136), ενώ οι μη συμμετέχοντες συγκριτικά με τους συμμετέχοντες, αυξάνουν ακόμη πιο σημαντικά την ανειλικρίνειά και την τελειοθηρία τους.

Τα ευρήματα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι, το πρόγραμμα της παρούσας μελέτης είναι αποτελεσματικό και βοηθά τους γονείς στο να βελτιώσουν σημαντικά τα χαρακτηριστικά και τις στάσεις της προσωπικότητάς τους, που σχετίζονται με συναισθηματική αστάθεια και εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων και με τον τρόπο αυτό συμβάλλει στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των γονέων [201].

Τα ευρήματα του ΕΔΕΠ

Όπως, αναφέρθηκε και στην εισαγωγή της παρούσας μελέτης, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα για την προαγωγή και πρόληψη της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων και θα πρέπει να εφαρμόζονται από τα πρώτα χρόνια της ζωής παιδιών και των εφήβων ηλικίας 0 έως 19 ετών [255,271]. Επίσης, τα προγράμματα εμφανίζουν κάποια ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη συναισθηματική και συμπεριφορική ρύθμιση βρεφών και νηπίων [257,263], έχουν θετικά αποτελέσματα στη συμπεριφορά των παιδιών [273] και μειώνουν βραχυπρόθεσμα την αρνητική τους συμπεριφορά [185,210,245], είναι αποτελεσματικά στη βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών ηλικίας 3 έως 10 ετών [261], ηλικίας 8 έως 12 ετών [474] και ηλικίας 0 έως 7 ετών [264] και για το λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η συνέχιση της εφαρμογής τους [261,262]. Επιπροσθέτως, τα προγράμματα αυτά είναι βραχυχρόνια αποτελεσματικά στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς [194,260,278] και ίσως, να μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη [14]. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο ομάδων με βάση το

ΕΔΕΠ πριν και μετά την παρέμβαση παρουσιάζονται στον Πίνακα 35 (σελ. 143) και των ζευγαρωτών μετρήσεων στους Πίνακες 33 (σελ. 141) και 34 (σελ. 142).

Από τα αποτελέσματα των πινάκων των ζευγαρωτών μετρήσεων γίνεται αντιληπτό ότι, με βάση τις αναφορές των γονέων μέσω του ΕΔΕΠ, τα παιδιά των γονέων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, βελτιώνονται σημαντικά και μειώνουν τα αρνητικά τους συμπτώματα και συμπεριφορές κατά τη Β΄ Φάση. Επίσης, ενώ τα παιδιά των συμμετεχόντων ξεκινούν, πριν την έναρξη του προγράμματος, από σημαντικά μειονεκτικότερη θέση σε σύγκριση με τα παιδιά των μη συμμετεχόντων, μετά τη λήξη του προγράμματος, βελτιώνονται σημαντικά και μειώνουν τα αρνητικά συμπτώματα και τις συμπεριφορές τους.

Από τα ευρήματα αυτά διαπιστώνεται ότι το πρόγραμμα της παρούσας μελέτης επιδρά θετικά και μειώνει σημαντικά, συμπτώματα και συμπεριφορές που παρεμποδίζουν τα παιδιά να ζουν αρμονικά με τον εαυτό τους και τους άλλους, σε σύγκριση με τα παιδιά των γονέων που δε συμμετέχουν στις σχολές γονέων.

Επιπροσθέτως, στρατηγικές και τεχνικές του προγράμματος της παρούσας μελέτης όπως, η ενίσχυση της αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού και των δεξιοτήτων συναισθηματικής επικοινωνίας, η διδασκαλία των γονέων στη χρήση της τεχνικής του time-out, της αδιαφορίας και της ενίσχυσης της θετικής συμπεριφοράς, η ενίσχυση της σταθερότητας στη συμπεριφορά των γονέων και η εξάσκηση των γονέων στο σπίτι [264] και γενικότερα όλες οι συμπεριφορικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ώστε να διδάξουν στους συμμετέχοντες γονείς συγκεκριμένες γονεϊκές δεξιότητες [90], καθώς και ο συνδυασμός συναισθηματικών και συμπεριφορικών στρατηγικών [7], φαίνεται ότι αποδίδουν στη βελτίωση της συμπεριφοράς των παιδιών.

Τέλος, τα ευρήματα του ΕΔΕΠ, συμφωνούν με τα ευρήματα ερευνών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων που αναφέρθηκαν στην αρχή αυτής της παραγράφου.

Η αξιολόγηση του προγράμματος από τους ίδιους τους γονείς: Οι απόψεις των γονέων

Οι γονείς της πειραματικής ομάδας αξιολόγησαν το πρόγραμμα σχολής γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης συμπληρώνοντας στην τελευταία συνάντηση το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Προγράμματος από τους Ίδιους τους Γονείς (Παράρτημα 1). Όπως αναφέρθηκε και στο ειδικό μέρος της παρούσας μελέτης, το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν οι 53 από τους 63 γονείς (84,1%) που συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στους Πίνακες 43, 44 (σελ. 156) και 45 (σελ. 158) στο αντίστοιχο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης. Η επιλογή των ερωτήσεων και των τομέων αξιολόγησης βασίστηκε, όπως επίσης αναφέρθηκε στο αντίστοιχο κεφάλαιο, στα μέχρι τώρα ερευνητικά στοιχεία ποιοτικών αξιολογήσεων των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων μέσω ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων και με σκοπό να

ανταποκρίνονται και στην όλη δομή, θεματολογία και προσδοκίες των γονέων του συγκεκριμένου προγράμματος εκπαίδευσης.

Όπως φαίνεται και στους Πίνακες, οι γονείς δηλώνουν: α) πολύ ικανοποιημένοι από τις γνώσεις και τις νέες δεξιότητες που απέκτησαν από το πρόγραμμα ($M = 3,16$, $SD = 0,44$, $Min = 2,2$, $Max = 4$), β) πολύ ικανοποιημένοι από την επαφή τους, τη συνεργασία, τη συζήτηση και την ανταλλαγή εμπειριών με τους άλλους γονείς στα πλαίσια της ομάδας ($M = 3,08$, $SD = 0,61$, $Min = 1,25$, $Max = 4$), γ) πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το υλικό που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διεξαγωγή του προγράμματος ($M = 3,55$, $SD = 0,39$, $Min = 2,2$, $Max = 4$), δ) πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τον τρόπο παρουσίασης των θεμάτων και τον συντονισμό της ομάδας από το συντονιστή ($M = 3,57$, $SD = 0,42$, $Min = 2,6$, $Max = 4$) και ε) πολύ ικανοποιημένοι από τη δομή και τη θεματολογία του προγράμματος ($M = 3,22$, $SD = 0,49$, $Min = 2$, $Max = 4$). Γενικά, η μέση ικανοποίηση των γονέων από το σύνολο του προγράμματος, είναι υψηλή και οι γονείς δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή τους σε αυτό ($M = 3,29$, $SD = 0,35$, $Min = 2,46$, $Max = 4$).

Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα σχολής γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι και ενθουσιασμένοι από αυτό, ενώ πολλοί γονείς αναφέρουν ότι νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στο ρόλο τους ως γονείς, ότι έχουν αποκτήσει νέες δεξιότητες και γνώση, και ότι απολαμβάνουν την υποστήριξη και άλλων γονέων. Τα ευρήματα αυτά ταιριάζουν πολύ με τα ευρήματα άλλων ποιοτικών ερευνών [37,41,149,207,241,243,245-249] που αναφέρθηκαν στο ειδικό μέρος της παρούσας μελέτης, στην παράγραφο της ανασκόπησης των ποιοτικών μελετών.

Κανένας γονέας δεν εκφράζει αρνητική γνώμη για το πρόγραμμα της παρούσας μελέτης, ενώ 35 γονείς (66%) εκφράζουν και γραπτώς την άποψη ότι ήταν μια χρήσιμη εμπειρία που άξιζε τον κόπο, εύρημα που ενισχύει τα αποτελέσματα της έρευνας των Barlow και Stewart-Brown [7].

Στην παρούσα μελέτη, οι γονείς υπογραμμίζουν το σημαντικό ρόλο που έπαιξε για το γονεϊκό τους ρόλο, η υποστήριξη από τους άλλους γονείς στα πλαίσια της ομάδας, η απόκτηση νέων μεθόδων και τεχνικών και η γενίκευση των αποτελεσμάτων και σε άλλους τομείς. Ορισμένοι γονείς ανέφεραν ότι, τους βοήθησε το ότι δεν τους διδάχτηκε πώς να είναι καλοί γονείς, αλλά το ότι έλαβαν υποστήριξη για το γονεϊκό τους ρόλο. Αρκετοί γονείς, τονίζουν ως βοηθητικό το ρόλο του συντονιστή. Πολλοί γονείς, εξέφρασαν προφορικά την επιθυμία για συνέχιση των συναντήσεων με τους άλλους γονείς και μετά τη λήξη του προγράμματος. Τα ευρήματα αυτά ταιριάζουν επίσης με τα ευρήματα των Barlow και Stewart-Brown [7]. Επίσης, αρκετοί γονείς τονίζουν τη βοήθεια και υποστήριξη που έλαβαν στα πλαίσια της ομάδας από τη συζήτηση και την αλλαγή εμπειριών και απόψεων με τους άλλους γονείς, διαπιστώνοντας ότι δεν είναι οι μόνοι, ότι όλοι λίγο πολύ αντιμετωπίζουν καθημερινά τα ίδια προβλήματα και νιώθοντας ανακούφιση ότι τα παιδιά τους είναι «φυσιολογικά» [7,149].

Σε συμφωνία και πάλι με τα ευρήματα των Barlow και Stewart-Brown, της Stewart-Brown και των συνεργατών της και του Patterson και των συνεργατών του, οι γονείς σημειώνουν την ανάγκη για περισσότερες συναντήσεις ή για τη διεξαγωγή ενός πρόσθετου προγράμματος, ώστε να χρησιμοποιηθούν περισσότερα παραδείγματα, να έχουν μεγαλύτερη επαφή με τους άλλους γονείς, να μπορούν να εξασκηθούν περισσότερο μέσα από παιχνίδια ρόλων και να καλυφθούν τα πολλά θέματα που συμπεριελάμβανε το πρόγραμμα [7,135,245].

Επίσης, αρκετοί γονείς υπογραμμίζουν τη χρησιμότητα ορισμένων παροχών του προγράμματος, όπως οι ενδιάμεσες και τελικές σημειώσεις, η εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, οι τεχνικές ελέγχου των αυτόματων αρνητικών σκέψεων και οι τεχνικές χαλάρωσης. Τέτοιου είδους παροχές έχουν αναφερθεί ότι παίζουν κάποιο θετικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης [264].

Η εφαρμογή και η ενσωμάτωση των όσων έμαθαν στην καθημερινή τους ζωή, καθώς και η αρχική προσαρμογή στην ομάδα, αποτελούν δύο βασικές δυσκολίες που υπογραμμίζονται από ορισμένους γονείς. Παρόμοιες δυσκολίες έχουν αναφερθεί από τους γονείς και σε άλλες έρευνες [7,147].

Επίσης, δύο γονείς (3,8%) αναφέρουν δυσκολίες στην εξάσκηση κατά το διάστημα ενδιάμεσα στις συναντήσεις, τέσσερις γονείς (7,5%) αναφέρουν δυσκολίες στην εφαρμογή των τεχνικών χαλάρωσης, τέσσερις γονείς (7,5%) αναφέρουν δυσκολίες στην κατανόηση ορισμένων επιστημονικών εννοιών, ένας γονέας (1,9%) αναφέρει την ανάγκη για περισσότερη θεωρητική ανάπτυξη των θεμάτων ενώ, επτά γονείς (13,2%) αναφέρουν την ανάγκη για περισσότερα παιχνίδια ρόλων και περισσότερης συζήτησης μεταξύ των γονέων και πέντε γονείς (9,4) την ανάγκη για περισσότερα παραδείγματα. Η αύξηση του αριθμού των συναντήσεων, θα μπορούσε να μειώσει πολλές από τις παραπάνω δυσκολίες και να ικανοποιήσει πολλές από τις ανάγκες που αναφέρονται παραπάνω.

Τέλος, δύο γονείς (3,8%), παρά τον εκπαιδευτικό χαρακτήρα του προγράμματος εξακολούθησαν να θεωρούν μειονέκτημα, την απουσία απαντήσεων σε προσωπικά θέματα και ακόμη δύο γονείς (3,8%) θεώρησαν ως λιγότερο χρήσιμα τα ημερολόγια καταγραφής που χρησιμοποιήθηκαν στο πρόγραμμα, όμως το ποσοστό αυτό είναι πολύ μικρό.

Από τις απόψεις των γονέων συμπεραίνεται ότι, οι σχολές γονέων θα πρέπει: να χρησιμοποιούν γνωστικές και συμπεριφορικές τεχνικές και μεθόδους, να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια (πάνω από δέκα δίωρες συναντήσεις), να ενισχύουν την επικοινωνία τη συζήτηση και την επαφή μεταξύ των γονέων, να προάγουν την επαφή των γονέων και μετά τη λήξη του προγράμματος διατηρώντας έτσι μια συνέχεια, να μη δίνουν συμβουλές ως έτοιμες λύσεις και να δέχονται τους γονείς ως «ειδικούς», να ενισχύουν το γονεϊκό ρόλο και να μη δίνουν στους γονείς έτοιμες συνταγές ώστε να γίνουν «καλοί» γονείς, να χρησιμοποιούν παραδείγματα και παιχνίδια ρόλων, να εφαρμόζονται από καλά εκπαιδευμένους συντονιστές, να παρέχουν στους γονείς

γνώσεις και να τους εφοδιάζουν με τεχνικές που θα μπορούν να χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους ζωή, να χρησιμοποιούν κατάλληλα υλικοτεχνικά μέσα, να έχουν δομημένο πρόγραμμα βασισμένο σε επιστημονικά τεκμηριωμένες θεωρίες, να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των γονέων, να παρέχουν στους γονείς γνώσεις και τεχνικές που προάγουν την ψυχική ευημερία τους και να μεταδίδουν τις γνώσεις με απλό και κατανοητό τρόπο για τους γονείς.

Συμπεράσματα

1. Η εφαρμογή των προγραμμάτων σχολών γονέων στην Ελλάδα στον τομέα της πρόληψης και της πρώιμης παρέμβασης για τα προβλήματα της οικογένειας, των γονέων και των παιδιών, είναι σημαντική και ευπρόσδεκτη. Όμως, η Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες χώρες παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες στο θεσμό των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων. Έτσι, σε αντίθεση με τις άλλες χώρες, τα προγράμματα αυτά προσφέρονται κυρίως στο γενικό πληθυσμό και όχι μόνο σε μια συγκεκριμένη κατηγορία γονέων. Όμως, ενώ στις άλλες χώρες η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών εγκρίνεται από την εκάστοτε κυβέρνηση της κάθε χώρας έπειτα από στοιχεία που αναδεικνύουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα και το οικονομικό κόστος των προγραμμάτων αυτών στον πληθυσμό της εκάστοτε χώρας μέσω ποιοτικών και τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων ποσοτικών μελετών, στην Ελλάδα, όσο και αν ψάξουμε ίσως καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι, τα προγράμματα σχολών γονέων εφαρμόζονται μη γνωρίζοντας ορισμένα βασικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα και το κόστος τους. Ίσως, τον τελευταίο καιρό κάτι να γίνεται και στον τομέα αυτό και η παρούσα μελέτη θα μπορούσε να συμβάλει στη συλλογή χρήσιμων στοιχείων και να αποτελέσει έναυσμα για τη συνέχιση της έρευνας.

2. Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι έρευνες, ανασκοπήσεις και μετα-ανάλυσεις σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με πρόθεση για συμμετοχή στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, επικεντρώνονται κυρίως στα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων ή στις αντιλήψεις, τις πεποιθήσεις και τα πιστεύω των ατόμων που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων ή κυρίως στην έκφραση πρόθεσης για συμμετοχή σε περίπτωση που τους δινόταν η ευκαιρία. Ακόμη όμως και στην περίπτωση αυτών των ερευνών, τα αποτελέσματα δεν αφορούν προγράμματα που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, αλλά κατά κύριο λόγο, προγράμματα εκπαίδευσης γονέων δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης, όπου οι γονείς ή τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου ανήκουν σε κάποια κατηγορία ήπιου μέτριου ή υψηλού κινδύνου.

3. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων επιβεβαιώνεται σε έναν αριθμό μετα-αναλυτικών ανασκοπήσεων της βιβλιογραφίας, πολλές όμως από τις μελέτες στον τομέα αυτό, εμφανίζουν αρκετά μεθοδολογικά σφάλματα και πολλές διαφορές ως προς το σχεδιασμό και την αξιολόγηση ώστε να μπορούν να συμπεριληφθούν σε αυτές τις ανασκοπήσεις. Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, μπορούν να είναι ευέλικτα και να εφαρμόζονται σε ποικίλα περιβάλλοντα, για προληπτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Αυτό ισχύει κυρίως για τα προγράμματα Incredible Years και Triple P, τα οποία έχουν διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης και έχουν εφαρμοστεί σε διάφορες χώρες και περιβάλλοντα όπως κλινικές, σχολεία και κέντρα ψυχικής υγείας. Παρά την άποψη ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων μπορεί να είναι ακόμη

πιο αποτελεσματικά όταν προλαμβάνουν παρά όταν θεραπεύουν και παρόλο που οποιαδήποτε παρέμβαση είναι προτιμότερο να ξεκινάει έγκαιρα και πρώιμα από τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, πριν ακόμη τα μικρά προβλήματα εξελιχθούν σε πολύ σημαντικές δυσκολίες για το παιδί και την οικογένειά του, τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων στο γενικό πληθυσμό είναι πολύ ελλιπή. Τα περισσότερα αποτελέσματα των ερευνών, αναφέρονται σε θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόστηκαν στα πλαίσια κάποιας κλινικής με εθελοντές.

4. Όταν οι υπεύθυνοι φορείς και συντονιστές των σχολών γονέων, λαμβάνουν υπόψη κατά τη γνωστοποίηση, την προώθηση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και τη διαμόρφωση της θεματολογίας των προγραμμάτων σχολών γονέων, τα ευρήματα των ερευνών σχετικά με τους παράγοντες που κάνουν τα προγράμματα αποτελεσματικά και όταν λαμβάνουν υπόψη τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με τις αντιλήψεις, τις πεποιθήσεις, τα πιστεύω και τα χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετέχουν ή προτίθενται να συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά, τότε παρατηρείται αύξηση της εκδήλωσης ενδιαφέροντος, της συμμετοχής και της ολοκλήρωσης των προγραμμάτων από τους γονείς, καθώς και μείωση της μη προσέλευσης ή της πρόωρης αποχώρησης των γονέων από τα προγράμματα. Επίσης, επιτυγχάνεται αύξηση στο βαθμό ανταπόκρισης των γονέων σε παράλληλη με το πρόγραμμα έρευνα. Όλα τα παραπάνω αποκτούν ιδιαίτερη σημασία δεδομένου ότι, παρόλο που ο θεσμός των σχολών γονέων λειτουργεί στην Ελλάδα από το 1962 και στη σημερινή εποχή είναι πολυδιαφιμησμένος και εφαρμόζεται μεταξύ άλλων και από τους Δήμους και τα Κέντρα Πρόληψης, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι μόνο οι 6 γονείς (3,3%), του συνολικού δείγματος των 183 γονέων που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, δηλώνουν ότι έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα σχολών γονέων οποτεδήποτε στο παρελθόν, ποσοστό που μπορεί να χαρακτηριστεί ως αρκετά απογοητευτικό.

5. Στα προγράμματα σχολών γονέων συμμετέχουν κυρίως μητέρες οι οποίες αναλαμβάνουν το βάρος της εκπαίδευσης. Λαμβάνοντας υπόψη ότι, η συναισθηματική και η συμπεριφορική ευημερία του παιδιού μπορεί να επηρεαστεί από τη διαμάχη των γονέων, ειδικά όταν αυτή περιέχει διαφωνίες σχετικά με την ανατροφή και διαπαιδαγώγηση του παιδιού, τότε η συμμετοχή μόνο του ενός γονέα και κυρίως της μητέρας, όπως συμβαίνει στην πραγματικότητα, μπορεί να ενισχύσει τέτοιου είδους αρνητικές εκβάσεις στη σχέση του ζευγαριού.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προκύπτει ότι:

6. Η βαθμίδα φοίτησης του παιδιού (νηπιακός σταθμός ή σχολείο), η ηλικία του γονέα, το φύλο του γονέα, η περιοχή-τόπος διαμονής, ο τόπος γέννησης, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός μελών συγκατοίκησης, ο αριθμός των παιδιών, η μέση ηλικία των παιδιών, τα παιδιά άνω των 12 ετών, το φύλο των παιδιών, η χρονική διάρκεια του έγγαμου

βίου, η επαγγελματική απασχόληση και η συμμετοχή σε σχολές γονέων οποτεδήποτε στο παρελθόν, δεν αποτελούν παράγοντες που οδηγούν τους γονείς να συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων.

7. Οι γονείς που συμμετέχουν στις σχολές γονέων συγκριτικά με τους γονείς που αποφασίζουν να μη συμμετέχουν, δηλώνουν το ίδιο ικανοποιημένοι από: την εργασία που κάνουν, την οικονομική τους κατάσταση, τη συζυγική τους ζωή, τη σεξουαλική τους ζωή, τον αριθμό των φίλων και τα χόμπι τους.

8. Οι γονείς που συμμετέχουν στις σχολές γονέων συγκριτικά με τους γονείς που αποφασίζουν να μη συμμετέχουν, δηλώνουν σημαντικά λιγότερο ικανοποιημένοι από: τη σωματική τους κατάσταση, τη διανοητική τους κατάσταση, την ψυχική τους ευεξία, την οικογενειακή τους ζωή, το ρόλο τους στην οικογένεια, την εξωτερική τους εμφάνιση και τη γενική ποιότητα της ζωής τους.

9. Η συμμετοχή των γονέων σε προγράμματα σχολών γονέων δεν υποκινείται σημαντικά από κάποιον ιδιαίτερα μη λειτουργικό παράγοντα που σχετίζεται με την προσαρμοστικότητα και τη συνοχή της οικογένειας.

10. Οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων σε σχέση με τους γονείς που δε συμμετέχουν, έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης τα οποία δε θα πρέπει να περνούν καθόλου απαρατήρητα από τους υπεύθυνους των προγραμμάτων σχολών γονέων.

11. Οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων νιώθουν σημαντικά μεγαλύτερη ένταση, νευρικότητα, προβληματισμό και ανησυχία στις συναισθηματικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν, από ότι οι γονείς που δε δείχνουν ενδιαφέρον να συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά.

12. Η σοβαρότητα των ψυχολογικών συμπτωμάτων και η ψυχολογική ενόχληση που βιώνουν οι συμμετέχοντες, φαίνεται ότι προβλέπει σημαντικά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων, βιώνουν σημαντικά σοβαρότερη και μεγαλύτερη ψυχολογική ενόχληση από ότι τα άτομα που τους δίδεται δυνατότητα να συμμετέχουν αλλά τελικά επιλέγουν να μη συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων.

13. Οι γονείς που επιλέγουν να συμμετέχουν στις σχολές γονέων, συγκριτικά με τους γονείς που επιλέγουν να μη συμμετέχουν, εκδηλώνουν σημαντικά εντονότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, θυμού και επιθετικότητας, νιώθουν σημαντικά περισσότερο ανεπαρκείς, κατώτεροι και υποτιμούν σημαντικά περισσότερο τον εαυτό τους σε σύγκριση με τους άλλους και στη σχέση τους με τους άλλους, έχουν σημαντικά περισσότερο αλλοτριωμένες σχέσεις και κρατούν σημαντικά μεγαλύτερη απόσταση στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

14. Η ύπαρξη συναισθηματικής αστάθειας και η ανάπτυξη νευρωτικής συμπτωματολογίας στις διάφορες πιεστικές συνθήκες είναι πιθανόν χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα γονέων.

15. Η τάση των γονέων για προσποίηση και η έλλειψη ειλικρίνειας με της ατέλειες τους, πιθανόν να τους οδηγεί να μη συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων.

16. Οι γονείς που συμμετέχουν στις σχολές γονέων, παρόλο που νιώθουν σημαντικά κατώτεροι και ανεπαρκείς σε σύγκριση με τους άλλους, δε διστάζουν να παραδεχθούν τα προβλήματα και τις ατέλειές τους, σε σύγκριση με τους γονείς που δε δηλώνουν συμμετοχή.

17. Οι γονείς που τελικά συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων, αναφέρουν ότι τα παιδιά τους εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς υψηλότερου βαθμού, σε σχέση με τους γονείς που δε δείχνουν ενδιαφέρον στο να συμμετέχουν.

18. Τα παιδιά των γονέων που συμμετέχουν στις σχολές γονέων, παρουσιάζουν σημαντικά εντονότερα συμπτώματα και συμπεριφορές π.χ. κοινωνικής απόσυρσης και αποφυγής της αλληλεπίδρασης, οι οποίες τα παρεμποδίζουν στο να ζουν αρμονικά με τον εαυτό τους, σε σύγκριση με τα παιδιά των γονέων που δε συμμετέχουν στις σχολές γονέων.

19. Τα παιδιά των γονέων που συμμετέχουν στις σχολές γονέων, παρουσιάζουν μια μικρή τάση για σημαντικά εντονότερα συμπτώματα επιθετικής συμπεριφοράς και μια πολύ μικρή τάση για σημαντικά εντονότερα συμπτώματα παραβατικής συμπεριφοράς, σε σύγκριση με τα παιδιά των γονέων που δε συμμετέχουν στις σχολές γονέων, όμως χρειάζεται περισσότερη έρευνα στον τομέα αυτό.

20. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης της παρούσας μελέτης οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της ευημερίας και της υποκειμενικής εκτίμησης της ικανοποίησης ζωής των γονέων που συμμετέχουν σε αυτό συγκριτικά με τους γονείς που επιλέγουν να μη συμμετέχουν.

21. Η σημαντική βελτίωση που εκτιμούν ότι έχουν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες μετά την εφαρμογή του προγράμματος σε τομείς όπως, η οικογενειακή ζωή, ο ρόλος στην οικογένεια και η σεξουαλική ζωή, ίσως δεν ενισχύει τη διαπίστωση ότι, η συμμετοχή μόνο του ενός γονέα στα προγράμματα εκπαίδευσης να δημιουργεί προβλήματα στην οικογένεια. Ενδεχομένως κάτι τέτοιο να μην ισχύει για τον ελληνικό πληθυσμό, όμως ένα τέτοιο συμπέρασμα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

22. Οι γονείς που δε συμμετείχαν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, διατηρούν μια σημαντική αστάθεια ως προς τη λειτουργικότητα του οικογενειακού τους συστήματος, σε σχέση με τους γονείς που συμμετείχαν.

23. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης της παρούσας μελέτης, είναι τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα αποτελεσματικό και συμβάλλει σημαντικά

στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας των γονέων που το παρακολούθησαν και στην ψυχική και κοινωνική ευημερία τους. Επιφέρει σημαντική μείωση, της ενόχλησης από ψυχολογικά συμπτώματα, των αισθημάτων θυμού και της επιθετικής συμπεριφοράς, της κατάθλιψης, του άγχους, της διαπροσωπικής ευαισθησίας και της κοινωνικής ανεπάρκειας των γονέων.

24. Πρόσθετες παροχές στους γονείς, όπως η εκπαίδευση των γονέων σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, η διαχείριση, των σκέψεων, των συναισθημάτων, του άγχους, και του θυμού και η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας και ευημερίας των γονέων και θα πρέπει να εμπεριέχονται στα προγράμματα σχολών γονέων.

25. Το πρόγραμμα της παρούσας μελέτης, συμβάλλει στην ψυχική ευημερία των γονέων βοηθώντας τους γονείς να βελτιώσουν σημαντικά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους που σχετίζονται με συναισθηματική αστάθεια και εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων ιδιαίτερα σε πιεστικές καταστάσεις.

26. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων της παρούσας μελέτης, επιδρά θετικά και μειώνει σημαντικά, συμπτώματα και συμπεριφορές που παρεμποδίζουν τα παιδιά να ζουν αρμονικά με τον εαυτό τους και τους άλλους.

27. Στρατηγικές και τεχνικές του προγράμματος της παρούσας μελέτης, όπως η ενίσχυση της αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού και των δεξιοτήτων συναισθηματικής επικοινωνίας, η διδασκαλία των γονέων στη χρήση της τεχνικής του time-out, της αδιαφορίας και της ενίσχυσης της θετικής συμπεριφοράς, η ενίσχυση της σταθερότητας στη συμπεριφορά των γονέων και η εξάσκηση των γονέων στο σπίτι και γενικότερα, όλες οι συμπεριφορικές μέθοδοι που στοχεύουν να διδάξουν στους γονείς συγκεκριμένες γονεϊκές δεξιότητες, καθώς και ο συνδυασμός συναισθηματικών και συμπεριφορικών στρατηγικών, φαίνεται ότι επιδρούν σημαντικά στη βελτίωση της συμπεριφοράς των παιδιών και θα πρέπει να εμπεριέχονται στα προγράμματα σχολών γονέων.

28. Οι γονείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα σχολής γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι και ενθουσιασμένοι από το πρόγραμμα και πιο συγκεκριμένα, από τις γνώσεις και τις νέες δεξιότητες που απέκτησαν, από την επαφή τους, τη συνεργασία, τη συζήτηση και την ανταλλαγή εμπειριών με τους άλλους γονείς στα πλαίσια της ομάδας, από το υλικό που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διεξαγωγή του προγράμματος, από τον τρόπο παρουσίασης των θεμάτων και τον συντονισμό της ομάδας, από το συντονιστή και από τη δομή και τη θεματολογία του προγράμματος. Επίσης, αναφέρουν ότι νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στο ρόλο τους ως γονείς, ότι έχουν αποκτήσει νέες δεξιότητες και γνώσεις, και ότι τους βοήθησε η επικοινωνία με τους άλλους γονείς. Υπογραμμίζουν το σημαντικό ρόλο που έπαιξε για αυτούς, η υποστήριξη από τους άλλους γονείς για το γονεϊκό τους ρόλο στα πλαίσια της ομάδας, η απόκτηση νέων μεθόδων και τεχνικών και η γενίκευση των αποτελεσμάτων και σε

άλλους τομείς. Αρκετοί γονείς, τονίζουν ως βοηθητικό το ρόλο του συντονιστή και εκφράζουν την επιθυμία για συνέχιση των συναντήσεων με τους άλλους γονείς και μετά τη λήξη του προγράμματος. Κανένας γονέας δεν εκφράζει αρνητική γνώμη για το πρόγραμμα της παρούσας μελέτης. Επιπροσθέτως, οι γονείς σημειώνουν την ανάγκη για περισσότερες συναντήσεις ή για τη διεξαγωγή ενός πρόσθετου προγράμματος, ώστε να χρησιμοποιηθούν περισσότερα παραδείγματα, να έχουν μεγαλύτερη επαφή με τους άλλους γονείς, να μπορούν να εξασκηθούν περισσότερο μέσα από παιχνίδια ρόλων και να καλυφθούν τα πολλά θέματα που περιείχε το πρόγραμμα. Αρκετοί γονείς υπογραμμίζουν τη χρησιμότητα ορισμένων παροχών του προγράμματος, όπως οι ενδιάμεσες και τελικές σημειώσεις, η εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, οι τεχνικές ελέγχου των αυτόματων αρνητικών σκέψεων και οι τεχνικές χαλάρωσης. Η εφαρμογή και η ενσωμάτωση των όσων έμαθαν στην καθημερινή τους ζωή, καθώς και η αρχική προσαρμογή στην ομάδα, αποτελούν δύο βασικές δυσκολίες που υπογραμμίζονται από ορισμένους γονείς.

29. Από τις απόψεις των γονέων συμπεραίνεται ότι, οι σχολές γονέων θα πρέπει: να χρησιμοποιούν γνωστικές και συμπεριφορικές τεχνικές και μεθόδους, να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια (πάνω από δέκα δίωρες συναντήσεις), να ενισχύουν την επικοινωνία τη συζήτηση και την επαφή μεταξύ των γονέων, να προάγουν την επαφή των γονέων και μετά τη λήξη του προγράμματος διατηρώντας έτσι μια συνέχεια, να μη δίνουν συμβουλές ως έτοιμες λύσεις και να δέχονται τους γονείς ως «ειδικούς», να ενισχύουν το γονεϊκό ρόλο και να μη δίνουν στους γονείς έτοιμες συνταγές ώστε να γίνουν «καλοί» γονείς, να χρησιμοποιούν παραδείγματα και παιχνίδια ρόλων, να εφαρμόζονται από καλά εκπαιδευμένους συντονιστές, να παρέχουν στους γονείς γνώσεις και να τους εφοδιάζουν με τεχνικές που θα μπορούν να χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους ζωή, να χρησιμοποιούν κατάλληλα υλικότεχνικά μέσα, να έχουν δομημένο πρόγραμμα βασισμένο σε επιστημονικά τεκμηριωμένες θεωρίες και να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των γονέων, να παρέχουν στους γονείς γνώσεις και τεχνικές που προάγουν την ψυχική ευημερία τους και να μεταδίδουν τις γνώσεις με απλό και κατανοητό τρόπο για τους γονείς.

30. Τα προγράμματα σχολών γονέων που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό ενδεχομένως να προσελκύσουν γονείς που σε μεγάλο ποσοστό τα έχουν πραγματικά ανάγκη αλλά και γονείς που δεν τα έχουν και τόσο ανάγκη και τελικά να ωφεληθούν όλοι στον ίδιο βαθμό. Τι θεωρείται όμως πραγματική ανάγκη; Θα πρέπει ή όχι να γίνεται διάκριση στις οικογένειες που επιθυμούν να συμμετέχουν στα προγράμματα; Θα πρέπει ή όχι να δίδεται προτεραιότητα στις οικογένειες ή τα παιδιά υψηλού κινδύνου; Οι γονείς οι οποίοι δε βιώνουν ιδιαίτερα προβλήματα, όπως αυτά αποτυπώνονται στις απαντήσεις τους στις διάφορες κλίμακες, αλλά παράλληλα επιθυμούν να συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, έχουν κάποιο λόγο που τους ωθεί σε αυτή τους την επιλογή; Αν ο λόγος είναι η ύπαρξη μικρών προσωπικών ή συμπεριφορικών προβλημάτων των παιδιών τους κατά τη μικρή τους ηλικία, γνωρίζουμε πως αυτά θα εξελιχθούν στο μέλλον και ενδεχομένως αν η πρόωγη παρέμβαση βοηθούσε στη θετική εξέλιξή τους; Τα

κριτήρια για συμμετοχή στα προγράμματα είναι υποκειμενικά (των γονέων) ή αντικειμενικά (των ερευνητών, των αρμόδιων φορέων και των κυβερνήσεων); Η πραγματική ανάγκη είναι υποκειμενική (των γονέων) ή αντικειμενική (των ερευνητών, των αρμόδιων φορέων και των κυβερνήσεων); Υπάρχει όντως κάποια πραγματική ανάγκη των γονέων που επιθυμούν να συμμετάσχουν στα προγράμματα, αλλά δεν εμφανίζουν κάτι ουσιαστικά μετρήσιμο που να επικυρώνει αυτήν την πραγματική τους ανάγκη; Ίσως η παρούσα μελέτη να δίνει έστω και λίγο φως σε ορισμένα από τα παραπάνω ερωτήματα και μέσα από το σύνολο των ευρημάτων να συμβάλλει έστω και λίγο στα έως τώρα επιστημονικά τεκμηριωμένα ευρήματα και στη συνέχιση της έρευνας στον τομέα των σχολών γονέων. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης χρειάζεται να επιβεβαιωθούν και από άλλες μελέτες στο μέλλον σε μεγαλύτερο πληθυσμό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΧΟΛΕΣ ΓΟΝΕΩΝ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΤΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗ

Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι σύντομες χρονικά παρεμβάσεις που στοχεύουν στην υποστήριξη και εκπαίδευση των γονέων ώστε να ασκήσουν αποτελεσματικά το γονεϊκό τους ρόλο. Επίσης, στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας της σχέσης γονέα-παιδιού βελτιώνοντας τη λειτουργία και την ποιότητα ζωής των γονέων και των παιδιών, την ψυχική υγεία της μητέρας και τη συναισθηματική και συμπεριφορική ρύθμιση των παιδιών. Τα προγράμματα αυτά είναι στην πλειονότητά τους δομημένα και έχουν συγκεκριμένη θεματολογία με καθορισμένους στόχους αν και διαφοροποιούνται αρκετά ως προς τη μορφή, το περιεχόμενο, το σκοπό, το μέγεθος και τη θεωρητική τους κατεύθυνση.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων. Τα γενικά προγράμματα που απευθύνονται σε όλους τους γονείς του γενικού πληθυσμού οι οποίοι επιθυμούν να βελτιώσουν τον τρόπο διαπαιδαγώγησης, τα εκλεκτικά προγράμματα, που είναι σχεδιασμένα και εφαρμόζονται σε ειδικές ομάδες γονέων ή για ειδικό σκοπό και τα προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς και παιδιά με συγκεκριμένα σοβαρά προβλήματα.

Συνήθως, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων διαχωρίζονται ως προς τον προσανατολισμό τους, σε αυτά που είναι προσανατολισμένα στη σχέση γονέα-παιδιού (ανθρωπιστικά) και σε αυτά που έχουν ένα συμπεριφορικό προσανατολισμό (συμπεριφορικά), αν και υπάρχουν και προγράμματα που βασίζονται και στις δύο προσεγγίσεις. Στα προγράμματα που είναι προσανατολισμένα στη σχέση γονέα-παιδιού, ανήκουν τα προγράμματα που βασίζονται στη θεωρία της προσκόλλησης, στην ψυχαναλυτική θεωρία και τη θεωρία των οικογενειακών συστημάτων. Στα προγράμματα συμπεριφορικής προσέγγισης ανήκουν τα προγράμματα που βασίζονται στη γνωστική συμπεριφορική θεωρία και τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης.

Η έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων και σχετικά με τα χαρακτηριστικά των γονέων που συμμετέχουν σε αυτά τα προγράμματα, ολοένα και αυξάνεται.

Ωστόσο, παρά την άποψη ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων μπορεί να είναι ακόμη πιο αποτελεσματικά όταν προλαμβάνουν παρά όταν θεραπεύουν και παρόλο που οποιαδήποτε παρέμβαση είναι προτιμότερο να ξεκινάει έγκαιρα και πρώιμα από τα πρώτα χρόνια της ζωής του

παιδιού, πριν ακόμη τα μικρά προβλήματα εξελιχθούν σε πολύ σημαντικές δυσκολίες για το παιδί και την οικογένειά του, τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων στο γενικό πληθυσμό είναι πολύ ελλιπή.

Επίσης, στη διεθνή βιβλιογραφία, οι έρευνες, ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, επικεντρώνονται κυρίως στους γονείς που εκφράζουν πρόθεση για συμμετοχή και όχι στους γονείς που πραγματικά συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά. Ακόμη όμως και στην περίπτωση αυτών των ερευνών, τα αποτελέσματα δεν αφορούν προγράμματα που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, αλλά κατά κύριο λόγο, προγράμματα εκπαίδευσης γονέων δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης, όπου οι γονείς ή τα παιδιά των γονέων της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου ανήκουν σε κάποια κατηγορία ήπιου μέτριου ή υψηλού κινδύνου.

Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων-σχολών γονέων εφαρμόζονται σχεδόν σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας, όμως δυστυχώς τα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών είναι πάρα πολύ λίγα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν: α) η διερεύνηση των χαρακτηριστικών (δημογραφικών κοινωνικών και ψυχολογικών) των γονέων που δηλώνουν συμμετοχή και τελικά συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων τα οποία απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, β) ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός συγκεκριμένου δομημένου σύντομου εκπαιδευτικού προγράμματος γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης και γ) η διερεύνηση των απόψεων και των προσδοκιών των γονέων για το πρόγραμμα στο οποίο συμμετείχαν.

Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 183 γονείς. Οι 120 γονείς ήταν γονείς της ομάδας ελέγχου, οι οποίοι παρόλο που ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων επέλεξαν να μην συμμετέχουν σε αυτό (μη συμμετέχοντες) και οι 63 γονείς ήταν γονείς της πειραματικής ομάδας οι οποίοι ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα, και τελικά συμμετείχαν σε αυτό (συμμετέχοντες). Για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων και για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του γνωστικο-συμπεριφορικού προγράμματος εκπαίδευσης γονέων χρησιμοποιήθηκαν, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, ένα φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων, το Beck Depression Inventory (BDI), το Life Satisfaction Inventory (LSI), η Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), το State-Trait Anxiety Inventory (STAI), το Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), η Family Adaptation and Cohesion Scales (FACES-III) και το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ). Για τη διερεύνηση των απόψεων και των προσδοκιών των γονέων για το πρόγραμμα εκπαίδευσης, χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικά σχεδιασμένο Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Προγράμματος Εκπαίδευσης από τους Ίδιους τους Γονείς. Οι γονείς των δύο ομάδων συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια πριν και αμέσως μετά την εφαρμογή του προγράμματος σχολών γονέων και

διενεργήθηκαν συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων. Εφαρμόστηκαν οι παραμετρικοί έλεγχοι student t-test για ανεξάρτητα δείγματα (π.χ. μεταξύ πειραματικής και ομάδας ελέγχου) και t-test για ζευγαρωτές μετρήσεις (paired sample t-test) και οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann-Whitney U test και Wilcoxon Signed Ranks Test. Για τον έλεγχο της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών, εφαρμόστηκε ο χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας. Η επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 14.

Σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων, οι συμμετέχοντες που είναι κυρίως μητέρες, σε σύγκριση με τους μη συμμετέχοντες, δηλώνουν σημαντικά λιγότερο ικανοποιημένοι από ορισμένους τομείς της ζωής τους, έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης, νιώθουν σημαντικά μεγαλύτερη ένταση, νευρική κατάσταση, προβληματισμό και ανησυχία στις συναισθηματικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν, βιώνουν σημαντικά σοβαρότερη και μεγαλύτερη ψυχολογική ενόχληση, εκδηλώνουν σημαντικά εντονότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, θυμού και επιθετικότητας, νιώθουν σημαντικά περισσότερο ανεπαρκείς, έχουν σημαντικά περισσότερο αλλοτριωμένες σχέσεις και κρατούν σημαντικά μεγαλύτερη απόσταση στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη συναισθηματική αστάθεια και αναπτύσσουν σημαντικά υψηλότερη νευρωτική συμπτωματολογία στις διάφορες πειστικές συνθήκες, είναι σημαντικά περισσότερο ειλικρινείς και λιγότερο τελειοθηρικοί και δε διστάζουν να παραδεχθούν τα προβλήματα και τις ατέλειές τους και αναφέρουν ότι τα παιδιά τους εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερου βαθμού προβλήματα συμπεριφοράς.

Σε σχέση με την αποτελεσματικότητα του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, η σύγκριση συμμετεχόντων και μη συμμετεχόντων πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος της παρούσας μελέτης οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της ευημερίας και της υποκειμενικής εκτίμησης της ικανοποίησης ζωής των γονέων που συμμετέχουν σε αυτό συγκριτικά με τους γονείς που επιλέγουν να μη συμμετέχουν, αναδεικνύει ότι το πρόγραμμα είναι τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα αποτελεσματικό και συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας των γονέων που το παρακολούθησαν και στην ψυχική και κοινωνική ευημερία τους και επιφέρει σημαντική μείωση, της ενόχλησης από ψυχολογικά συμπτώματα, των αισθημάτων θυμού και της επιθετικής συμπεριφοράς, της κατάθλιψης, του άγχους, της διαπροσωπικής ευαισθησίας και της κοινωνικής επάρκειας των γονέων και της συμπεριφοράς των παιδιών.

Σε σχέση με τις απόψεις και τις πεποιθήσεις των γονέων για το πρόγραμμα, οι γονείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα σχολής γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι και ενθουσιασμένοι από όλους τους τομείς.

Συμπερασματικά, παροχές στους γονείς, όπως η εκπαίδευση των γονέων σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, η διαχείριση, των σκέψεων, των συναισθημάτων, του άγχους, και του

θυμού και η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, όπως επίσης και γνωστικές συναισθηματικές και συμπεριφορικές στρατηγικές και τεχνικές, φαίνεται ότι επιδρούν σημαντικά σε γονείς και παιδιά και χρειάζεται να μην περνούν απαρατήρητες από τους υπευθύνους για το σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων σχολών γονέων. Το συμπέρασμα αυτό, ενισχύεται και από τις απόψεις και προσδοκίες των γονέων οι οποίοι επισημαίνουν τη χρησιμότητα των γνωστικών και συμπεριφορικών τεχνικών και μεθόδων που απέκτησαν από την εκπαίδευσή τους.

Τέλος, λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις και προσδοκίες των γονέων, συμπεραίνεται ότι τα προγράμματα σχολών γονέων θα πρέπει να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια (πάνω από δέκα δίωρες συναντήσεις), να ενισχύουν την επικοινωνία, τη συζήτηση και την επαφή μεταξύ των γονέων, να προάγουν την επαφή των γονέων και μετά τη λήξη του προγράμματος, να μη δίνουν συμβουλές ως έτοιμες λύσεις, να ενισχύουν τον ήδη υπάρχοντα γονεϊκό ρόλο, να χρησιμοποιούν παραδείγματα και παιχνίδια ρόλων, να εφαρμόζονται από καλά εκπαιδευμένους συντονιστές, να παρέχουν στους γονείς γνώσεις και να τους εφοδιάζουν με τεχνικές που θα μπορούν να χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους ζωή, να χρησιμοποιούν κατάλληλα υλικοτεχνικά μέσα, να έχουν δομημένο πρόγραμμα βασισμένο σε επιστημονικά τεκμηριωμένες θεωρίες, να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των γονέων, να παρέχουν στους γονείς γνώσεις και τεχνικές που προάγουν την ψυχική ευημερία τους και να μεταδίδουν τις γνώσεις με απλό και κατανοητό τρόπο για τους γονείς.

Η ποικιλία των ευρημάτων της παρούσας μελέτης αποτελεί αφορμή για περαιτέρω μελέτη και διερεύνηση, των χαρακτηριστικών των γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα σχολών γονέων και της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αυτών γενικότερα.

SUMMARY

PARENT SCHOOLS: EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF A BRIEF PSYCHOEDUCATIONAL COGNITIVE BEHAVIORAL PARENT TRAINING PROGRAM

**DOCTORATE THESIS BY
LEFTERIS KONSTADINIDIS**

Parent training programs are short interventions that aim to support parents and training them so that they can practise effectively their parental role. Their aim is also the improvement of the quality of the parent-child relationship by improving the function and the quality of parents' and children's life, the mental health of mothers and the emotional and behavioral regulation of the children. Mostly, these programs are structured and have a specific range of subjects with designated aims, although they differentiate enough in structure, content, purpose, size and theoretical guideline.

There are three categories of parent training programs. The universal programs that address all parents of the general population who wish to improve the way of parenting. The selective programs that are designed and implemented in special groups of parents or for a special purpose. Lastly, the programs that address parents and children with specific serious problems.

Usually, depending on their orientation, the parent training programs have either a parent-child relationship orientation (humanistic) or a behavioral orientation (behavioral). There are other programs that are based on both approaches. The programs that are based in the Attachment Theory, the Psychoanalytic Theory and the Family Systems Theory belong to the parent-child relationship orientated programs. The programs that are based on the Cognitive Behavioral Theory and the Social Learning Theory belong to the programs of Behavioral Approach.

The research regarding the effectiveness of the parent training programs and the characteristics of the parents that actively participate in these is even more increased.

Despite the view that the parent training programs can be even more effective when they prevent rather than treat, and although any intervention would seem preferable to begin timely from the child's early years, before the small problems turn to substantial difficulties for the child and its family, the data for the effectiveness of the universal parent training programs are very incomplete.

In bibliography also, studies, reviews and meta-analytic reviews about the characteristics of the parents participating in the parent training programs, are mostly focused on the parents that express their intention for participation, and not on the parents that actually participate in these. Even in the case of these researches though, the results do not refer to programs that address the

general population. They mainly refer to parent training programs of secondary and tertiary prevention, where the children or the parents of the experimental and the control group belong to a category of low, medium or high risk families.

The parent training programs-schools of parents are applied in almost all the regions of Greece. Unfortunately the existing data related to the effectiveness of these programs is not enough.

The purpose of the present study was a) the research of the characteristics (demographic, social and psychological) of the parents that apply for and finally participate in universal parent training programs that address the general population, b) the design, the implementation and the evaluation of the effectiveness of a specific, structured and short parent training program of the Cognitive Behavioral Approach and c) the research of the parents' views and expectations for the particular program they have participated in.

The final sample consisted of 183 parents. 120 of them belong to the control group and although they were informed about this program, they chose not to participate in it (non-participants). The remaining 63 parents belong to the experimental group and were informed about the program and finally participated in it (participants). The characteristics of the parents that participate in the school of parents program and the effectiveness of the cognitive-behavioral parent training program were researched. For this purpose, a number of questionnaires was used for the first time in Greece. This was the Beck Depression Inventory (BDI), the Life Satisfaction Inventory (LSI), the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), the Family Adaptability and Cohesion Scales (FACES - III) and the Questionnaire of Inter-Personal and Cross-Personal Adaptation (ΕΔΕΠ). A specially designed Questionnaire of Evaluation of the Training Program by the Parents was used for researching the parents' views and expectations of the training program. Also, and a brochure for the collection of the demographic data was used. The parents of the two groups filled in the questionnaires before and immediately after the implementation of the school of parents program. Comparisons were carried out between the two groups. The parametric tests student t-test for independent samples (e.g. between the experimental and the control group) and paired sample t-test, and the non parametric tests Mann-Whitney U test and Wilcoxon Signed Ranks Test were implemented. The χ^2 independence test was implemented to check the existence of a relationship between two qualitative variables. The statistical programme SPSS 14 was used for the processing of the data.

As far as the characteristics of the parents participating in the school of parents program of the cognitive behavioral approach are concerned, the participants who are mostly mothers, as opposed to the non-participants, declare themselves to have significantly less satisfaction from certain situations of their lives, significantly higher levels of depression and intensity feelings,

nervousness, concern and anxiety in the emotional situations they encounter, experience of significantly higher psychological trouble, significantly more intensive symptoms of depression, stress, anger and aggression. In addition, they feel significantly more inadequate, have significantly more alienated relationships, keep significantly bigger distance in their interpersonal relationships, show significantly higher emotional instability and develop a neurotic complex of symptoms under pressing conditions in a significantly greater degree. Also, they are significantly more honest and less perfectionist and do not hesitate to admit their problems and imperfections and report that their children have attitude problems of significantly higher degree.

As far as the effectiveness of the parent training program of the cognitive behavioral approach is concerned, the comparison of the participants and the non participants before and after the implementation of the present study's program improves significantly the prosperity and the subjective estimation of the satisfaction of the parents' life who participate in it compared to the parents that choose not to. It also shows that the program is at least effective in the short term and contributes significantly in the improvement of the psychosocial health of the parents that participated in it, their mental and social wellbeing, their social sufficiency and in the children's behavior. Furthermore, it leads to a substantial reduction of the trouble from psychological symptoms, of anger feelings and aggressive behavior, depression, stress and interpersonal sensitivity.

As far as the parents' views and beliefs about the program are concerned, those that participated in the school of parents program of the cognitive behavioral approach say that are satisfied and pleased with all its domains.

In conclusion, benefits to the parents appear that affect considerably the parents and their children and need to be noticed by those in charge for the planning and the implementation of the school of parents programs. Some of these are their training in problem solving techniques, the management of thoughts, emotions, stress, and anger and the training in social skills, as well as cognitive emotional and behavioral strategies and techniques. This conclusion is also strengthened by the opinions and expectations of the parents who point out that they were benefited from the cognitive and behavioral techniques and methods that they acquired during their training.

Finally, taking into consideration the parents' opinions and expectations, we conclude that the school of parents programs should be longer (above ten two-hour meetings), strengthen the communication, the discussion and the contact between the parents and also promote their contact after the end of the program. They should not give advice as ready solutions, but strengthen the already existing parental role, use examples and role plays, be implemented from well trained coordinators and provide the parents the knowledge and techniques that can be used in their daily life. They should use suitable material and technical means, have a structured program based on scientifically reasoned theories, correspond to the parents' expectations, provide the parents

knowledge and techniques that promote their mental prosperity and transmit the knowledge in simple and comprehensible ways for the parents.

The variety of the present study's findings constitutes a motive for further study and research of the characteristics of the parents that participate in the school of parents programs and of the effectiveness of these programs in general.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη

1. Το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων (Α΄ Φάση).
2. Το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων (Β΄ Φάση).
3. Η Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (Life Satisfaction Inventory, LSI).
4. Το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI).
5. Η Κλίμακα εκτίμησης ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R).
6. Το Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού-Δομικού Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).
7. Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ).
8. Η Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Family Adaptation and Cohesion Scales, FACES-III).
9. Το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ)
10. Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Προγράμματος Εκπαίδευσης από τους Ίδιους τους Γονείς.

1. Φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων (Α΄ Φάση)

Αγαπητοί γονείς,

παράλληλα με το πρόγραμμα των σχολών γονέων διεξάγεται στο σχολείο μας μια έρευνα με σκοπό την αξιολόγηση των προγραμμάτων σχολών γονέων. Για το λόγο αυτό, ζητάμε την πολύτιμη συνεργασία σας παρακαλώντας να απαντήσετε στα παρακάτω ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια, εφόσον σαν άτομα διαφέρουμε μεταξύ μας, δεν έχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, είναι ανώνυμα και παρακαλούμε να τα συμπληρώσετε με ειλικρίνεια και να μην αφήσετε αναπάντητες ερωτήσεις. Με βάση το νόμο περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, ισχύει το απόρρητο. Η έρευνα στοχεύει στη διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ωφελιμότητα των προγραμμάτων σχολών γονέων. Τα ερωτηματολόγια χρειάζεται να συμπληρωθούν κυρίως από τις μητέρες των παιδιών του σχολείου μας. Χρειάζεται να συμπληρωθούν τόσο από γονείς που δήλωσαν συμμετοχή στο πρόγραμμα σχολής γονέων όσο και από γονείς που δε δήλωσαν συμμετοχή. Για το λόγο αυτό θα σας παρακαλούσαμε, ακόμη και εάν δεν δηλώσατε συμμετοχή στο πρόγραμμα, να συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια, έως και την με βάση τις οδηγίες τους. Με τον τρόπο αυτό θα συμβάλλεται και εσείς υπεύθυνα στην αξιολόγηση του προγράμματος. Μετά τη συμπλήρωσή τους, τοποθετήστε τα στο φάκελο και επιστρέψτε τα στη Διεύθυνση του σχολείου.

Με εκτίμηση,.....

Δημογραφικά στοιχεία του γονέα που συμπληρώνει τα ερωτηματολόγια

ΦΥΛΟ ΓΟΝΕΑ: Γυναίκα / Μητέρα , Άνδρας / Πατέρας

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:....., ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΗΛΙΚΙΑ ΓΟΝΕΑ: ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗΣ:.....

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΟΝΕΑ: Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

T. E. I. , (διευκρινίστε):.....

A. E. I. , (διευκρινίστε):.....

Άλλο (διευκρινίστε):

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Παντρεμένος/η , αν ναι πόσα χρόνια;.....

Διαζευγμένος/η , αν ναι πόσα χρόνια;.....

Άλλο (διευκρινίστε):, πόσα χρόνια;.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ: Αγόρια (πόσα):....., Κορίτσια (πόσα):.....

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ: 1^ο παιδί., αγόρι ή κορίτσι

2^ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

3^ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

4^ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

ΕΡΓΑΣΙΑ: Εργάζεστε τώρα; Ναι , Όχι Αν ναι, σε ποιο τομέα; (διευκρινίστε):

Δηλώσατε συμμετοχή στο πρόγραμμα σχολής γονέων του σχολείου μας; Ναι , Όχι

Έχετε συμμετάσχει οποτεδήποτε στο παρελθόν σε προγράμματα σχολών γονέων; Ναι , Όχι

2. Φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων (Β΄ Φάση)

Αγαπητοί γονείς,

όπως γνωρίζεται παράλληλα με το πρόγραμμα των σχολών γονέων διεξάγεται στο σχολείο μας μια έρευνα με σκοπό την αξιολόγηση των προγραμμάτων σχολών γονέων. Θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για την μέχρι τώρα συμμετοχή σας, και την ανταπόκρισή σας, απαντώντας τα ερωτηματολόγια της πρώτης φάσης. Προκειμένου να ολοκληρωθεί η έρευνα χρειάζεται η συνέχεια της συμμετοχής σας, απαντώντας για δεύτερη και τελευταία φορά στα ίδια ερωτηματολόγια. Για το λόγο αυτό, ζητάμε την πολύτιμη συνεργασία σας παρακαλώντας να απαντήσετε στα παρακάτω ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια, εφόσον σαν άτομα διαφέρουμε μεταξύ μας, δεν έχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, είναι ανώνυμα και παρακαλούμε να τα συμπληρώσετε με ειλικρίνεια και να μην αφήσετε αναπάντητες ερωτήσεις. Με βάση το νόμο περί προστασίας προσωπικών δεδομένων ισχύει το απόρρητο. Η έρευνα στοχεύει στη διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ωφελιμότητα των προγραμμάτων σχολών γονέων. Τα ερωτηματολόγια χρειάζεται να συμπληρωθούν κυρίως από τις μητέρες των παιδιών του σχολείου μας. Χρειάζεται να συμπληρωθούν τόσο από γονείς που δήλωσαν συμμετοχή στο πρόγραμμα σχολής γονέων όσο και από γονείς που δε δήλωσαν συμμετοχή. Για το λόγο αυτό θα σας παρακαλούσαμε, ακόμη και εάν δεν δηλώσατε συμμετοχή στο πρόγραμμα, να συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια, έως και την, με βάση τις οδηγίες τους. Με τον τρόπο αυτό θα συμβάλλεται και εσείς υπεύθυνα στην αξιολόγηση του προγράμματος. Μετά τη συμπλήρωσή τους τοποθετήστε τα στο φάκελο, και επιστρέψτε τα στη Διεύθυνση του σχολείου. Με εκτίμηση,.....

Δημογραφικά στοιχεία του γονέα που συμπληρώνει τα ερωτηματολόγια

ΦΥΛΟ ΓΟΝΕΑ: Γυναίκα / Μητέρα , Άνδρας / Πατέρας

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:....., ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΗΛΙΚΙΑ ΓΟΝΕΑ: ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗΣ:.....

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΟΝΕΑ: Δημοτικό , Γυμνάσιο

Λύκειο

T. E. I. , (διευκρινίστε):.....

A. E. I. , (διευκρινίστε):.....

Άλλο (διευκρινίστε):

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Παντρεμένος/η , αν ναι πόσα χρόνια;.....

Διαζευγμένος/η , αν ναι πόσα χρόνια;.....

Άλλο (διευκρινίστε):, πόσα χρόνια;.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ: Αγόρια (πόσα):....., Κορίτσια (πόσα):.....

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ: 1^ο παιδί., αγόρι ή κορίτσι

2^ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

3^ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

4^ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

ΕΡΓΑΣΙΑ: Εργάζεστε τώρα; Ναι , Όχι Αν ναι, σε ποιο τομέα;(διευκρινίστε):

Δηλώσατε συμμετοχή στο πρόγραμμα σχολής γονέων του σχολείου μας; Ναι , Όχι

Έχετε συμμετάσχει οποτεδήποτε στο παρελθόν σε προγράμματα σχολών γονέων; Ναι , Όχι

4. Το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI).

(Beck A. T., Ward C., Mendelson M., Mock J. & Erbaugh J., 1961)

Μετάφραση & Προσαρμογή: Σ. Ντόνιας & Ι. Δεμερτζής

ΟΔΗΓΙΕΣ: Στο παρακάτω ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομάδες από προτάσεις (ερωτήσεις). Διάβασε τις προσεκτικά. Διάλεξε από κάθε ομάδα εκείνη την μία πρόταση η οποία περιγράφει με τον πιο καλό τρόπο, το πώς ένιωθες την εβδομάδα που πέρασε, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας. Σημάδεψε με ένα σταυρό την πρόταση που διάλεξες. Αν νομίζεις ότι ισχύουν περισσότερες από μία προτάσεις της ίδιας ομάδας, σημάδεψε αυτές που νομίζεις ότι ισχύουν. Προτού διαλέξεις, φρόντισε να διαβάσεις όλες τις προτάσεις της κάθε ομάδας.

1

- Δεν νιώθω θλιμμένος(-η).
- Νιώθω θλιμμένος(-η).
- Νιώθω συνέχεια θλιμμένος(-η) και δεν μπορώ να το αποδιώξω αυτό.
- Είμαι τόσο θλιμμένος(-η), δυστυχισμένος(-η), που δεν μπορώ να το αντέξω.

2

- Δεν νιώθω καμία αποθάρρυνση όσον αφορά το μέλλον.
- Νιώθω να μην έχω κουράγιο για το μέλλον.
- Νιώθω πως δεν έχω να περιμένω τίποτα από το μέλλον.
- Νιώθω πως δεν υπάρχει καμιά ελπίδα για το μέλλον και πως τα πράγματα δεν πρόκειται να καλυτερέψουν.

3

- Δεν νιώθω αποτυχημένος(-η).
- Νιώθω πως είμαι περισσότερο αποτυχημένος(-η) από τον μέσο όρο.
- Όταν σκέπτομαι την ζωή μου, το μόνο που βλέπω είναι μια σειρά από αποτυχίες.
- Νιώθω ότι είμαι εντελώς αποτυχημένος(-η) σαν άτομο.

4

- Παίρνω από τα πράγματα την ίδια ικανοποίηση που έπαιρνα πάντοτε.
- Δεν χαίρομαι με τα πράγματα έτσι όπως τα χαιρόμουν.
- Τίποτα δεν μου δίνει πραγματική ικανοποίηση.
- Είμαι ανικανοποίητος(-η) με τα πάντα ή βαριέμαι τα πάντα.

5

- Δεν νιώθω καμιά ιδιαίτερη ενοχή.
- Νιώθω ένοχος(-η) αρκετές φορές.
- Νιώθω σχετικά ένοχος(-η) τον περισσότερο καιρό.
- Νιώθω ένοχος(-η) συνέχεια.

6

- Δεν έχω την αίσθηση ότι τιμωρούμαι για κάτι.
- Έχω την αίσθηση ότι ίσως να τιμωρούμαι.
- Περιμένω πως θα τιμωρηθώ.
- Νιώθω ότι τιμωρούμαι.

7

- Δεν αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου.
- Είμαι απογοητευμένος(-η) από τον εαυτό μου.
- Ο εαυτός μου μ' αηδιάζει.
- Μισώ τον εαυτό μου.

8

- Δεν νιώθω περισσότερο άσχημα απ' ότι ο οποιοσδήποτε άλλος.
- Κριτικάρω τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.
- Συνεχώς κατηγορώ τον εαυτό μου για όσα στραβά έχω.
- Κατηγορώ τον εαυτό μου για καθετί κακό που συμβαίνει.

9

- Δεν μου περνά καμία σκέψη να σκοτωθώ.
- Μου έρχονται σκέψεις να σκοτωθώ, αλλά δεν τις πραγματοποιώ.
- Θα ήθελα να σκοτωθώ.
- Θα σκοτωνόμουν αν μου δίνονταν η ευκαιρία.

10

- Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.
- Τώρα κλαίω περισσότερο απ' ότι παλιότερα.
- Τώρα κλαίω συνέχεια.
- Κάποτε μπορούσα κι έκλαιγα, όμως τώρα δεν μπορώ να κλάψω παρ' όλο που το θέλω.

11

- Δεν είμαι τώρα περισσότερο εκνευρισμένος(-η) απ' ότι είμαι συνήθως.
- Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι πιο εύκολα απ' ότι πριν.
- Τώρα συνεχώς νιώθω εκνευρισμένος(-η).
- Δεν με εκνευρίζουν διόλου τα πράγματα που κάποτε μ' εκνεύριζαν.

12

- Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
- Ενδιαφέρομαι για τους άλλους λιγότερο απ' ότι ενδιαφερόμουν πριν.
- Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους.
- Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους.

13

- Παίρνω αποφάσεις περίπου το ίδιο καλά όσο πάντοτε.
- Αναβάλλω τις αποφάσεις μου πιο συχνά απ' ότι τις ανέβαλα πριν.
- Δυσκολεύομαι περισσότερο στο να πάρω αποφάσεις σε σύγκριση με παλιότερα.
- Δεν παίρνω πια καμία απόφαση.

14

- Δεν έχω την αίσθηση ότι έχω χειρότερη εμφάνιση από παλιότερα.
- Μ' ανησυχεί το ότι δείχνω γερασμένος(-η) ή όχι ελκυστικός(-η).
- Έχω την αίσθηση ότι η εμφάνιση μου άλλαξε οριστικά, έτσι που να μην δείχνω ελκυστικός(-η).
- Πιστεύω πως δείχνω άσχημος(-η).

15

- Εργάζομαι το ίδιο καλά όσο πάντοτε.
- Χρειάζεται να καταβάλω επιπλέον προσπάθεια για να ξεκινήσω να κάνω κάτι.
- Αναγκάζομαι να πιέσω πάρα πολύ τον εαυτό μου για να κάνω οτιδήποτε.
- Δεν μπορώ να κάνω καμία απολύτως δουλεία.

16

- Μπορώ να κοιμάμαι το ίδιο καλά όπως συνήθως.
- Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο κοιμόμουνα.
- Ξυπνώ 2-3 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
- Ξυπνώ πολλές ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και μετά δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.

17

- Δεν κουράζομαι περισσότερο από το συνηθισμένο.
- Κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι κουραζόμουν πριν.
- Κουράζομαι με σχεδόν ότι κι αν κάνω.
- Είμαι τόσο κουρασμένος(-η) που δεν κάνω τίποτε.

18

- Η όρεξη μου δεν είναι χειρότερη απ' ότι συνήθως.
- Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όσο ήταν πριν.
- Η όρεξη μου τώρα έχει χειροτερέψει.
- Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.

19

- Δεν έχω χάσει καθόλου (ή πολύ) βάρος τελευταία.
- Έχω χάσει περισσότερο από 3 κιλά.
- Έχω χάσει περισσότερο από 5 κιλά.
- Έχω χάσει περισσότερο από 8 κιλά.

Επίτηδες προσπαθώ να χάσω βάρος τρώγοντας λιγότερο: ___ ναι ___ όχι

20

- Η υγεία μου δεν μ' ανησυχεί περισσότερο από το συνηθισμένο.
- Ανησυχώ για σωματικά προβλήματά μου όπως πόνοι, ή ανακατεμένο στομάχι, ή δυσκοιλιότητα.
- Μ' ανησυχούν πολύ τα σωματικά προβλήματα και δύσκολα σκέφτομαι κάτι άλλο έξω απ' αυτά.
- Μ' ανησυχούν τα σωματικά μου προβλήματα τόσο πολύ που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτε άλλο.

21

- Δεν έχω παρατηρήσει πρόσφατα καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για σεξ.
- Ενδιαφέρομαι για σεξ λιγότερο απ' όσο ενδιαφερόμουν πριν.
- Τώρα ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ.
- Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για το σεξ.

5. Κλίμακα Εκτίμησης Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R).

(Derogatis L. R., 1977)

Μετάφραση & Προσαρμογή: Σ. Ντώνιας, Α. Καραστεργίου & Ν. Μάνος

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος από προβλήματα και ενοχλήματα που εμφανίζονται μερικές φορές στους ανθρώπους. Διάβασε προσεκτικά το κάθε ένα. Έπειτα, διάλεξε εκείνο τον αριθμό ο οποίος περιγράφει καλύτερα το πόσο πολύ σ' απασχόλησε το πρόβλημα αυτό την εβδομάδα που πέρασε, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας. Βάλε τον αριθμό στο τετράγωνο που βρίσκεται στα δεξιά του κάθε ενοχλήματος ή προβλήματος. Μην παραλείψεις κανένα και σημείωσε τον αριθμό σου καθαρά. Αν αλλάξεις γνώμη, σβήσε εντελώς τον προηγούμενο αριθμό σου. Διάβασε το παρακάτω παράδειγμα προτού αρχίσεις και αν έχεις απορίες ζήτησε να σου τις εξηγήσουν.

ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ: Απάντηση Π.χ. Πόνοι στο σώμα σου <input type="text" value="3"/>	0: Καθόλου 1: Λίγο 2: Μέτρια 3: Πολύ 4: Πάρα πολύ
ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου 1: Λίγο 2: Μέτρια 3: Πολύ 4: Πάρα πολύ

- | | |
|---|----------------------|
| 1. Πονοκέφαλοι | <input type="text"/> |
| 2. Νευρικότητα ή ταραχή μέσα σου..... | <input type="text"/> |
| 3. Επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σου..... | <input type="text"/> |
| 4. Τάση για λιποθυμία ή ζάλη..... | <input type="text"/> |
| 5. Απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης στο σεξ..... | <input type="text"/> |
| 6. Διάθεση να κρίνεις τους άλλους..... | <input type="text"/> |
| 7. Η ιδέα ότι κάποιος άλλος μπορεί να ελέγχει τις σκέψεις σου..... | <input type="text"/> |
| 8. Η αίσθηση ότι άλλοι φταίνε για τα περισσότερα από τα βάσανά σου..... | <input type="text"/> |
| 9. Δυσκολία να θυμάσαι..... | <input type="text"/> |
| 10. Δυσφορία για τσαπατσουλιά ή αμέλεια..... | <input type="text"/> |
| 11. Το να νοιώθεις εύκολα ενοχλημένος/η ή τσαντίλα..... | <input type="text"/> |
| 12. Πόνοι στην καρδιά ή στο στήθος..... | <input type="text"/> |
| 13. Το να νοιώθεις φόβο σ' ανοιχτούς χώρους ή στο δρόμο..... | <input type="text"/> |
| 14. Το να νοιώθεις πεσμένη ή επιβραδυμένη την ενεργητικότητά σου..... | <input type="text"/> |

ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου 1: Λίγο 2: Μέτρια 3: Πολύ 4: Πάρα πολύ
---------------------------	--

- | | |
|---|--|
| 15. Σκέψεις να βάλεις τέλος στη ζωή σου..... | |
| 16. Το ν' ακούς φωνές που οι άλλοι δεν τις ακούν..... | |
| 17. Τρεμούλα..... | |
| 18. Το να νοιώθεις ότι τους περισσότερους ανθρώπους δεν μπορείς να τους εμπιστευτείς.. | |
| 19. Ανορεξία..... | |
| 20. Εύκολο κλάμα..... | |
| 21. Το να νοιώθεις ντροπαλός/ή ή όχι άνετα με το άλλο φύλο..... | |
| 22. Το να νοιώθεις παγιδευμένος/η ή σ' αδιέξοδο..... | |
| 23. Ξαφνικός φόβος χωρίς λόγο..... | |
| 24. Εκρήξεις θυμού που δεν μπορείς να τις ελέγξεις..... | |
| 25. Το να φοβάσαι να βγεις από το σπίτι μόνος/η σου..... | |
| 26. Το να κατηγορείς τον εαυτό σου για διάφορα πράγματα..... | |
| 27. Πόνοι στη μέση..... | |
| 28. Το να νοιώθεις μπλοκαρισμένος/η να βγάλεις πέρα τις δουλειές σου..... | |
| 29. Το να νοιώθεις μοναξιά..... | |
| 30. Το να νοιώθεις τα κέφια σου πεσμένα..... | |
| 31. Το ν' ανησυχείς υπερβολικά για διάφορα πράγματα..... | |
| 32. Το να μην ενδιαφέρεσαι για ότι συμβαίνει..... | |
| 33. Το να νοιώθεις φοβισμένος..... | |
| 34. Το να πληγώνονται εύκολα τα αισθήματά σου..... | |
| 35. Το να γνωρίζουν οι άλλοι τις προσωπικές σου σκέψεις | |
| 36. Το να αισθάνεσαι ότι οι άλλοι δε σε καταλαβαίνουν ή δε σε συμπονούν..... | |
| 37. Το να νοιώθεις ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικόι μαζί σου ή δε σε χωνεύουν..... | |
| 38. Το να είσαι αναγκασμένος/η να κάνεις όλα τα πράγματα πολύ αργά για να είσαι σίγουρος/η πως θα γίνουν σωστά..... | |
| 39. Το να χτυπάει η καρδιά σου πολύ δυνατά ή πολύ γρήγορα..... | |
| 40. Ναυτία ή ανακάτεμα στο στομάχι..... | |
| 41. Το να νοιώθεις κατώτερος/η από τους άλλους..... | |
| 42. Πόνοι κι ευαισθησία στους μυς..... | |
| 43. Το να νοιώθεις ότι σε παρακολουθούν ή ότι σε σχολιάζουν..... | |

ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου 1: Λίγο 2: Μέτρια 3: Πολύ 4: Πάρα πολύ
---------------------------	--

44. Δυσκολία να σε πάρει ο ύπνος.....	
45. Το να νοιώθεις την ανάγκη να ελέγχεις και να ξαναελέγχεις ότι κάνεις.....	
46. Το να φοβάσαι να ταξιδέψεις με λεωφορείο, τρένο ή τον υπόγειο.....	
47. Δυσκολία να παίρνεις αποφάσεις.....	
48. Δυσκολία να πάρεις αναπνοή.....	
49. Ξαφνικά αισθήματα κρύου ή ζέστης.....	
50. Το να είσαι αναγκασμένος/η ν' αποφεύγεις ορισμένα πράγματα ή χώρους ή δραστηριότητες επειδή σε φοβίζουν.....	
51. Το να σταματάει το μυαλό σου.....	
52. Μουδιάσματα ή τσιμπήματα σε διάφορα μέρη του σώματος.....	
53. Κόμπος στο λαιμό.....	
54. Το να νοιώθεις χωρίς καμιά ελπίδα για το μέλλον.....	
55. Δυσκολία να συγκεντρωθείς.....	
56. Το να νοιώθεις αδυναμία σ' ορισμένα μέρη του σώματός σου.....	
57. Το να νοιώθεις υπερένταση ή τεντωμένος/η.....	
58. Το να νοιώθεις τα χέρια ή τα πόδια σου βαριά.....	
59. Σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνεις.....	
60. Το να τρως υπερβολικά.....	
61. Το να μη νοιώθεις άνετα όταν οι άλλοι σε κοιτάζουν ή μιλούν για σένα.....	
62. Το να έχεις σκέψεις που δεν είναι δικές σου.....	
63. Το να σου έρχεται να χτυπήσεις, να τραυματίσεις ή να κάνεις κακό σε κάποιον.....	
64. Το να ξυπνάς πολύ νωρίς το πρωί.....	
65. Το να νοιώθεις την ανάγκη να επαναλαμβάνεις τις ίδιες πράξεις, όπως π.χ. να πλένεσαι, να μετράς να αγγίζεις.....	
66. Ύπνος ανήσυχος ή ταραγμένος.....	
67. Το να σου' ρχεται να σπάσεις ή να τα κάνεις κομμάτια.....	
68. Το να έχεις ιδέες ή πεποιθήσεις που δεν τις συμμερίζονται οι άλλοι.....	
69. Το να παρατηρείς συνέχεια τον εαυτό σου και να νοιώθεις άβολα όταν βρίσκεσαι με άλλους.....	

ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου 1: Λίγο 2: Μέτρια 3: Πολύ 4: Πάρα πολύ
---------------------------	--

70. Το να μην νοιώθεις άνετα όταν βρίσκεσαι σε πλήθος όπως π.χ. στην αγορά ή στον κινηματογράφο.....	
71. Το να νοιώθεις ότι το καθετί χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια.....	
72. Επεισόδια τρόμου ή πανικού.....	
73. Το να μην νοιώθεις άνετα όταν τρως ή πίνεις μπροστά σε άλλους.....	
74. Το να καυγαδίζεις συχνά.....	
75. Το να νοιώθεις ανήσυχος/η όταν μένεις μόνος/η.....	
76. Το να μη σου αναγνωρίζουν οι άλλοι όσο πρέπει τα επιτεύγματά σου.....	
77. Το να νοιώθεις μόνος/η ακόμη κι όταν βρίσκεσαι μαζί με άλλους.....	
78. Το να νοιώθεις τόσο ανήσυχος/η ώστε να μην μπορείς να κάτσεις σ' ένα μέρος.....	
79. Αισθήματα αναξιότητας.....	
80. Το αίσθημα ότι κάτι κακό θα σου συμβεί.....	
81. Το να βάζεις τις φωνές ή να πετάς πράγματα.....	
82. Το να φοβάσαι ότι θα λιποθυμήσεις μπροστά σε κόσμο.....	
83. Το να νοιώθεις πως οι άλλοι θα σ' εκμεταλλευτούν αν τους αφήσεις.....	
84. Το να κάνεις σκέψεις για το σεξ που σου είναι πολύ ενοχλητικές.....	
85. Η ιδέα ότι θα πρέπει να τιμωρηθείς για τις αμαρτίες σου.....	
86. Η ιδέα ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει με το σώμα σου.....	
87. Σκέψεις και εικόνες τρομακτικές.....	
88. Το να μην νοιώθεις ποτέ κοντά σε κάποιο άλλο άτομο.....	
89. Αισθήματα ενοχής.....	
90. Η ιδέα ότι κάτι δεν πάει καλά με το μυαλό σου.....	

6. Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού-Δομικού Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory)

(Spielberger C. D., 1970)

STAI-Ελληνική Έκδοση, μορφή X-1

Μετάφραση & Προσαρμογή: Α. Λιάκος & Σ. Γιαννίτση

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μία φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε τώρα.

		Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα Πολύ
1.	Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4.	Έχω αγωνία	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4
7.	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
9.	Αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4
10.	Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12.	Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13.	Αισθάνομαι ήσυχος	1	2	3	4
14.	Βρίσκομαι σε διέγερση	1	2	3	4
15.	Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
17.	Ανησυχώ	1	2	3	4
18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19.	Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού-Δομικού Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory)

(Spielberger C. D., 1970)

STAI-Ελληνική Έκδοση, μορφή X-2

Μετάφραση & Προσαρμογή: Α. Λιάκος & Σ. Γιαννίτση

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πως αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μία φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πως αισθάνεστε γενικά.

		Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1.	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
2.	Κουράζομαι εύκολα	1	2	3	4
3.	Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία	1	2	3	4
4.	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
7.	Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
9.	Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	1	2	3	4
10.	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση	1	2	3	4
11.	Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα	1	2	3	4
12.	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
13.	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
14.	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας	1	2	3	4
15.	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση	1	2	3	4
16.	Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
17.	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	1	2	3	4
18.	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου	1	2	3	4
19.	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
20.	Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντα	1	2	3	4

7. Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ)

(Eysenck H. J. & Eysenck S. B. G., 1975)

Μετάφραση & Προσαρμογή: Ε. Δημητρίου

ΟΔΗΓΙΕΣ: Απάντησε σε κάθε ερώτηση βάζοντας έναν κύκλο γύρω από το ΝΑΙ ή ΟΧΙ που υπάρχει μετά την ερώτηση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, ούτε «πονηρές» ερωτήσεις. Εργάσου γρήγορα και μην πολυσκέφτεσαι να βρεις την ακριβή σημασία της κάθε ερώτησης. Μη ξεχάσεις να απαντήσεις σε κάθε ερώτηση.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Έχεις άλλα ενδιαφέροντα εκτός της εργασίας σου (χόμπι);..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 2. Πριν κάνεις κάτι, σταματάς να το ξανασκεφτείς;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 3. Αλλάζει συχνά το κέφι σου;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 4. Θεωρείς τον εαυτό σου ομιλητικό άτομο;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 5. Θα σε στεναχωρούσε να έχεις χρέος;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 6. Νιώθεις ποτέ κακόκεφος, χωρίς ιδιαίτερο λόγο;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 7. Σου έτυχε ποτέ από πλεονεξία να πάρεις περισσότερα από όσα ανήκαν στο μερίδιό σου;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 8. Θα έλεγες ότι είσαι ζωντανό άτομο;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 9. Θα σε στεναχωρούσε πολύ να δεις ένα παιδάκι ή ένα ζώο να υποφέρει;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 10. Στεναχωριέσαι συχνά για πράγματα που δεν θα έπρεπε να είχες κάνει ή πει;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 11. Κρατάς πάντα την υπόσχεσή σου, άσχετα με το πόσο δύσκολο είναι να την εκτελέσεις;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 12. Θα σ' ευχαριστούσε το πήδημα με αλεξίπτωτο;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 13. Μπορείς εύκολα να αφήσεις τον εαυτό σου και να διασκεδάσεις σε ένα εύθυμο πάρτυ;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 14. Είσαι ευέξαπτος;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 15. Σου έτυχε ποτέ να ρίξεις το βάρος σε άλλον για δικά σου σφάλματα;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 16. Σ' αρέσει να γνωρίζεις νέα πρόσωπα;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 17. Πληγώνεσαι εύκολα;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 18. Έχεις μόνο καλές και παραδεκτές συνήθειες;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 19. Έχεις την τάση να μένεις στο περιθώριο, όταν βρίσκεσαι σε κοινωνικές εκδηλώσεις;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 20. Θα έπαιρνες φάρμακα που μπορεί να είχαν παράξενη ή επικίνδυνη ενέργεια;... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 21. Αισθάνεσαι συχνά «μπουχτισμένος»;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 22. Έχεις ποτέ πάρει κάτι που ανήκε σε άλλον (έστω και μία καρφίτσα);..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 23. Σου αρέσει να βγαίνεις συχνά έξω;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 24. Σου αρέσει να πληγώνεις ανθρώπους που αγαπάς;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 25. Ενοχλείσαι συχνά από αισθήματα ενοχής;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 26. Μιλάς καμιά φορά για πράγματα για τα οποία όμως δεν έχεις ιδέα;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |

- | | | |
|---|-----|-----|
| 27. Έχεις εχθρούς που θέλουν το κακό σου;..... | NAI | OXI |
| 28. Θεωρείς τον εαυτό σου νευρικό άτομο;..... | NAI | OXI |
| 29. Έχεις πολλούς φίλους;..... | NAI | OXI |
| 30. Σου αρέσουν τα χοντρά αστεία, που καμιά φορά μπορεί να πληγώσουν τους άλλους;..... | NAI | OXI |
| 31. Είσαι στενάχωρος τύπος;..... | NAI | OXI |
| 32. Όταν ήσουν παιδί, έκανες αμέσως και χωρίς γκρίνια αυτό που σου έλεγαν;..... | NAI | OXI |
| 33. Θα έλεγες ότι είσαι αμέριμνος άνθρωπος;..... | NAI | OXI |
| 34. Δίνεις μεγάλη σημασία στους καλούς τρόπους και την καθαριότητα;..... | NAI | OXI |
| 35. Ανησυχείς ότι μπορεί να σου συμβούν φοβερά πράγματα;..... | NAI | OXI |
| 36. Έχεις καταστρέψει ή χάσει ποτέ κάτι που ανήκε σε άλλον;..... | NAI | OXI |
| 37. Παίρνεις πρωτοβουλία για να κάνεις καινούργιους φίλους;..... | NAI | OXI |
| 38. Μπορείς εύκολα να καταλάβεις πώς αισθάνονται οι άνθρωποι όταν σου λένε τα βάσανά τους;..... | NAI | OXI |
| 39. Θα έλεγες ότι είσαι άτομο που το χαρακτηρίζει η υπερένταση;..... | NAI | OXI |
| 40. Μένεις τον περισσότερο χρόνο σιωπηλός, όταν βρίσκεσαι με άλλους ανθρώπους;..... | NAI | OXI |
| 41. Νομίζεις πως ο θεσμός του γάμου είναι παλιάς μόδας και θα έπρεπε να εγκαταλειφθεί;..... | NAI | OXI |
| 42. Παινεύεσαι καμιά φορά;..... | NAI | OXI |
| 43. Μπορείς να δώσεις κάποια ζωή σ' ένα ανιαρό παρτυ;..... | NAI | OXI |
| 44. Σ' ενοχλούν οι άνθρωποι που οδηγούν προσεκτικά;..... | NAI | OXI |
| 45. Ανησυχείς για την υγεία σου;..... | NAI | OXI |
| 46. Έχεις ποτέ πει κάτι κακό ή άσχημο για κάποιον άλλο;..... | NAI | OXI |
| 47. Σου αρέσει να λες αστεία και ανέκδοτα στους φίλους σου;..... | NAI | OXI |
| 48. Νομίζεις ότι τα περισσότερα πράγματα έχουν την ίδια γεύση για σένα;..... | NAI | OXI |
| 49. Σου αρέσει να ανακατεύεσαι με τους ανθρώπους;..... | NAI | OXI |
| 50. Σε στεναχωρεί όταν ξέρεις ότι υπάρχουν λάθη στη δουλειά σου;..... | NAI | OXI |
| 51. Υποφέρεις από αϋπνία;..... | NAI | OXI |
| 52. Πλένεσαι πάντα πριν φας;..... | NAI | OXI |
| 53. Έχεις πάντα σχεδόν μια έτοιμη απάντηση όταν σε ρωτούν κάτι;..... | NAI | OXI |
| 54. Έχεις συχνά αισθανθεί άτονος και κουρασμένος χωρίς να υπάρχει λόγος;..... | NAI | OXI |
| 55. Έχεις ποτέ κλέψει σε παιχνίδι;..... | NAI | OXI |
| 56. Σου αρέσουν οι καταστάσεις όπου πρέπει να ενεργείς γρήγορα;..... | NAI | OXI |
| 57. Είναι (ή ήταν) η μητέρα σου μια καλή γυναίκα;..... | NAI | OXI |
| 58. Βρίσκεις ότι συχνά η ζωή είναι χωρίς ενδιαφέρον;..... | NAI | OXI |
| 59. Σου έτυχε ποτέ να εκμεταλλευτείς κάποιον;..... | NAI | OXI |

- | | | |
|---|-----|-----|
| 60. Αναλαμβάνεις ποτέ περισσότερες δραστηριότητες από όσες σου επιτρέπει ο χρόνος σου;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 61. Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που προσπαθούν να σε αποφύγουν;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 62. Ανησυχείς πολύ για την εμφάνισή σου;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 63. Ευχήθηκες ποτέ να ήσουν νεκρός;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 64. Θα απέφευγες να πληρώσεις τους φόρους, αν ήξερες ότι δεν θα σε έβρισκαν ποτέ;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 65. Μπορείς να ζωντανέψεις ένα πάρτυ;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 66. Φροντίζεις να μην είσαι αγενής με τους ανθρώπους;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 67. Βρίσκεις ότι μένεις για πολύ ώρα στεναχωρημένος μετά από μία δυσάρεστη εμπειρία;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 68. Σου έτυχε ποτέ να επιμείνεις να γίνει το δικό σου;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 69. Υποφέρεις από τα νεύρα σου;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 70. Χαλάνε εύκολα οι φιλίες σου χωρίς δικό σου φταίξιμο;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 71. Αισθάνεσαι συχνά μοναξιά;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 72. Κάνεις πάντα αυτό που διδάσκεις στους άλλους;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 73. Σ' ευχαριστεί καμιά φορά να πειράζεις τα ζώα;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 74. Πληγώνεσαι εύκολα όταν οι άνθρωποι βρίσκουν λάθη σε σένα ή στην δουλειά σου;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 75. Έχεις αργήσει ποτέ στη δουλειά σου ή σε ένα ραντεβού;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 76. Σου αρέσει να βρίσκεσαι σε περιβάλλον με ζωντανή κίνηση και ενθουσιασμό;.... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 77. Θα σου άρεσε να σε φοβούνται οι άλλοι άνθρωποι;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 78. Είσαι άλλοτε γεμάτος ενεργητικότητα και άλλοτε νωθρός;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 79. Αναβάλλεις καμιά φορά για αύριο αυτό που θα έπρεπε να κάνεις σήμερα;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 80. Σε θεωρούν οι άλλοι άνθρωποι πολύ ζωντανό άτομο;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 81. Σου λένε οι άνθρωποι πολλά ψέματα;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 82. Είσαι πολύ ευαίσθητος για ορισμένα πράγματα;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 83. Είσαι πάντα πρόθυμος να το ομολογήσεις, όταν έχεις κάνει ένα λάθος;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 84. Θα αισθανόσουν μεγάλη λύπη για ένα ζώο που πιάστηκε σε μια παγίδα;..... | ΝΑΙ | ΟΧΙ |

ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ ΝΑ ΕΛΕΓΞΕΙΣ ΑΝ ΕΧΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

P = N = E = L =

8. Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (FACES III)

(Olson D.H., Portner J. & Lavee Y., 1985)

Μετάφραση: Βάγια Παπαγεωργίου & Γρηγόρης Σίμος.

Προσαρμογή: Α. Μπίμπου, Α. Στογιαννίδου, Β. Παπαγεωργίου & Γ. Κιοσέογλου

ΟΔΗΓΙΕΣ: Τοποθέτησε έναν από τους αριθμούς που ακολουθούν δίπλα σε κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση.

1	2	3	4	5
Σχεδόν Ποτέ	Που και Που	Μερικές Φορές	Συχνά	Σχεδόν Πάντα

Στις ερωτήσεις 1–20 παρακαλώ περιγράψτε την οικογένειά σας όπως είναι τώρα:

- | | |
|--|--|
| 1. Τα μέλη της οικογένειάς μου ζητούν βοήθεια το ένα από το άλλο..... | |
| 2. Στη λύση των προβλημάτων ακολουθούνται οι υποδείξεις των παιδιών..... | |
| 3. Εγκρίνουμε ο ένας τους φίλους του άλλου..... | |
| 4. Τα παιδιά έχουν λόγο σε θέματα που αφορούν την πειθαρχία τους..... | |
| 5. Μας αρέσει να κάνουμε διάφορα πράγματα μεταξύ μας..... | |
| 6. Αρχηγοί στην οικογένειά μου είναι διαφορετικά πρόσωπα..... | |
| 7. Νιώθουμε πιο κοντά ο ένας στον άλλο παρά σε άτομα έξω από την οικογένεια..... | |
| 8. Στην οικογένειά μου αλλάζει ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουμε τα θέματά μας... | |
| 9. Προτιμούμε να περνάμε τον ελεύθερο χρόνο μεταξύ μας..... | |
| 10. Οι γονείς και τα παιδιά συζητούν μεταξύ τους τις τιμωρίες | |
| 11. Νιώθουμε πολύ κοντά ο ένας στον άλλο..... | |
| 12. Στην οικογένειά μου τις αποφάσεις τις παίρνουν τα παιδιά..... | |
| 13. Στις οικογενειακές συγκεντρώσεις είναι όλοι παρόντες..... | |
| 14. Στην οικογένειά μου οι κανόνες αλλάζουν..... | |
| 15. Μπορούμε εύκολα να σκεφθούμε και να κάνουμε διάφορα πράγματα ως οικογένεια... | |
| 16. Η ευθύνη του σπιτιού περνά από άτομο σε άτομο..... | |
| 17. Συμβουλευόμαστε ο ένας τον άλλο σχετικά με τις αποφάσεις μας..... | |
| 18. Είναι δύσκολο να πεις ποιος είναι αρχηγός στην οικογένειά μου..... | |
| 19. Η συνοχή της οικογένειας είναι πολύ σημαντική..... | |
| 20. Είναι δύσκολο να πεις ποιος κάνει ποιες δουλειές του σπιτιού στην οικογένειά μου.... | |

1	2	3	4	5
Σχεδόν Ποτέ	Που και Που	Μερικές Φορές	Συχνά	Σχεδόν Πάντα

Στις ερωτήσεις 21–40 περιγράψτε πώς θα θέλατε να είναι η οικογένειά σας:

21.	Τα μέλη της οικογένειάς μου να ζητούσαν βοήθεια το ένα από το άλλο.....	
22.	Στη λύση των προβλημάτων να ακολουθούνταν οι υποδείξεις των παιδιών.....	
23.	Να εγκρίναμε ο ένας τους φίλους του άλλου.....	
24.	Τα παιδιά να είχαν λόγο σε θέματα που αφορούν την πειθαρχία τους.....	
25.	Να μας άρεσε να κάνουμε διάφορα πράγματα μεταξύ μας.....	
26.	Στην οικογένειά μου να ήταν αρχηγοί διαφορετικά πρόσωπα.....	
27.	Να νιώθαμε πιο κοντά ο ένας στον άλλο παρά σε άτομα έξω από την οικογένεια.....	
28.	Στην οικογένειά μου να άλλαζε ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουμε τα θέματά μας.....	
29.	Να προτιμούσαμε να περνάμε τον ελεύθερο χρόνο μεταξύ μας.....	
30.	Οι γονείς και παιδιά να συζητούσαν μεταξύ τους τις τιμωρίες.....	
31.	Να νιώθαμε πολύ κοντά ο ένας στον άλλο.....	
32.	Στην οικογένειά μου τις αποφάσεις να τις έπαιρναν τα παιδιά.....	
33.	Στις οικογενειακές συγκεντρώσεις να ήταν όλοι παρόντες.....	
34.	Να άλλαζαν οι κανόνες στην οικογένειά μου.....	
35.	Να μπορούσαμε εύκολα να σκεφθούμε και να κάνουμε διάφορα πράγματα.....	
36.	Η ευθύνη του σπιτιού να περνούσε από άτομο σε άτομο.....	
37.	Να συμβουλευόμαστε ο ένας τον άλλο σχετικά με τις αποφάσεις μας.....	
38.	Να ήταν εύκολο να πεις ποιος είναι αρχηγός στην οικογένειά μου.....	
39.	Η συνοχή της οικογένειας να ήταν πολύ σημαντική.....	
40.	Να ήταν εύκολο να πεις ποιος κάνει ποιες δουλειές του σπιτιού στην οικογένειά μου	

9. Το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ)

(I. N. Παρασκευόπουλος & N. Δ. Γιαννίτσας, 1999)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Στις σελίδες που ακολουθούν έχουν καταγραφεί μερικά χαρακτηριστικά που παρατηρούμε στην καθημερινή συμπεριφορά των παιδιών (στο σπίτι, στο σχολείο, στο παιχνίδι, στην εξοχή). Παρακαλώ, να απαντήσετε σε κάθε ερώτηση, έχοντας πάντοτε υπόψη το παιδί σας ή ένα από τα παιδιά σας.

Η συμπλήρωση κάθε ερώτησης γίνεται ως εξής:

Μπροστά από κάθε ερώτηση, υπάρχουν οι αριθμοί 0,1,2.

Για κάθε ερώτηση, πρέπει να βάλετε σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό, ακολουθώντας την εξής διαβάθμιση:

- 0, αν το χαρακτηριστικό δεν αποτελεί πρόβλημα για το παιδί.
- 1, αν υπάρχει πρόβλημα για το παιδί, αλλά είναι σχετικά μικρό πρόβλημα.
- 2, αν το χαρακτηριστικό αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για το παιδί.

Δηλαδή η απάντηση σε κάθε ερώτηση θα είναι: 0 1 2 ή 0 1 2 ή 0 1 2 .

Προχωρήστε στις παρακάτω σελίδες και απαντήστε μία-μία όλες τις ερωτήσεις που ακολουθούν.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. 0 1 2 Θέλει να γίνεται συνέχεια το δικό του, πεισματάρικο.
2. 0 1 2 Όλη την ώρα χαζεύει, τεμπελιάζει, κάθεται νωχελικά.
3. 0 1 2 Δεν έχει παρέες, προτιμά να μένει μόνο του.
4. 0 1 2 Παρουσιάζει συχνά αλλεργία, φαγούρα.
5. 0 1 2 Προκαλεί καβγάδες-αντιδικίες, εριστική διάθεση.
6. 0 1 2 Το απασχολεί ο εαυτός του, δεν νιώθει άνετα, βρίσκεται σε αμηχανία.
7. 0 1 2 Παραπονιέται συχνά για πονοκεφάλους.
8. 0 1 2 Ντροπαλό, συνεσταλμένο.
9. 0 1 2 Αντιμιλάει, είναι όλο αντιρρήσεις, πνεύμα αντιλογίας.
10. 0 1 2 Νιώθει μοναξιά, πλήξη, ανία.
11. 0 1 2 Βρίσκεται σε υπερένταση, δεν μπορεί να ηρεμήσει.
12. 0 1 2 Κάνει τον παλικαρά-το νταή, εκτοξεύει συνεχώς απειλές.
13. 0 1 2 Αποφεύγει να αναμιχθεί, προτιμά να μένει αμέτοχο, απόμακρο.
14. 0 1 2 Κλαίει με το παραμικρό, ξεσπάει εύκολα σε κλάματα, κλαίει πολύ.
15. 0 1 2 Κάνει το αντίθετο από αυτό που του ζητούν, αρνητισμός.
16. 0 1 2 Μιλάει ελάχιστα, είναι ολιγομίλητο.
17. 0 1 2 Πιστεύει ότι δεν θα τα καταφέρει, έλλειψη αυτοπεποίθησης.
18. 0 1 2 «Πιάνεται στα χέρια»-παλεύει με τα άλλα παιδιά, χτυπάει τα άλλα παιδιά.
19. 0 1 2 Παραπονιέται συχνά ότι έχει ζαλάδες, ιλίγγους.
20. 0 1 2 Καταστρέφει ξένα πράγματα, προκαλεί σκόπιμα φθορά σε ξένη περιουσία.

21. 0 1 2 Σχολαστικότητα στην καθαριότητα, στην τάξη, στην εκτέλεση εργασιών.
22. 0 1 2 Στριγκλίζει, χτυπιέται κάτω, εκρήξεις θυμού.
23. 0 1 2 Εύκολα ταραάζεται και τα χάνει.
24. 0 1 2 Φόβοι για ακίνδυνα πράγματα (σκοτάδι, κατοικίδια ζώα).
25. 0 1 2 Έχει «κακές» παρέες.
26. 0 1 2 Παραπονιέται ότι νιώθει ναυτία, κάνει συχνά εμετό.
27. 0 1 2 Υπερευαίσθητο, πληγώνεται με την παραμικρή παρατήρηση-κριτική.
28. 0 1 2 Επιμένει φορτικά να μονοπωλεί την προσοχή των άλλων.
29. 0 1 2 Μένει απαθής, νωθρό.
30. 0 1 2 Νομίζει ότι οι άλλοι το κοροϊδεύουν, το ειρωνεύονται.
31. 0 1 2 Ζηλεύει τα άλλα παιδιά.
32. 0 1 2 Βυζαίνει τα δάχτυλα.
33. 0 1 2 Δειλό, άτολμο, πάντα φοβισμένο.
34. 0 1 2 Κλέβει χρήματα ή πράγματα.
35. 0 1 2 Καυχείται, κομπάζει, κάνει τον σπουδαίο-τον καμπόσο.
36. 0 1 2 Παρουσιάζει συχνά αλλεργικό συνάχι, αλλεργικό άσθμα.
37. 0 1 2 Άκεφο, μελαγχολικό, κατηφές, θλιμμένο.
38. 0 1 2 Το «σκάει» από το σχολείο, έχει πολλές αδικαιολόγητες απουσίες.
39. 0 1 2 Δεν δείχνει ενδιαφέρον για ό,τι γίνεται γύρω του, ζει σε δικό του κόσμο.
40. 0 1 2 Φαίνεται να μην μαθαίνει από τα σφάλματά του.
41. 0 1 2 Νιώθει διαρκώς κουρασμένο, νιώθει χρόνια κόπωση.
42. 0 1 2 Δεν ξέρει να παίζει και να χαίρεται.
43. 0 1 2 Έλλειψη συνεργατικότητας σε ομαδικές δραστηριότητες.
44. 0 1 2 Βρίζει χυδαία, βλασφημεί.
45. 0 1 2 Αθόρυβο, περνάει απαρατήρητο, σαν να μην είναι «παρόν».
46. 0 1 2 Εκρηκτική συμπεριφορά, βίαια ξεσπάσματα.
47. 0 1 2 Νιώθει ότι είναι ανεπιθύμητο, ότι δεν το αγαπάνε.
48. 0 1 2 Επιτίθεται και χτυπάει τα άλλα παιδιά, θεωρείται επικίνδυνο.
49. 0 1 2 Δεν ανακοινώνει τις σκέψεις του-τις επιθυμίες του, μυστικοπάθεια, κρυψίνοια.
50. 0 1 2 Αρπάζεται εύκολα, ευέξαπτο, ευερέθιστο.
51. 0 1 2 Δείχνει σαν να το απασχολεί κάτι-κάποια έγνοια, πάντα σκεπτικό.
52. 0 1 2 Ονειροπόληση, αφηρημάδα, απλανές βλέμμα.
53. 0 1 2 Αρνείται να εκτελέσει τις υποχρεώσεις του.
54. 0 1 2 Δεν νιώθει καμία ενοχή ή μεταμέλεια, όταν σφάλει.
55. 0 1 2 Καχύποπτο, δεν εμπιστεύεται κανέναν.
56. 0 1 2 «Βρέχεται» στον ύπνο του, ενούρηση.
57. 0 1 2 Δείχνει απέχθεια προς το σχολείο.
58. 0 1 2 Καθόλου διεκδικητικό, υπερβολικά υποχωρητικό.

59. 0 1 2 Ενοχλεί τους άλλους, δεν τους αφήνει σε ησυχία.
60. 0 1 2 Φοβάται μήπως κάνει ή μήπως πει κάτι κακό- άσχημο.
61. 0 1 2 Λέει «μελετημένα» ψέματα.
62. 0 1 2 Σπαστικές-ακούσιες κινήσεις, τικ.
63. 0 1 2 Δεν μπορεί να καθίσει φρόνιμα, ενοχλητικό ζιζάνιο.
64. 0 1 2 Ανέκφραστο, άτονο.
65. 0 1 2 Αγωνία μήπως δεν είναι τέλειο σε ό,τι κάνει, τελειομανία.
66. 0 1 2 Καταστροφική διάθεση για τα δικά του πράγματα.
67. 0 1 2 Κάνει κατεργαριές για να κοροϊδέψει-να εξαπατήσει τους άλλους.
68. 0 1 2 Διαταραχές ύπνου: νυκτερινοί εφιάλτες, νυκτοβασία, αϋπνία.
69. 0 1 2 Νομίζει ότι οι άλλοι θέλουν το κακό του, ότι το έχουν βάλει «στο μάτι».
70. 0 1 2 Απαιτεί να ικανοποιούνται οι επιθυμίες του αμέσως - «εδώ και τώρα».
71. 0 1 2 Αλλάζει απότομα- ξαφνικά διάθεση, απρόβλεπτο.
72. 0 1 2 Είναι αδίστακτο, δεν έχει καθόλου αναστολές.
73. 0 1 2 Συμμετέχει σε βανδαλισμούς ή άλλες παράνομες πράξεις.
74. 0 1 2 Τρώει τα νύχια του, ονυχοφαγία.
75. 0 1 2 Άσχημη γλώσσα: βρίζει, λέει βρομόλογα, αυθαδιάζει.
76. 0 1 2 Τραυλισμός.
77. 0 1 2 Νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε, ότι είναι άχρηστο, συναίσθημα μειονεξίας.
78. 0 1 2 Σκόπιμη καθυστέρηση να πάει στο σχολείο και να μπει στην τάξη.
79. 0 1 2 Θορυβώδες, φωνακλάς, ταραχοποιός.
80. 0 1 2 Ανυπάκουο, απείθαρχο, δεν «ακούει» κανέναν.
81. 0 1 2 Παραπονιέται συχνά ότι έχει κοιλόπονους, στομαχόπονους.
82. 0 1 2 Νιώθει πολλές ενοχές.
83. 0 1 2 Το «σκάει» από το σπίτι.
84. 0 1 2 Διαταραχές διατροφής: ανορεξία, βουλιμία (ακατάσχετη πείνα), αποστροφή προς ορισμένα εδέσματα (π.χ. το τυρί).
85. 0 1 2 «Λερώνεται» επάνω του, εγκόπηση.
86. 0 1 2 Αγωνία μήπως δεν ευχαριστήσει όλους.
87. 0 1 2 Κακία, εχθρότητα, εκδικητικότητα, μίσος για τους άλλους.
88. 0 1 2 Κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (οινοπνευματώδη, ναρκωτικά).
89. 0 1 2 Δεν μπορεί να διώξει από το μυαλό του ορισμένες σκέψεις, έχει έμμονες ιδέες.
90. 0 1 2 Δεν ικανοποιείται με τίποτε, μεμψίμοιρο, γκρινιάρικο.
91. 0 1 2 Το στεναχωρεί η εμφάνιση του, νομίζει ότι είναι άσχημο.
92. 0 1 2 Συμπεριφέρεται σαν «μικρομέγας».
93. 0 1 2 Υπνηλία, νυσταλέο.
94. 0 1 2 Δείχνει αδιαφορία για την επιδοκιμασία ή την αποδοκιμασία των «μεγαλυτέρων».

- 95.** 0 1 2 Αποφεύγει τις ομαδικές εκδηλώσεις: εκδρομές, πάρτι.
- 96.** 0 1 2 Φοβάται να πάει στο σχολείο.
- 97.** 0 1 2 Δεν εμμένει να τελειώσει ό,τι αναλαμβάνει, τα αφήνει «στη μέση».
- 98.** 0 1 2 Δεν μπορεί να καθίσει σε ένα μέρος, κινείται «σαν σβούρα», υπερκινητικότητα.
- 99.** 0 1 2 Υπερβολικά εξαρτημένο-προσκολλημένο στους μεγάλους.
- 100.** 0 1 2 Συμπεριφέρεται σαν να είναι μικρότερης ηλικίας.
- 101.** 0 1 2 Παρασύρεται εύκολα από τους άλλους.
- 102.** 0 1 2 Προτιμά να κάνει παρέα με τα μικρότερα παιδιά.
- 103.** 0 1 2 Αδέξιο, ζημιάρικο, επιρρεπές στα ατυχήματα, έλλειψη συντονισμού κινήσεων.
- 104.** 0 1 2 Ενεργεί χωρίς να σκέπτεται, παρορμητικό.
- 105.** 0 1 2 Δεν μπορείς να το εμπιστευτείς, είναι ανεύθυνο.
- 106.** 0 1 2 Υπεραπασχόληση με τα θέματα της ερωτικής ορμής, πρώιμος αυνανισμός.
- 107.** 0 1 2 Είναι παχύσαρκο-χοντρό.
- 108.** 0 1 2 Έχει κάποιο σωματικό ελάττωμα, δυσμορφία.
- 109.** 0 1 2 Συμπεριφέρεται σαν να ανήκει στο άλλο φύλο.
- 110.** 0 1 2 Σκόπιμοι αυτό-τραυματισμοί, απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει.

Τι άλλο σχετικό πρόβλημα παρατηρείτε στη συμπεριφορά του παιδιού;

.....

.....

.....

.....

.....

Να ελέγξετε και να βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες - και τις 110 - ερωτήσεις.

10. Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του προγράμματος εκπαίδευσης από τους ίδιους τους γονείς

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ: Γυναίκα / Μητέρα , Άνδρας / Πατέρας

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:....., ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΗΛΙΚΙΑ:, ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗΣ:.....

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ: Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

T. E. I. ,(διευκρινίστε):.....

A. E. I. ,(διευκρινίστε):.....

Άλλο (διευκρινίστε):

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Παντρεμένος/η , αν ναι πόσα χρόνια;.....

Διαζευγμένος/η , αν ναι πόσα χρόνια;.....

Άλλο (διευκρινίστε):πόσα χρόνια;.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ: Αγόρια (πόσα):....., Κορίτσια (πόσα):.....

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ: 1^ο παιδί., αγόρι ή κορίτσι

2^ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

3^ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

4^ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

ΕΡΓΑΣΙΑ: Εργάζεστε τώρα; Ναι , Όχι , Αν ναι, σε ποιο τομέα; (διευκρινίστε):

Έχετε συμμετάσχει οποτεδήποτε στο παρελθόν σε προγράμματα σχολών γονέων; Ναι , Όχι

ΟΔΗΓΙΕΣ: Η αξιολόγηση ενός προγράμματος σχολής γονέων από τους ίδιους τους γονείς, είναι ο καλύτερος τρόπος αξιολόγησης. Για το λόγο αυτό, στις παρακάτω ερωτήσεις σημείωσε πόσο ικανοποιημένος/η είσαι και κατά πόσο πιστεύεις ότι βοηθήθηκες από τους παρακάτω τομείς, διαλέγοντας την απάντηση που σε εκπροσωπεί περισσότερο από την παρακάτω κλίμακα πέντε σημείων, όπου: **0** = Καθόλου, **1** = Λίγο, **2** = Μέτρια, **3** = Πολύ, **4** = Πάρα πολύ. Διάλεξε μόνο μία απάντηση. Βάλε τον αριθμό στο τετράγωνο που βρίσκεται στα δεξιά από κάθε τομέα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

1. Από τις γνώσεις και δεξιότητες που πήρα σχετικά με θέματα επίλυσης προβλημάτων.
2. Από τις γνώσεις και δεξιότητες που πήρα σχετικά με νέους τρόπους αντιμετώπισης της αρνητικής συμπεριφοράς του παιδιού.....
3. Από τις γνώσεις και δεξιότητες που πήρα σχετικά με τον έλεγχο συναισθημάτων.....

- | | | |
|-----|---|--|
| 4. | Από τις γνώσεις και δεξιότητες που πήρα σχετικά με νέους τρόπους επικοινωνίας..... | |
| 5. | Από τις γνώσεις και δεξιότητες που πήρα σχετικά με θέματα ανάπτυξης του παιδιού.. | |
| 6. | Από γνώσεις και δεξιότητες που πήρα σχετικά με θέματα διαπαιδαγώγησης του παιδιού..... | |
| 7. | Από τη βοήθεια που πήρα στον τρόπο σκέψης..... | |
| 8. | Από τη βοήθεια που πήρα στο να ξεπερνάω δυσκολίες..... | |
| 9. | Από τη δική μου προσωπική ανάπτυξη ως γονέας και ως άτομο..... | |
| 10. | Από την επαφή μου με άλλους γονείς..... | |
| 11. | Από την επεξεργασία των θεμάτων σε μικρές ομάδες..... | |
| 12. | Από τα παιχνίδια ρόλων..... | |
| 13. | Από τη συζήτηση προσωπικών εμπειριών των μελών της ομάδας..... | |
| 14. | Από τα παραδείγματα που χρησιμοποιούσε ο συντονιστής..... | |
| 15. | Από το υλικό που χρησιμοποιήθηκε (ντοσιέ, διαφάνειες, υπολογιστής, κ.λ.π.)..... | |
| 16. | Από τις σημειώσεις στο τέλος της κάθε συνάντησης..... | |
| 17. | Από τις εργασίες στο σπίτι (σταυρόλεξο, κρυπτόλεξο κ.λ.π.)..... | |
| 18. | Από την ιδέα των τελικών σημειώσεων..... | |
| 19. | Από τη δομή της θεματολογίας του προγράμματος..... | |
| 20. | Από τη σειρά ανάπτυξης της θεματολογίας στα πλαίσια των συναντήσεων..... | |
| 21. | Από τις εισηγήσεις του συντονιστή..... | |
| 22. | Από τον αριθμό των συναντήσεων..... | |
| 23. | Από τον τόπο διεξαγωγής..... | |
| 24. | Από την τήρηση του αρχικού συμβολαίου και τη λειτουργία της ομάδας..... | |
| 25. | Από τον τρόπο παρουσίασης των θεμάτων..... | |
| 26. | Από το συντονισμό της ομάδας..... | |
| 27. | Από τις διάφορες τεχνικές..... | |
| 28. | Από την κάλυψη των αναγκών και των προσδοκιών μου..... | |
| 29. | Τι σου άρεσε περισσότερο από το πρόγραμμά σχολών γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης;
.....
..... | |
| 30. | Τι δε σου άρεσε από το πρόγραμμά σχολών γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης;
.....
..... | |
| 31. | Τι πιστεύεις ότι σου είναι ή θα σου είναι χρήσιμο;
.....
..... | |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Φυλλάδια γνωστοποίησης του προγράμματος

1. Φυλλάδιο πρότασης για την εφαρμογή προγράμματος εκπαίδευσης γονέων.
2. Φυλλάδιο εκδήλωσης ενδιαφέροντος για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων.
3. Ενημερωτικό φυλλάδιο για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων.
4. Αίτηση συμμετοχής για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων.

1. Φυλλάδιο πρότασης για την εφαρμογή προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης

Θέμα: Πρόταση για την εφαρμογή προγράμματος σχολών γονέων

Προς: α) το σύλλογο Γονέων και Κηδεμόνων του 92^{ου} Δημοτικού Σχολείου Θεσσαλονίκης.
β) το Διευθυντή του 92^{ου} Δημοτικού Σχολείου Θεσσαλονίκης κ^ο

Η ενασχόλησή μας με προγράμματα σχολών γονέων από το 1995, σε συνεργασία με ιδιωτικούς παιδικούς σταθμούς, φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης (Δήμος Τριανδρίας, Δήμος Ν. Μουδανιών Χαλκιδικής, Δήμος Σταυρούπολης, Δήμος Νεάπολης), τη Χριστιανική Ένωση Νέων Χαριλάου, το Εργατικό Κέντρο Θεσσαλονίκης, το Επαγγελματικό Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Θεσσαλονίκης, και το Κέντρο Πρόληψης Πυξίδα του Δήμου Συκεών της Θεσσαλονίκης και η συνεχόμενη και καθημερινή μας τριβή με τους γονείς οι οποίοι απευθύνονταν και παρακολουθούσαν τα προγράμματα αυτά, μας οδήγησε στην απορία, του κατά πόσο τελικά τα προγράμματα σχολών γονέων είναι αποτελεσματικά και ικανοποιούν τις προσδοκίες των γονιών οι οποίοι συμμετέχουν σε αυτά. Έτσι, δομήθηκε και εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα σχολών γονέων το οποίο αφορά στην εφαρμογή γνωστικών συμπεριφορικών αρχών με σκοπό όχι την ψυχοθεραπεία ή την συμβουλευτική, αλλά την εκπαίδευση των γονέων πάνω σε συγκεκριμένα και επίμαχα θέματα όπως: α) η διαπαιδαγώγηση, β) τα χαρακτηριστικά της ανάπτυξης, γ) η αντιμετώπιση δυσκολιών στη σχέση του γονέα με τα παιδιά δ) η κατανόηση και αντιμετώπιση της αρνητικής συμπεριφοράς του παιδιού, ε) η ρεαλιστική αντιμετώπιση του άγχους, της στενοχωρίας και του θυμού του γονέα και του παιδιού, στ) ο έλεγχος των συγκρούσεων και ζ) η εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων. Ως γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση μπορεί να οριστεί το σύνολο των τεχνικών οι οποίες χρησιμοποιούνται με στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς και των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου (σκέψεις, εκτιμήσεις, συναισθήματα κ.λ.π.).

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα προτείνεται να εφαρμοστεί στα πλαίσια του 92^{ου} Δημοτικού Σχολείου της Θεσσαλονίκης με σκοπό την εκπαίδευση των ενδιαφερόμενων γονέων στις παραπάνω γονεϊκές δεξιότητες. Οι γονείς δε θα έχουν καμία χρηματική επιβάρυνση. Το πρόγραμμα θα περιλαμβάνει 10 εβδομαδιαίες δομημένες συναντήσεις διάρκειας περίπου δύο ωρών. Οι ομάδες θα πραγματοποιούνται κάθε Δευτέρα και Τετάρτη το απόγευμα από 17.00-19.00 και από 19.00-21.00. Οι ομάδες θα είναι κλειστές και δε θα ξεπερνούν τους 12 γονείς. Οι γονείς στο τέλος του προγράμματος θα λάβουν συνοδευτικές βοηθητικές σημειώσεις.

Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος θα χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια τα οποία θα συμπληρωθούν από τους γονείς του σχολείου πριν και μετά τη λήξη του προγράμματος.

Με εκτίμηση,

3. Ενημερωτικό φυλλάδιο για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων

Αγαπητοί γονείς, στη βιβλιογραφία ο όρος σχολές γονέων αναφέρεται σε σχολεία ενηλίκων, προαιρετικής φοίτησης, που αποβλέπουν στην παροχή γνώσεων γύρω από την οικογένεια, τον ψυχισμό γονέα και παιδιού και την ανατροφή των παιδιών, με βασικό στόχο την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς των γονέων απέναντι στο χειρισμό των καθημερινών δύσκολων καταστάσεων με τον εαυτό τους και τα παιδιά τους. Στα πλαίσια των δραστηριοτήτων του σχολείου μας, αποφασίσαμε να δώσουμε έμφαση σε έναν τόσο σημαντικό παράγοντα όπως τα προγράμματα σχολών γονέων. Έτσι, ο Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων με την υποστήριξη της Διεύθυνσης του σχολείου αναλαμβάνουμε την πρωτοβουλία εφαρμογής προγράμματος σχολής γονέων με τη μορφή ενός *σύντομου σε διάρκεια* προγράμματος εκπαίδευσης του γονιού, προς αποφυγή της κούρασης, για θέματα που αφορούν τον ίδιο και το παιδί. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα σχολών γονέων το οποίο αφορά στην εφαρμογή *γνωστικών συμπεριφορικών* αρχών με σκοπό την εκπαίδευση και όχι την ψυχοθεραπεία των γονέων πάνω σε συγκεκριμένα θέματα όπως: η διαπαιδαγώγηση, τα χαρακτηριστικά της ανάπτυξης, η αντιμετώπιση δυσκολιών στη σχέση του γονέα με τα παιδιά, η κατανόηση και η αντιμετώπιση της αρνητικής συμπεριφοράς του παιδιού, η λειτουργική αντιμετώπιση του άγχους της στενοχώριας και του θυμού του γονέα και του παιδιού, ο έλεγχος των συγκρούσεων, καθώς και άλλων ειδικότερων θεμάτων που απασχολούν τους γονείς με παιδιά νηπιακής και παιδικής ηλικίας. Οι συναντήσεις θα γίνονται κάθε εβδομάδα στο χώρο του σχολείου *κάθε Δευτέρα ή Τετάρτη* απόγευμα εκτός από αργίες (17:00-19:00 ή 19:00-21:00) και θα διαρκούν περίπου δύο ώρες. Συντονιστής του προγράμματος θα είναι ο ψυχολόγος Λευτέρης Κωνσταντινίδης ο οποίος *διαθέτει μακροχρόνια εμπειρία* στην εφαρμογή προγραμμάτων σχολών γονέων. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει εφαρμοστεί διαχρονικά σε συνεργασία με πάρα πολλούς ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς όπως, δήμοι, σχολεία και κέντρα πρόληψης. Οι ομάδες θα είναι κλειστές (όχι περισσότερα από 15 άτομα) και θα ολοκληρωθούν σε δέκα εβδομαδιαίες συναντήσεις. Επειδή η ομάδα είναι κλειστή θα ληφθεί υπόψη σειρά προτεραιότητας με βάση την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. Ως ημερομηνία έναρξης του προγράμματος ορίζεται η Σε περίπτωση που ενδιαφέρεστε να παρακολουθήσετε το πρόγραμμα συμπληρώστε τα στοιχεία σας στην αίτηση της πίσω σελίδας, και δώστε την στο παιδί σας ώστε να την καταθέσει στο Διευθυντή του σχολείου κ. ... Ως ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων, ορίζεται η..... Για όσους γονείς συμμετάσχουν στο πρόγραμμα των 10 συναντήσεων *δε θα υπάρξει χρηματική επιβάρυνση*. Το σχολείο μας έχει τη δυνατότητα να εφαρμόσει το πρόγραμμα σε τέσσερις ομάδες γονέων, όχι μεγαλύτερες των 15 ατόμων. Για το λόγο αυτό το ανώτατο όριο των συμμετεχόντων θα είναι 60 γονείς. *Να έχετε στο μυαλό σας ότι οποιοδήποτε μέλος της οικογένειάς σας θα επιθυμούσε και θα επιβράβευε τη συμμετοχή σας*. Η συμμετοχή σας στην παράλληλη με το πρόγραμμα έρευνα μέσω της συμπλήρωσης των ειδικών ανώνυμων ερωτηματολογίων είναι πολύτιμη και βοηθάει στην εξαγωγή πολύτιμων συμπερασμάτων για την περαιτέρω εφαρμογή του προγράμματος. Παράλληλα με το πρόγραμμα θα υπάρχει *φύλαξη και δημιουργική απασχόληση των παιδιών*.

Με εκτίμηση, η Διεύθυνση και το Δ. Σ. του Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων.

4. Αίτηση συμμετοχής στο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:

ΤΑΞΗ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑ ΠΟΥ ΠΗΓΑΙΝΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ:.....

ΦΥΛΟ ΓΟΝΕΑ: Γυναίκα / Μητέρα , Άνδρας / Πατέρας

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΗΛΙΚΙΑ ΓΟΝΕΑ:

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΟΝΕΑ: Δημοτικό , Γυμνάσιο , Λύκειο ,

T. E. I. , (διευκρινίστε):.....

A. E. I. , (διευκρινίστε):.....

Άλλο (διευκρινίστε):

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Παντρεμένος η , αν ναι πόσα χρόνια;.....

Διαζευγμένος/η , αν ναι πόσα χρόνια;.....

Άλλο (διευκρινίστε):πόσα χρόνια;.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ: Αγόρια (πόσα):.....

Κορίτσια (πόσα):.....

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ: 1ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

2ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

3ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

4ο παιδί....., αγόρι ή κορίτσι

ΕΡΓΑΣΙΑ: Εργάζεστε τώρα; Ναι , Όχι

Αν ναι, σε ποιο τομέα; (διευκρινίστε):

Έχετε συμμετάσχει οποτεδήποτε στο παρελθόν σε προγράμματα σχολών γονέων; Ναι , Όχι

Αν ναι σε ποιο πρόγραμμα συγκεκριμένα;.....

Βασικός λόγος που επιλέξατε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα σχολής γονέων:

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:..... ΥΠΟΓΡΑΦΗ:.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Οι προσδοκίες των γονέων

1. Τι θα ήθελα να μάθω.
2. Τι θα ήθελα να μπορώ να κάνω.
3. Τι θα ήθελα να αποκτήσω από την επαφή μου με τους άλλους γονείς της ομάδας.

1. Τι θα ήθελα να μάθω

- Να μάθω πώς να συμπεριφέρομαι στο παιδί και τρόπους αντιμετώπισης των ιδιαιτεροτήτων του.
 - Να μάθω για την ψυχική ανάπτυξη και τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού
 - Να μάθω για την ψυχολογία του παιδιού.
 - Να ενημερωθώ για τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού (π.χ. σεξουαλική).
 - Να μάθω πώς να μπορώ να χαλαρώνω.
 - Να μάθω πώς να επικοινωνώ με το παιδί.
 - Να μάθω για την ομαλή ένταξη στο σχολείο και στην κοινωνία.
 - Θέματα που αφορούν ζήλια ανάμεσα στα αδέρφια και την εγωιστική στάση του παιδιού.
 - Η περιέργεια του παιδιού: που οφείλεται και πως αντιμετωπίζεται.
 - Η δραστηριότητες που βοηθούν την ανάπτυξη του παιδιού.
 - Να μάθω ποια χρειάζεται να είναι η συμπεριφορά μας, ως γονείς, απέναντι στα παιδιά σε ξεσπάσματα θυμού και κρίσεις ζήλιας.
 - Απαντήσεις σε ερωτήματα: κάνει καλό το ξύλο; η τιμωρία; οι φωνές; κ.λ.π.
 - Να μάθω πώς να απαντώ στις «δύσκολες», ερωτήσεις» του παιδιού.
 - Να μάθω τρόπους αντιμετώπισης των συγκρούσεων.
 - Να μάθω τρόπους ώστε να βοηθήσω το παιδί μου να αποκτήσει αυτοπεποίθηση, αυτονομία και κοινωνικότητα.
 - Να μάθω για την αντιμετώπιση σύγχρονων προβλημάτων (παρέες, ομάδες, τσιγάρο, ναρκωτικά).
 - Να μάθω για την αντιμετώπιση κάποιων φοβιών του παιδιού.
 - Να μάθω τρόπους ελέγχου του άγχους, του θυμού και της στενοχώριας, ώστε αυτό να μη λειτουργεί αρνητικά στη σχέση μου με το παιδί.
 - Να μάθω πώς να συμπεριφέρομαι απέναντι στο παιδί στις διάφορες καταστάσεις.
 - Να ενημερωθώ σχετικά με τις μαθησιακές δυσκολίες.
 - Να μάθω τρόπους ενίσχυσης του παιδιού.
-

2. Τι θα ήθελα να μπορώ να κάνω

- Να καταλαβαίνω καλύτερα την ψυχολογική κατάσταση των παιδιών μου και να μπαίνω πιο εύκολα στον κόσμο τους.
 - Να βελτιώσω τον τρόπο επικοινωνίας με τα παιδιά μου.
 - Να μπορώ να αντιμετωπίζω την ανασφάλεια και τη μειωμένη αυτοπεποίθηση τη δική μου και του παιδιού.
 - Να μπορώ να συζητώ διάφορα θέματα (π.χ. σεξουαλικά) με τα παιδιά μου.
 - Να έχω ουσιαστική αντιμετώπιση των προβλημάτων των παιδιών.
 - Να μάθω να μην ξεσπάω στο παιδί π.χ. φωνές, ξύλο κλπ.
 - Να μπορώ να αντιμετωπίζω τις δύσκολες καταστάσεις με ηρεμία και ψυχραιμία.
 - Να μπορώ να είμαι σε θέση να προλαμβάνω τα προβλήματα.
 - Να μπορώ να μην επηρεάζω αρνητικά τα παιδιά μου.
 - Να μπορώ να χειρίζομαι τις συγκρούσεις γονιών-παιδιών και παιδιών μεταξύ τους.
 - Να μπορώ να ενημερώσω το σύζυγο ώστε να έχουμε κοινή αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων.
 - Να μπορώ να αντιμετωπίζω την αρνητική συμπεριφορά του παιδιού.
 - Να μπορώ να ελέγχω τη δική μου συναισθηματική κατάσταση, να βελτιώσω τον εαυτό μου.
 - Να αποκτήσω προσωπική χαλάρωση.
 - Να μπορώ να βοηθώ ουσιαστικά στις ανησυχίες και τους προβληματισμούς του.
-

3. Τι θα ήθελα να αποκτήσω από την επαφή μου με τους άλλους γονείς της ομάδας

- Περισσότερη πληροφόρηση και εμπειρίες από την ομάδα για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων που αφορούν τα παιδιά.
 - Να μάθω νέους τρόπους συμπεριφοράς από τους άλλους γονείς.
 - Να ανταλλάξω γνώμες και εμπειρίες με τους άλλους γονείς της ομάδας και να ενημερωθώ από αυτούς.
 - Να γνωρίσω άλλους γονείς με κοινούς προβληματισμούς και να ανταλλάξω εμπειρίες.
-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dretzke J, Frew E, Davenport C, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J, Bayliss S, Raftery J, Hyde C, Taylor R. The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment* 2005; 9(50).
2. Χουρδάκη Μ. Σχολές Γονέων. Σειρά γνώσεων: Επιστήμη & Ζωή, τόμος ΙΖ'. Θεσσαλονίκη, Χατζηϊακώβου Α.Ε.; 1976; 107-109.
3. Zepeda M, Varela F, Morales A. Promoting positive parenting practices through parenting education. In: Halfon N, Rice T, Inkelas M, editors. *Building State Early Childhood Comprehensive Systems Series*, No. 13. National Center for Infant and Early Childhood Health Policy. Los Angeles, CA: UCLA Center for Healthier Children, Families and Communities; 2004.
4. Watson J, White A, Taplin S, Huntsman L. Prevention and early intervention literature review. NSW Centre for Parenting & Research, Funding and Business Analysis, NSW Department of Community Services, Sydney, NSW, 2005.
5. Gibbs J, Underdown A, Stevens M, Newbery J, Liabo K. Evidence nugget: Group-based parenting programmes can reduce behaviour problems of children aged 3-12 years. What Works for Children group, Evidence nugget, 2003. Διαθέσιμο από: <http://www.whatworksforchildren.org.uk> (πρόσβαση 19/4/2010).
6. Hendricks AK, Balakrishnan R. Review of parenting programmes: A report by the Families Commission, Research Report No. 2/05, Families Commission, Wellington, 2005.
7. Barlow J, Stewart-Brown S. Understanding parenting programmes: parents' views. *Primary Health Care Research and Development* 2001; 2(2): 117-130.
8. Shepard J, Carlson JS. An empirical evaluation of school-based prevention programs that involve parents. *Psychology in the Schools* 2003; 40(6): 641-656.
9. Brown B, Pryzwansky WB, Schulte AC. *Psychological consultation: Introduction to theory and practice* (5th edition). Allyn and Bacon, Boston, 2001.
10. Sheridan SM, Kratochwill TR, Bergan JR. *Conjoint behavioral consultation*. Plenum Press, New York, 1996.
11. Centre for Community Child Health. *Child behaviour: Overview of the literature*. Monograph 3. In: O'Hanlon A, Patterson A, Parham J, series editors. *Promotion, prevention and early intervention for mental health in general practice*. Adelaide: Auseinet, 2007.

12. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promotion and Education*, Supplement 2, 2005; 9-25.
13. NSW Department of Health. NSW Parenting Partnerships: a framework for mental health service involvement in promotion, prevention and early intervention through parenting initiatives - resource and literature review. NSW Health Department, Sydney, 2003. Διαθέσιμο από: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2003/pdf/parent_strategy.pdf (πρόσβαση 13/10/2010).
14. Patterson J, Barlow J, Mockford C, Klimes I, Pyper C, Stewart-Brown S. Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood* 2002; 87(6): 472-477.
15. Κωνσταντινίδης Λ, Γκόγκα Γ, Μαυρέας Β. Σχολές γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία* 2008; 10(1): 78-96.
16. Centre of Community Child Health. Parenting information project, Volume 2: Literature review. Department of Family and Community Services, Canberra, 2004.
17. Παπαγεωργίου ΒΑ. Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2005.
18. Kendziora KT, O'Leary SG. Dysfunctional parenting as a focus for prevention and treatment of child behavior problems *Advances in Clinical Child Psychology* 1993; 15: 175-206.
19. Kendler KS, Sham PC, MacLean CJ. The determinants of parenting: An epidemiological, multi-informant study. *Psychological Medicine* 1997; 27: 549-563.
20. Davies M. *The Blackwellencyclopaedia of social work*. Wiley-Blackwell, 2000.
21. Commonwealth of Australia. Parenting information project, Volume 2: Literature review. Commonwealth of Australia, Canberra, 2004.
22. Rickwood D. Conceptual framework for PPEI and applications in general practice: Overview of the literature. Monograph 1. In: O'Hanlon A, Patterson A, Parham J, series editors. *Promotion, prevention and early intervention for mental health in general practice*. Adelaide: Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health (Auseinet), 2007.
23. Δημολιάτης Γ, Κυριόπουλος Γ, Λάγγας Δ, Φιλαλήθης Τ. *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*. Θεμέλιο, Αθήνα, 2002.
24. World Health Organization. *Strengthening Mental Health Promotion*. World Health Organization, Geneva, 1999; Fact Sheet No.220.

25. Draijer J, Williams T. School health education and promotion in the member states of the European Community. The Commission of the European Communities, Luxembourg, 1991.
26. Horner JW. Health education and public policy in the United Kingdom. *Community Medicine* 1980; 2(3): 229-235.
27. Σώκου Κ. Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας. Πρότυπο πρόγραμμα «αλκοόλ και ατύχημα». Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.
28. Ιωάννου Σ, Κούτα Χ, Χαραλάμπους Ν. Πρόγραμμα σπουδών αγωγής υγείας. Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο Κύπρου, Υπηρεσία Ανάπτυξης Προγραμμάτων, 2010. Διαθέσιμο από: http://www.paideia.org.cy/upload/analytika_programmata_2010/20.agogygeias.pdf (πρόσβαση 14/5/2010).
29. Παπαθανασίου Β. Αγωγή και προαγωγή υγείας στο σχολικό περιβάλλον: Βασικές αρχές και μεθοδολογία. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων* 2009; 15: 47-61. Διαθέσιμο από: <http://www.pischools.gr/download/publications/epitheorisi/teyχος15/047-061.pdf> (πρόσβαση 14/5/2010).
30. Day C, Naysmith C, Leveridge R. Promoting the personal, social and emotional aspects of babies and young children's development and learning: a review. Sure Start, Extended Schools and Families Group, Department for Education and Skills, 2006.
31. Centers for Disease Control and Prevention. Parent training programs: Insight for practitioners. Centers for Disease Control, Atlanta (GA), 2009. Διαθέσιμο από: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ParentTrainingBrief-a.pdf> (πρόσβαση 18/9/2010).
32. Salas E, Cannon-Bowers JA. The science of training: a decade of progress. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 471-499.
33. American Psychological Association. T-group. (n.d.). Merriam-Webster's Medical Dictionary 2010. Διαθέσιμο από: <http://dictionary.reference.com/browse/T-group> (πρόσβαση 27/5/2010).
34. Jaques D. Μάθηση σε ομάδες: Εγχειρίδιο για όσους συντονίζουν ομάδες ενηλίκων εκπαιδευομένων (Φίλλιπς Ν, Μτρ.). Μεταίχμιο, Αθήνα, 2004.
35. Μάνος Ν. Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1987.
36. Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης των Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας. Επικοινωνία στην οικογένεια. Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., Αθήνα, 1996.
37. Smith C, Pugh G. Learning to be a parent: A survey of group-based parenting programmes. Family Policy Studies Centre, London 1996.

38. Dinkmeyer D, McKay G. Σχολείο για γονείς I: Για παιδιά νηπιακής και προσχολικής ηλικίας (Νάντσου Ε, Μεταφ.). Σειρά: Ανθρώπινες σχέσεις αγωγή και συμπεριφορά (5^η εκδ.). Θυμάρι, Αθήνα, 1997 (τίτλος πρωτοτύπου: Parent's Handbook).
39. Χουρδάκη Μ. Σχολές γονέων Μαρίας Χουρδάκη. Πανελλήνιος Σύνδεσμος Σχολών Γονέων, Αθήνα, 2010. Διαθέσιμο από: http://www.sitemaker.gr/sxolesgoneon/page_GREEK_9.htm (πρόσβαση 19/4/2010).
40. Stewart-Brown S. Improving parenting: the why and the how. Archives of Disease in Childhood 2008; 93: 102-104.
41. Bailey J, Perkins S, Wilkins S. Parenting skills workshop series. Cornell Cooperative Extension, 1995. Διαθέσιμο από: <http://hdl.handle.net/1813/3498> (πρόσβαση 16/5/2010).
42. Brown MB. Measuring the fit with best practices for parent education and support programs: A guide for program planners, program implementers and proposal writers. University of Delaware, Cooperative Extension, 2000. Διαθέσιμο από: <http://ag.udel.edu/extension/fam/recprac/criteria.pdf> (πρόσβαση 19/10/2010).
43. DeBord K, Bower D, Goddard W, Wilkins J, Kobbe A, Myers-Walls J, Mulroy M, Ozretich R. A professional guide for parenting educators: The National Extension Parenting Educators' Framework. Journal of Extension 2006; 44(3). Διαθέσιμο από: <http://www.joe.org/joe/2006june/a8.php> (πρόσβαση 19/10/2010).
44. Department for Education and Skills. The National Programme for Specialist Leaders of Behaviour and Attendance: Working with parents and carers. Department for Education and Skills, 2007. Διαθέσιμο από: <http://www.education.gov.uk>. (πρόσβαση 3/10/2010).
45. Sanders MR, Turner KMT. Reflections on the challenges of effective dissemination of behavioural family intervention: Our experience with the Triple P - Positive Parenting Program. Child and Adolescent Mental Health 2005; 10(4): 158-169.
46. Stolz HE, Brandon DJ, Wallace HS. The practices, populations, and programs of parent educators in Tennessee. Family Science Review 2009; 14(2): 31-45.
47. Blaisure KR, Geasler MJ. Results of a survey of court-connected parent education programs in U.S. counties. Family and Conciliation Courts Review 1996; 34: 23-40.
48. Scott S. Intensive interventions to improve parenting. Archives and Disease in Childhood 1998; 79(1): 90-93. Διαθέσιμο από: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1717632/pdf/v079p00090.pdf> (πρόσβαση 14/10/2007).
49. McGroder SM, Hyra A. Developmental and economic effects of parenting programs for expectant parents and parents of preschool-age children. Issue Paper No. 10. Partnership for

- America's Economic Success, Pew Charitable Trusts, Washington, DC, 2009. Διαθέσιμο από: http://www.partnershipforsuccess.org/docs/researchproject_mcgroder_200903_paper.pdf (πρόσβαση 20/10/2010).
50. Shonkoff JP, Phillips DA. (Eds.). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. National Academy Press, Washington DC, 2000.
 51. Hoghghi M. The importance of parenting in child health. *British Medical Journal* 1998; 316(7144): 1545-1550.
 52. Simkiss DE, Snooks HA, Stallard N, Davies S, Thomas MA, Anthony B, Winstanley S, Wilson L, Stewart-Brown S. Measuring the impact and costs of a universal group based parenting programme: protocol and implementation of a trial. *BMC Public Health* 2010; 10: 364. Διαθέσιμο από: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/364> (πρόσβαση 13/7/2010).
 53. Tucker S, Gross D, Fogg L, Delaney K, Lapporte R. The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2-year olds. *Research in Nursing and Health* 1998; 21(3): 199-210.
 54. Sanders MR, Morawska A. Can changing parental knowledge, dysfunctional expectations and attributions, and emotion regulation improve outcomes for children? [online]. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, editors. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2005; 1-12. Διαθέσιμο από: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Sanders-MorawskaANGxp.pdf> (πρόσβαση 6/9/2009).
 55. Young J. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Professional Resources Press, Sarasota, FL, 1990.
 56. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press, New York, 2003.
 57. Bauer NS, Webster-Stratton C. Prevention of behavioral disorders in primary care. *Current Opinion in Pediatrics* 2006; 18: 654-660.
 58. Bornstein MH, Bradley RH. *Socioeconomic status, parenting and child development*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey, 2003.
 59. London Economics. *Cost benefit analysis of interventions with parents - Literature review*. Department for Children, Schools and Families, 2007. Διαθέσιμο από: <http://publications.education.gov.uk/eOrderingDownload/DCSF-RW008.pdf> (πρόσβαση 6/10/2010).
 60. McLoyd V. Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist* 1998; 53(2): 185-204.

61. Abidin RR. The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology* 1992; 21: 407-412.
62. Χουρδάκη Μ. Ψυχολογία της οικογένειας και εξελικτική, σχολική, εφηβείας, 3^η έκδοση. *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα, 1995.
63. Domitrovich CE, Bierman KL. Parenting practices and child social adjustment: Multiple pathways of influence. *Merrill-Palmer Quarterly* 2001; 47(2): 235-263.
64. Strand PS. Responsive parenting and child socialization: Integrating two contexts of family life. *Journal of Child and Family Studies* 2000; 9(3): 269-281.
65. Dyer Harnish J, Dodge KA, Valente E. Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Development* 1995; 66(3): 739-753.
66. Sanders MR, Woolley ML. The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. *Child: Care, Health & Development* 2005; 31(1): 65-73.
67. Holmbeck GN, Paikoff RL, Brooks-Gunn J. Parenting adolescents. In: Bornstein MH, editor. *Handbook of parenting: Vol. 1. Children and Parenting*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 1995; 91-118.
68. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development* 1991; 62(5): 1049-1065.
69. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey EA. Developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist* 1989; 44(2): 329-335.
70. Pettit GS, Bates JE. Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to four years. *Developmental Psychology* 1989; 25(3): 413-420.
71. Shaw DS. Parenting programs and their impact on the social and emotional development of young children. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, editors. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2006; 1-7. Διαθέσιμο από: <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/ShawANGxp-Parenting.pdf> (πρόσβαση 28/10/2006).
72. Desforges C, Abouchaar A. The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievement and adjustment: A literature review. *DfES Research Report* 433, 2003.

73. Rous B, Hallam R, Grove J, Robinson S, Machara M. Parent involvement in early care and education programs: A review of the literature. Interdisciplinary Human Development Institute University of Kentucky, Lexington, KY, 2003. Διαθέσιμο από: http://www.ihdi.uky.edu/pli/Documents/ECPLI_Literature_Review_Report.pdf (πρόσβαση 19/10/2010).
74. O'Connor TG, Scott SBC. Parenting and outcomes for children. Joseph Rowntree Foundation, York, 2007.
75. Hoghugh M, Long N. (Eds.) Handbook of parenting: Theory, research and practice. Sage, London, 2004.
76. Licence K. Supporting parenting: the evidence. In: Chambers R, Licence K, editors. Looking after children in primary care: A companion to the Children's National Service Framework. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd; 2005; 51-64.
77. Moore T, Ochiltree G, Cann W. Effective intervention programs. Examples of effective interventions, programs and service models. Centre for Community Child Health, Department of Human Services, Melbourne, 2001. Διαθέσιμο από: http://www.eduweb.vic.gov.au/edulibrary/public/beststart/effective_programs_project-1002v1.2.pdf (πρόσβαση 13/ 10/2010).
78. Ιεροδιακόνου Χ. Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά. Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη, 1991.
79. Webster-Stratton C Hammond M. Marital conflict management skills, parenting style, and early-onset conduct problems: processes and pathways. *Journal of Child Psychology* 1999; 40(6): 917-927.
80. Hall D, Lynch MA. Violence begins at home: Domestic strife has lifelong effects on children. *British Medical Journal* 1998; 316(7144): 1551-1560.
81. Harris JR. The outcome of parenting: What do we really know? *Journal of Personality* 2000; 68(3): 625-637.
82. Herbert M. Ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας: Πλήρης οδηγός για όλους τους ενδιαφερομένους, τόμος Β'. (Παρασκευόπουλος ΙΝ, επόπτης ελληνικής έκδ). Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1993. (τίτλος πρωτοτύπου: Problems of childhood: A complete guide for all concerned).
83. Hutchings J, Webster Stratton C. Community based support for parents. In: Hoghugh M, Long N, editors. Handbook of parenting London: Sage; 2004; 334-351.
84. Crockenberg S, Litman C. Autonomy as competence in 2-year-olds: Maternal correlates of child defiance, compliance and self-assertion. *Developmental Psychology* 1990; 26: 961-971.
85. Elliot NL. First-time mothers' parenting knowledge during their infant's first year: Relations with information sources, social support networks, maternal self-efficacy, and infant

- development. Dissertation submitted to the Eberly College of Arts and Sciences. Morgantown, West Virginia, 2007.
86. Daro D, McCurdy K. Preventing child abuse and neglect: Programmatic considerations. *Child Welfare* 1994; 73: 405-430.
 87. Butchart A, Phinney Harvey A. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Geneva, 2006.
 88. Pianta R, Egeland B, Erickson MF. The antecedents of maltreatment: Results of the mother-child interaction research project. In: Cicchetti D, Carlson V, editors. *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press; 1989; 203-253.
 89. Vostanis P, Graves A, Meltzer H, Goodman R, Jenkins R, Brugha TS. Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41(7): 509-514.
 90. Hutchings J, Lane E. Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry* 2005; 18(4): 386-391.
 91. Patterson J, Mockford C, Stewart-Brown S. Parents' perceptions of the value of the Webster-Stratton Parenting Programme: a qualitative study of a general practice based initiative. *Child: Care, Health and Development* 2005; 31(1): 53-64.
 92. Stewart-Brown SL, Fletcher L, Wadsworth MEJ. Parent-child relationships and health problems in adulthood in three UK national birth cohort studies. *European Journal of Public Health* 2005; 15(6): 640-646.
 93. Stewart-Brown, S. Research in relation to equity: Extending the agenda. *Pediatrics* 2003; 112(3): 763-765. Διαθέσιμο από: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/112/3/S1/763> (πρόβαση 7/10/2010).
 94. Patterson G, Reid J, Jones RR, Conger R. A social learning approach to family intervention Families with aggressive children (Vol. 1). Castalia Publishing Co, Eugene, Oregon, 1975.
 95. McMahon RJ. Parent training interventions for preschool-age children. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, editors. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2006; 1-8. Διαθέσιμο από: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/McMahonRJANGxp> (πρόσβαση 12/7/2007).

96. Barlow J, Parsons J, Stewart-Brown S. Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child: Care, Health and Development* 2005; 31(1): 33-42.
97. Douglas J. Therapy for parents of difficult pre-school children. In: Graham P, editor. *Cognitive behaviour therapy for children and families*. UK: Cambridge University Press; 1998; 18-31.
98. Eyberg SM, Boggs SR, Rodriguez CM. Relationships between maternal parenting stress and child disruptive behavior. *Child and Family Behavior Therapy* 1992; 14(4): 1-9.
99. Johnson S, Lobitz G. Parental manipulation of child behavior in home observations. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1974; 7: 23-31.
100. Patterson GR. Mothers: The unacknowledged victims. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1980; 45, No. 5.
101. Wahler RG. The insular mother: Her problems in parent-child treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1980; 13: 207-219.
102. Griest DL, Wells KC, Forehand R. An examination of predictors of maternal perceptions of maladjustment in clinic-referred children. *Journal of Abnormal Psychology* 1979; 88: 277-281.
103. Webster-Stratton C, Hammond M. Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1988; 16(3): 299-315.
104. Kiefer H, Cohen N, Pape B. *Handle with care: Strategies for promoting the mental health of young children in community-based child care*. Canadian Mental Health Association, 2004.
105. Field TM. Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development* 1995; 18: 1-13.
106. Leadbeater BJ, Bishop SJ, Raver CC. Quality of mother-toddler interaction, maternal depressive symptoms, and behavior problems of adolescent mothers. *Developmental Psychology* 1996; 32: 280-288.
107. Ramchandani P, McConachie H. Mothers, fathers and their children's health. *Child: Care, Health and Development* 2005; 31(1): 5-6.
108. Radke-Yarrow M, Nottelmann E, Martinez P, Fox MB, Belmont B. Young children of effectively ill parents: A longitudinal study of psychosocial development. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 1992; 31(1): 68-76.
109. Downey G, Coyne J. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin* 1990; 108(1): 50-76.

110. Fauber RL, Long N. Children in context: The role of the family in child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 813-820.
111. Sanders MR. New directions in behavioral family intervention with children. In: Ollendick T, Prinz R, editors. *Advances in clinical child psychology* New York: Plenum Press; 1996; 18: 283-330.
112. Dadds M, Heard P, Rapee R. Anxiety disorders in children. *International Review of Psychiatry* 1991; 3: 231-241.
113. King NJ, Hamilton DI, Ollendick TH. *Children's phobias: A behavioral perspective*. Wiley, London, 1988.
114. Kendall PC, Chu BC, Pimentel SS, Choudhury M. Treating anxiety disorders in youth. In: Kendall PC, editor. *Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral procedures*, second edition. New York: The Guilford Press; 2000; 235-287.
115. Silverman WK, Cerny JA, Nelles WB, Burke AE. Behavior problems in children of parents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988; 27: 779-784.
116. Parker J. *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. Grune & Stratton, New York, 1983.
117. Antony LG, Antony BJ, Glanville DN, Naiman DQ, Waanders C, Shaffer S. The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development* 2005; 14:133-154.
118. Friedberg RD, McClure JM. *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*. The Guilford Press, New York, 2002.
119. Paret I. Night waking and its relation to mother-infant interaction in 9-month old infant. In: Call J, Galenson E, Tyson RL, editors. *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books; 1983; 171-177.
120. Van Tassel EB. The relative influence of child and environmental characteristics on sleep disturbances in the first and second years of life. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1985; 6: 81-86.
121. Sadeh A, Raviv A, Gruber R. Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Developmental Psychology* 2000; 36(3): 291-301.
122. Brim OG. *Education for child rearing*. Russell Sage Foundation, New York, 1959.

123. Sunley R. Early nineteenth-century American literature on child rearing. In M. Mead & M. Wolfenstein (Eds.), *Childhood in contemporary cultures* Chicago: University of Chicago Press; 1955; 150-167.
124. Gentges I. Γονέων Αγωγή. Μεγάλη Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια, τόμος Β'. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 1964; 1-2.
125. Johnson JC. The effects of parent education and authoritarian attitudes on parenting skills. A dissertation in education. Texas Tech University, 1990. Διαθέσιμο από: http://wallace.tosm.ttu.edu/ETD-db/ETD-browse/browse?first_letter=all (πρόσβαση 5/10/2010).
126. Davis G. *Childhood and history in America*. Psychohistory Press, New York, 1976.
127. Kessen W. The American child and other cultural inventions. *American Psychologist* 1979; 34(10): 815-820.
128. Baldwin AL, Kalthourn J, Breese FH. Patterns of parent behavior. *Psychological Monographs* 1945; 58(3): 1-75.
129. Baldwin AL, Kalthourn J, Breese FH. The appraisal of parent behavior. *Psychological Monographs* 1949; 63(4): 1-85.
130. Pugh G, De'Ath E, Smith C. *Confident parents, confident children: Policy and practice in parent education and support*. National Children's Bureau, 1996.
131. Day C, Davis H. A community child mental health service: a framework for the development of parenting initiatives. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1999; 4(4): 475-482.
132. Barlow J, Kirkpatrick S, Wood D, Ball M, Stewart-Brown S. *Family and parenting support in Sure Start Local Programmes*. National Evaluation of Sure Start, London, 2007.
133. Northside Partnership. *Preparing for life programme manual*. Northside Partnership, Dublin, 2008. Διαθέσιμο από: http://www.preparingforlife.ie/images/stories/reports/PFL_Manual_May_2008.pdf (πρόσβαση 24/9/2010).
134. Μαδιανός ΜΓ. *Κοινωνική ψυχιατρική και κοινωνική ψυχική υγιεινή*. Καστανιώτης, Αθήνα, 2000.
135. Patterson J, Mockford C, Barlow J, Pyper C, Stewart-Brown S. Need and demand for parenting programmes in general practice. *Archives of Disease in Childhood* 2002; 87(6): 468-471.
136. Goodson B, Hess R. *The effects of parent training program on child performance and parent behavior*. Stanford University, Stanford, CA, 1976.
137. Weisen RB, Orley J, Evans V, Lee J, Sprunger B, Pellaux D. *Life skills education for children and adolescents in schools: introduction and guidelines to facilitate the development and*

- implementation of life skills programmes. Division of Mental Health. World Health Organization, Geneva, 1997.
138. Κέντρο Πρόληψης Πυξίδα. Πλαίσιο και μεθοδολογία ομάδων Γονέων. Κέντρο Πρόληψης Πυξίδα, Θεσσαλονίκη, 2010. Διαθέσιμο από: <http://www.pyxida.org.gr> (πρόσβαση 26/5/2010).
 139. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ν. Αχαΐας. Εκπαιδευτικά υλικά για ομάδες γονέων, παιδιών και εφήβων. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ν. Αχαΐας, Πάτρα, 2010. Διαθέσιμο από: <http://www.kpachaia.gr/el/bibliographia/117-ekpaideytika-ylika> (πρόσβαση 26/5/2010).
 140. Κέντρο Πρόληψης Ελπίδα. Βιβλία, εκπαιδευτικά υλικά. Κέντρο Πρόληψης Ελπίδα, Θεσσαλονίκη, 2010. Διαθέσιμο από: <http://www.kpelpida.gr> (πρόσβαση 26/5/2010).
 141. Πρόταση Κοινωνικής Παρέμβασης. Εργαλεία. Πρόταση Κοινωνικής Παρέμβασης, Καρδίτσα, 2007. Διαθέσιμο από: <http://www.prevkar.gr/ergalia.htm>. (πρόσβαση 14/5/2010).
 142. European Drug Addiction Prevention trial-EU Dar. Ξέρω τι ζητάω. Κέντρο Πρόληψης ΠΥΞΙΔΑ, Θεσσαλονίκη, 2007.
 143. The National PTA. Το να είσαι γονιός: Μια υποανάπτυκτη δεξιότητα (Τσιμπούκης Κ, Μτφ.). Διαπαιδαγώγηση, Αθήνα, 1991 (τίτλος πρωτοτύπου: Parenting: the underdeveloped skill).
 144. Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης των Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας. Στηρίζομαι στα πόδια μου. Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., Αθήνα, 1994.
 145. Κέντρο Εκπαίδευσης για την πρόληψη της Χρήσης των Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας. Παιχνίδια Παιδιών. Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ., Αθήνα, 2000.
 146. Τριλίβα Σ, Chimienti G. Πρόγραμμα ελέγχου των συγκρούσεων. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.
 147. Mockford C, Barlow J. Parenting programmes; some unintended consequences. Primary Care Research and Development 2004; 5(3): 219-227.
 148. Sampers J, Anderson K, Hatung C, Scrambler D. Parent training programs for young children with behavior problems. Infant toddler Intervention 2001; 11: 91-110.
 149. Grimshaw R, McGuire C. Evaluating parenting programmes: A study of stakeholders' views. National Children's Bureau and Joseph Rowntree Foundation, London, 1998.
 150. Linke P. What works? A literature review of the evidence for the effectiveness of parenting strategies, child and youth health. Child and Youth Health, Adelaide, 2001. Διαθέσιμο από: <http://www.cyh.com/SubContent.aspx?p=365> (πρόσβαση 15/10/2010).
 151. Smith C. Developing parenting programmes. National Children's Bureau, London, 1997.

152. Harman D, Brim OG. Learning to be parents: principles, programs and methods. Sage Publications, California, USA, 1980.
153. Russell C. Parent education: What is required to build the skills parents need to raise healthy children? Invest in Kids: The Lawson Foundation 2003. Διαθέσιμο από: [http://www.investinkids.ca/Portals/0/documents/pdf/What_is_Required_to_Build_the_Skills_Parents_Need_to_Raise_Healthy_Children_-_Full_Report_\(en\).pdf](http://www.investinkids.ca/Portals/0/documents/pdf/What_is_Required_to_Build_the_Skills_Parents_Need_to_Raise_Healthy_Children_-_Full_Report_(en).pdf) (πρόσβαση 15/10/2010).
154. Bagner DM, Eyberg SM. Further involvement in parent training: when does it matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2003; 32(4): 599-605.
155. Shulruf B. Parent support and education programmes: a systematic review. Pacific Foundation, New Zealand, Auckland, 2004.
156. Palm GF, Palkovitz R. The challenge of working with new fathers: implications for support providers. In: Palkovitz R, Sussman MB, editors. *Transitions to parenthood*. New York: Haworth Press; 1988; 357-376.
157. Firestone P, Kelly MJ, Fike S. Are fathers necessary in parenting training groups? *Journal of Clinical Child Psychology* 1980; 9: 44-47.
158. Martin B. Brief family intervention. Effectiveness and the importance of including the father. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1977; 45: 1002-1010.
159. Webster-Stratton C. The effects of father involvement in parent training for conduct problem children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 1985; 26: 801-810.
160. Lundahl B, Nimer J, Parsons B. Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice* 2006; 16(3): 251-262.
161. Lundahl B, Risser H, Lovejoy C. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review* 2006; 26(1): 86-104.
162. Brown MB. Recommended practices in parent education and support – A literature review. University of Delaware, Cooperative Extension, 2000. Διαθέσιμο από: <http://ag.udel.edu/extension/fam/recprac/tablecon.html> (πρόσβαση 19/10/2010).
163. Cheng Gorman J, Balter L. Culturally sensitive education: A critical review of quantitative research. *Review of Educational Research* 1997; 67(3): 339-369.
164. Sanders MR. Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *The Medical Journal of Australia* 2002; 177(Suppl.): S87-S92. Διαθέσιμο από: http://www.mja.com.au/public/issues/177_07_071002/san10374_fm.pdf (πρόσβαση 8/10/2010).

165. Konstadinidis L, Goga Y, Pavlidis T, Tagali E, Goga D, Mavreas V. Parent schools: A brief psycho-educational cognitive behavioural training program. Poster presentation in 35th annual congress of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Thessaloniki, Greece, 21-24 September, 2005.
166. Linares LO, Montalto D, Li M, Oza VS. A Promising parenting intervention in foster care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006; 74(1): 32-41.
167. Nelson WP, Levant RF. An evaluation of a skills training program for parents in stepfamilies. *Family Relations* 1991; 40(3): 291-296.
168. Ralph A, Sanders MR. Preliminary evaluation of the Group Teen Triple P program for parents of teenagers making the transition to high school. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health* 2003; 2(3).
169. Coren E, Barlow J, Stewart-Brown S. The effectiveness of individual and group-based parenting programmes in improving outcomes for teenage mothers and their children: a systematic review. *Journal of Adolescence* 2003; 26(1): 79-103.
170. Barlow J, Shaw R, Stewart-Brown S. The effectiveness of parenting programmes for ethnic minority parents. Joseph Rowntree Foundation. York, UK, 2004.
171. Farooq DM, Jefferson JL, Fleming J. The effect of an Adlerian video-based parent education program on parent's perception of children's behavior: A study of African American parents. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research* 2007; 33: 21-34.
172. Prieto-Bayard M, Baker B. Parent training for Spanish-speaking families with a retarded child. *Journal of Community Psychology* 1986; 14: 134-143.
173. Scott S, O'Connor T, Futh A. What makes parenting programmes work in disadvantaged areas? The Joseph Rowntree Foundation, York, 2006.
174. Wilding J, Barton M. Evaluation of the Strengthening Families, Strengthening Communities Programme 2004/5. Race Equality Foundation. London, 2007. Διαθέσιμο από: <http://www.raceequalityfoundation.org.uk/sfsc/files/sfsc-evalsummary.pdf> (πρόσβαση 16/10/2010).
175. Lipman EL, Boyle MH. Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program. *Canadian Medical Association Journal* 2005; 173(12): 1451-1456.
176. Hashima PY, Amato PR. Poverty, social support, and parental behavior. *Child Development* 1994; 65(2): 394-403.

177. Gross D, Fogg L, Webster-Stratton C, Garvey C, Julion W, Grady J. Parent training of toddlers in day care in low-income communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71(20): 261-278.
178. Hallam S, Rogers L, Shaw J. Improving children's behaviour and attendance through the use of parenting programmes: An examination of practice in five case study local authorities. *British Journal of Special Education* 2006; 33(3): 107-113.
179. Rogers L, Hallam S, Shaw J. Parenting programmes: Do generalist parenting programmes improve children's behaviour and attendance at school? The parents' perspective. *British Journal of Special Education* 2008; 35(1): 16-25.
180. Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Education Research* 2007; 22: 177-191.
181. Kaaresen PI, Ronning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 2006; 118(1): 9-19.
182. Hanna BA, Edgecombe G, Jackson CA, Newman S. The importance of first-time parent groups for new parents. *Nursing and Health Sciences* 2002; 4(4): 209-214.
183. Fabiano GA, Chacko A, Pelham JWE, Robb J, Walker KS, Wymbs F, Sastry AL, Flammer L, Keenan JK, Visweswarajah H, Shulman S, Herbst L, Pirvics L. A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy* 2009; 42(2): 190-204.
184. Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T, Eames C. Efficacy of the Incredible Years Basic Parent Training Programme as an early intervention for children with Conduct Disorder and ADHD: Long term follow-up. *Child Care Health and Development* 2008; 34(3): 380-390.
185. Gardner F, Burton J, Klimes I. Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006; 47(11): 1123-1132.
186. Hutchings J, Eade J, Jones K, Bywater TJ. Protocol of measures for the health foundation funded research programme on the evaluation of the Webster-Stratton group parenting programme with the parents of at risk pre-school children in Sure Start Centres across Wales. University of Wales, Bangor, 2004.
187. NICE. Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2006. Διαθέσιμο από: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11584/33426/33426.pdf> (πρόσβαση 15/10/2010).

188. Sanders MR, Gooley S, Nicholson J. Early intervention in conduct problems in children, Vol. 3. In: Kosky R, O'Hanlon A, Martin G, Davis C, series editors. Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health. Adelaide: The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People, 2000.
189. Γιαννοπούλου Ι, Τσομπάνογλου Γ. Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων προσχολικής ηλικίας ως μέτρο πρόληψης διαταραχών της διαγωγής. *Ψυχιατρική* 2006; 17(3): 224-236.
190. Hartman RR., Stage S, Webster-Stratton C. A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003; 43(7): 388-398.
191. Matson ML, Mahan S, Matson JL. Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2009; 3(4): 868-875.
192. Tonge B, Brereton A, Kiomall M, Mackinnon A, King N, Rinehart N. Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with Autism: A Randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006; 45(5): 561-569.
193. Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennings WG. Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology* 2009; 5(2): 83-120. Διαθέσιμο από: <http://gunston.gmu.edu/cebc/p/Briefings/PiqueroetalJEC.pdf> (πρόσβαση 19/10/2010).
194. Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal* 2001; 323: 194-198.
195. Mihalic S, Fagan A, Irwin K, Ballard D, Elliott D. Blueprints for violence prevention. Report. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Washington, DC, 2004.
196. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect* 2000; 24(9): 1127-1149.
197. MacLeod J, Nelson G, Desmarais S. Promotion of family wellness and prevention of child maltreatment: Which programs are effective? CECW Information Sheet #17E. Université de Montréal, École de service social. Montreal, QC, Canada, 2004. Διαθέσιμο από: <http://www.cecw-cepb.ca/DocsEng/MetaAnalysis17E.pdf> (πρόσβαση 17/9/2010).

198. Reuter MM. Parenting needs of abusing parents: Development of a tool for evaluation of a parent education class. *Journal of Community Health Nursing* 1988; 5(2): 129-140.
199. Jerram H, Raeburn J, Stewart A. The Strong Parents-Strong Children Programme: parental support in serious and chronic child illness. *New Zealand Medical Journal* 2005; 118(1224). Διαθέσιμο από: <http://www.nzma.org.nz/journal/118-1224/1715/> (πρόσβαση 25/9/2010).
200. Sadler OW, Seyden T. Groups for parents: A guide for teaching child management to parents. *Journal of Community Psychology* 1976; 4(1): 3-63.
201. Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *British Journal of General Practice* 2002; 52(476): 223-233.
202. Anastopoulos AD, Shelton TL, DuPaul GJ, Guevremont DC. Parenting for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993; 21(5): 581-596.
203. Irvine AB, Biglan A, Smolkowski K, Metzler CW, Ary DV. The effectiveness of a parenting skills program for parents of middle school students in small communities. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1999; 67(6): 811-825.
204. Wolfson A, Lacks P, Futterman A. Effects of parenting on infant sleeping patterns, parents' stress and perceived parental competence. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1992; 60(1): 41-48.
205. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community based parenting programmes for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: utilization, cost-effectiveness and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995; 36(7): 1141-1159.
206. Nixon CD, Singer GHS. Group cognitive-behavioral treatment for excessive parental self-blame and guilt. *American Journal on Mental Retardation* 1993; 97(6): 665-672.
207. Schultz CL, Schultz NC, Bruce EJ, Smyrniotis KX, Carey L, Carey C. Psychoeducational support for parents of children with intellectual disability: An outcome study. *International Journal of Disability, Development and Education* 1993; 40(3): 205-216.
208. Sheeber LB, Johnson JH. Evaluation of a temperament-focused, parenting programme. *Journal of Clinical Child Psychology* 1994; 23(3): 249-259.
209. Taylor TK, Schmidt F, Pepler D, Hodgins C. A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's Parents and Children Series in a children's mental health center: a randomised controlled trial. *Behavior Therapy* 1998; 29: 221-240.

210. Webster-Stratton C. Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62(3): 583-593.
211. Webster-Stratton C, Kolpacoff M, Hollinsworth T. Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56(4): 558-566.
212. Joyce MR. Emotional relief for parents: is rational-emotive parent education effective? *Journal of Rational - Emotive Cognitive - Behavior Therapy* 1995; 13(1): 55-75.
213. Dinkmeyer D, McKay G. *Systematic training for effective parenting*. American Guidance Service, Circle Pines, MN, 1977.
214. Tully L. What makes parenting programs effective? An overview of recent research. NSW Community Services, Centre for Parenting and Research, Sydney, 2009. Διαθέσιμο από: <http://www.community.nsw.gov.au/> (πρόσβαση 28/10/2010).
215. Webster-Stratton C, Jamila R, Reid M, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004; 33(1): 105-124.
216. Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effects of the Triple P Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002; 30(6): 571-587.
217. Ireland JL, Sanders MR, Markie-Dadds C. The impact of parent training on marital functioning: A comparison of two group versions of the Triple P Positive Parenting Program for parents of children with early-onset conduct problems. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2003; 31(2): 127-142.
218. Kramer JJ. Training parents as behaviour change agents: Successes, failures and suggestions for school psychologists. In Gutkin TB, Reynolds CR, editors. *The handbook of school psychology*. Wiley, New York, 1990.
219. Shriver MD. Teaching parenting skills. In: Watson TS, Gresham FM, editors. *Handbook of child behavior therapy*. New York: Plenum Press; 1998; 165-182.
220. Cedar B, Levant RF. A meta-analysis of the effects of parent effectiveness training. *The American Journal of Family Therapy* 1990; 18(4): 373-383.
221. Doherty WJ, Ryder RG. Parent Effectiveness Training (P.E.T.): Criticisms and caveats. *Journal of Marital and Family Therapy* 1980; 6(4): 409-419.
222. Patterson GR. *A social learning approach*. Vol. 3: Coercive family process. Castalia Publishing Co, Eugene, Oregon, 1982.

223. Bandura A. Social learning theory. Prentice Hall, Ehglewood cliffs, NJ, 1977.
224. Webster-Stratton C, Herman KC. Disseminating incredible years series early-intervention programs: integrating and sustaining services between school and home. *Psychology in the Schools* 2010; 47(1): 36-54.
225. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Practitioner's manual for enhanced Triple P. Families International Publishing, Brisbane, Australia, 1999.
226. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice*, 2003; Monograph 1: 1-21.
227. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology* 2008; 22(3): 506-517.
228. Alvy KT, Plunkett SW, Rosen LD, Pichardo N, Salinas V, Kulkin N, Gonzalez A. Bringing parenting education into the early childhood care and education system. Center for the Improvement of Child Caring 2003. Διαθέσιμο από: <http://www.ciccparenting.org/BringingParentingEd.aspx> (πρόσβαση 26/9/2010).
229. McPheters JK, Robinson PW. Systematic training for effective parenting: An empirical review. Paper presented at the American Association of Behavioral and Social Sciences National Convention. Las Vegas, February 11-13, 2002. Διαθέσιμο από: <http://aabss.org/Perspectives2002/McPheters.htm> (πρόσβαση 15/10/2010).
230. Gordon T. Parent effectiveness training: The no-lose program for raising responsible children. Wyden, New York, 1970.
231. Nelson T, Robinson P. An empirical look at Carl Rogers, Thomas Gordon and PET claims and promises. Author, 2002. Διαθέσιμο από: <http://aabss.org/Perspectives2002/Nelson.htm> (πρόσβαση 15/10/2010).
232. Wood CD, Davidson JA. Helping families cope: A fresh look at Parent Effectiveness Training. *Family Matters* 2003; 65: 28-33. Διαθέσιμο από: <http://www.aifs.gov.au/institute/pubs/fm2003/fm65/cw.pdf> (πρόσβαση 27/9/2010).
233. Nystul MS. The effects of systematic training for effective parenting on parental attitudes. *Journal of psychology* 1982; 112(1): 63-66.
234. NREPP. Active Parenting Now. SAMHSA's NREPP, 2008. Διαθέσιμο από: <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=110> (πρόσβαση 27/9/2010).

235. Moran P, Ghate D, van der Merwe A. What works in parenting support? A review of the International Evidence, Policy Research Bureau, Research Report RR574. Department for Education and Skills, London, 2004.
236. Jacobs FH. The five-tiered approach to evaluation: Context and implementation. In: Weiss HB, Jacobs FH, editors. Evaluating family programs. New York: Aldine de Gruyter; 1988; 37-68.
237. Matthews JM, Hudson AM. Guidelines for evaluating parent training programs. Family Relations 2001; 50(1): 77-86.
238. Konstandinidis L, Goga P, Nikolaidis N, Simos G, Mavreas V. Effectiveness of a group-based cognitive behavioural parent training program in Greece. Psychomed 2008; 3(2): 12. Διαθέσιμο από: <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html> (πρόσβαση 26/10/2010).
239. Κολύβα Χ, Βασσάρα Μ, Βιτσιλάκη Γ, Καρανίκος Α, Κωνσταντινίδης Ε, Σίμος Γ. Ποιοι συμμετέχουν στις σχολές γονέων: έρευνα. Προφορική ανακοίνωση στο Πανελλήνιο Συνέδριο με θέμα: Σχολές Γονέων: επιστημονική παρέμβαση στη στήριξη και εκπαίδευση της οικογένειας, εμπειρίες-προοπτικές. Αθήνα 8-10 Οκτωβρίου, 1999.
240. Κωνσταντινίδης Λ, Γκόγκα Γ, Λιούρα Θ, Μαυρέας Β. Αξιολόγηση των προγραμμάτων σχολών γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης από τους ίδιους τους γονείς. Αναρτημένη ανακοίνωση στο 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών με θέμα: Γνωσιακές ψυχοθεραπείες: Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές. Πάτρα, 2-4 Νοεμβρίου, 2007.
241. Kane GA, Wood VA, Barlow J. Parenting programmes: a systematic review and synthesis of qualitative research. Child: Care, Health and Development 2007; 33(6): 787-793.
242. MacNeill V. The Family Links Nurturing Programme: a report of a qualitative evaluation of training and implementation. Family Links, Oxford, 2005.
243. Petersson K, Petersson C, Hakansson A. What is good parental education? Interviews with parents who have attended parental education sessions. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2004; 18(1): 82-89. Διαθέσιμο από: http://www.ldp.sk/takeanewlook/clanky_subory/Parental%20education%20in%20Sweden.pdf (πρόσβαση 22/10/2010).
244. Lloyd E. Implications for policy and practice. In: Lloyd E, (Edr). Parenting matters: What works in parenting education? Iford: Barnardo's. 1999. Διαθέσιμο από: http://www.barnardos.org.uk/what_works_in_parenting_education_1999_-_summary.pdf (πρόσβαση 10/10/2010).
245. Stewart-Brown S, Patterson J, Mockford C, Barlow J, Klimes I, Pyper C. Impact of a general practice based group parenting programme: quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months. Archives of Disease in Childhood 2004; 89(6): 519-525.

246. Oakley A, Rajan L, Turner H. Evaluating parent support initiatives: Lessons from two case studies. *Health and Social Care in the Community* 1998; 6(5): 318-330.
247. Stone G, McKenry P, Clark K. Fathers' participation in a divorce education program: A qualitative evaluation. *Journal of Divorce and Remarriage* 1999; 30(1-2), 99-113.
248. Todis B, Irvin LK, Singer GHS, Yovanoff P. The self-esteem parent program: quantitative and qualitative evaluation of a cognitive-behavioral intervention. In: Singer GHS, Poers LE, editors. *Families, disability and empowerment: active coping skills and strategies for family interventions*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co; 1993; 203-229.
249. Webster-Stratton C, Spitzer A. Parenting a young child with conduct problems: New insights using qualitative methods. In: Ollendick TH, Prinz RJ, editors. *Advances in Clinical Child Psychology*, Volume 18. New York: Plenum Publishers; 1996; 1-62.
250. Asmussen K, Weizel K. Evaluating the evidence: What all practitioners need to know to deliver evidence based parenting support. National Academy for Parenting Research. King's College, London, 2010. Διαθέσιμο από: http://www.iop.kcl.ac.uk/iopweb/blob/downloads/locator/1_1119_What_all_practitioners_need_to_know_to_deliver_evidence_based_parentig_support.pdf (πρόσβαση 25/10/2010).
251. Roberts H. What works? *Social Policy Journal of New Zealand* 2005; 24: 34-54. Διαθέσιμο από: <http://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publicationsresources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj24/24-pages34-54.pdf> (πρόσβαση 13/10/2010).
252. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48(3-4): 355-391.
253. Nixon RDV. Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training programs. *Clinical Psychology Review* 2002; 22(4): 525-546.
254. Assemany AM, McIndosh DE. Negative treatment outcomes of behavioral parent training programs. *Psychology in the Schools* 2002; 39(2): 209-219.
255. Tennant R, Goens C, Barlow J, Day C, Stewart-Brown S. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *Journal of Public Mental Health* 2007; 6(1): 25-32.
256. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003; 129(2): 195-215.

257. Barlow J, Parsons J. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, Issue 2. Art. No.: CD003680. DOI:10.1002/14651858.CD003680.
258. Barlow J, Stewart-Brown S. Behaviour problems and group-based parent education programs. *Developmental and Behavioural Pediatrics* 2000; 21(3): 356-370.
259. Barnes J, Freude-Lagevardi A. From pregnancy to early childhood: early interventions to enhance the mental health of children and families. Mental Health Foundation, London, 2002. Διαθέσιμο από: <http://www.mentalhealth.org.uk/publications/?char=F> (πρόσβαση 25/10/2010).
260. Serketich WJ, Dumas JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior therapy* 1996; 27(2): 171-186.
261. Barlow J. Systematic review of the effectiveness of parent-training programmes in improving behaviour problems in children aged 3-10 years: A review of the literature on parent-training programmes and child behaviour outcome measures, 2nd edition. Health Services Research Unit, Department of Public Health, University of Oxford, Oxford, 1997.
262. Dimond C, Hyde C. Parent education programmes for children's behaviour problems, medium to long term effectiveness. West Midlands Development and Evaluation Service., Birmingham, 1999. Διαθέσιμο από <http://www.rep.bham.ac.uk/2000/childbehaviour.pdf> (πρόσβαση 15/10/2010).
263. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Bennett C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Issue 3. Art. No.: CD003680. DOI: 10. 1002/14651858.CD003680.pub2.
264. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008; 36(4): 567-589.
265. Maughan DR, Christiansen E, Jenson WR, Olympia D, Clark E. Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. *School Psychology Review* 2005; 34(3): 267-286.
266. Reyno SM, McGrath PJ. Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems-A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006; 47(1): 99-111.
267. Bunting L. Parenting programmes: The best available evidence. *Child Care in Practice* 2004; 10(4): 327-343.

268. Jané-Llopis E. From evidence to practice: mental health promotion effectiveness. *Promotion and Education*, Supplement 1, 2005; 21-27.
269. Webster-Stratton C. Researching the impact of parent training programmes on child conduct problems. In: Lloyd E, editor. *Parenting matters*. Ilford: Barnardo's; 1999.
270. Szyndler J, Bell G. Are groups for parents of children with sleep problems effective? *Health Visitor* 1992; 65(8): 277-279.
271. Mikton A, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin World Health Organization* 2009; 87: 353-361.
272. Johnson MA, Stone S, Lou C, Ling J, Claassen J, Austin MJ. Assessing the outcomes of parent education programs for child welfare populations: Evidence and implications. *Journal of Evidence Based Social Work* 2008; 5(1/2): 191-236.
273. Lindsay G, Davies H, Band S, Cullen MA, Cullen S, Strand S, Hasluck C, Evans R, Stewart-Brown S. Parenting early intervention pathfinder evaluation. Research Report DCSF-RW054. Department for Children, Schools and Families, London, 2008.
274. Kazdin AE. *Treatment of antisocial behaviour in children and adolescents*. Dorsey Press, Homewood IL, 1995.
275. Turner KMT, Sanders MR. Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior Therapy* 2006; 37(2): 131-142.
276. Bradley SJ, Jadaa DA, Brody J, Landy S, Tallett SE, Watson W, Shea B, Stephens D. Brief psychoeducational parenting program: an evaluation and 1-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42(10): 1171-1178.
277. Kumpfer K. *Strengthening America's families: Exemplary parenting and family strategies for delinquency prevention*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice, Washington, D.C., 1999.
278. Gardner F, Lane E, Hutchings J. Three to seven years: Risk and protective factors; effective interventions. In: Sutton C, Utting D, Farrington D, editors. *Support from the start: Working with young children and their families to reduce the risks of crime and antisocial behaviour*. Research Report 524. London: Department for Education and Skills; 2004; 43-55.
279. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of Disease in Childhood* 2000; 82: 443-451.

280. Sweet MA, Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development* 2004; 75(5): 1435-1456.
281. Zepeda M, Morales A. Supporting parents through parent education. In: Halfan N, Shulman E, Hochstein M, editors. *Building community systems for young children*. Los Angeles: UCLA Center for Healthier Children, Families & Communities; 2001.
282. Thompson MJ, Raynor A, Cornah D, Stevenson J, Sonuga-Barke EJ. Parenting behaviour described by mothers in a general population sample. *Child: Care Health and Development* 2002; 28(2): 149-155.
283. Hutchings J, Lane E. Reaching those who need it most. *The Psychologist* 2006; 9(8): 480-483.
284. Carbone S, Fraser A, Ramburuth R, Nelms L. *Breaking cycles, building futures: Promoting inclusion of vulnerable families in antenatal and universal early childhood services*. Department of Human Services, Melbourne, 2004.
285. Hahlweg K, Heinrichs N, Kuschel A, Bertram H, Naumann S. Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2010; 4: 14.
286. Jacobsen V, Mays N, Crawford R, Annesley B, Christoffel P, Johnston G, Durbin S. *Investing in wellbeing: An analytical framework*. New Zealand Treasury Working Paper 02/23, Wellington, 2002.
287. Spijkers W, Jansen DE, de Meer G, Reijneveld SA. Effectiveness of a parenting programme in a public health setting: a randomised controlled trial of the positive parenting programme (Triple P) level 3 versus care as usual provided by the preventive child healthcare (PCH). *BMC Public Health* 2010; 10: 131. Διαθέσιμο από: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2848632/pdf/1471-2458-10-131.pdf> (πρόσβαση 5/10/2010).
288. Spencer N. Parenting programmes. *Archives of Disease in Childhood* 2003; 88(2): 99-100. Διαθέσιμο από: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1719420/pdf/v088p00099.pdf> (πρόσβαση 17/10/2010).
289. Gada SS, Kanumakala S. Improving mental health through parenting programmes: are the results valid? *Archives of Disease in Childhood* 2003; 88(6): 553. Διαθέσιμο από: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1763113/pdf/v088p00553.pdf> (πρόσβαση 17/10/2010).
290. Churchill H, Clarke K. Investing in Parenting Education: A critical review of policy and provision in England. *Social Policy & Society* 2009; 9(1): 39-53.

291. Morawska A, Sanders MR. A review of parental engagement in parenting interventions and strategies to promote it. *Journal of Children's Services* 2006; 1(1): 29-40.
292. Petersson K, Petersson C, Hakansson A. General parental education in Sweden: participants and non-participants. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2003; 21(1): 43-46.
293. Gross D, Fogg L, Tucker S. The efficacy of parent training for promoting positive parent-toddler relationship. *Research in Nursing & Health* 1995; 18: 489-499.
294. Forehand R, Middlebrook J, Rogers T, Steffe M. Dropping out of parent-training. *Behaviour Research and Therapy* 1983; 21(6): 663-668.
295. Colosi L, Dunifon R. Effective parent education programmes. *Cornel University College of Human Ecology*, 2003. Διαθέσιμο από: <http://www.parenting.cit.cornell.edu/documents/Effective%20Parent%20Education%20Programs.pdf> (πρόσβαση 19/5/2010).
296. Normand CL, Vitaro F, Charlebois P. Involving parents in early prevention. *Isuma*, Autumn, 2000; 38-43.
297. Kazdin AE. Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997; 38(2): 161-178.
298. Riley D. Some principles for designing effective parenting education/support programs. *Wisconsin Family Impact Seminars Briefing Report*. Center for Excellence in Family Studies, University of Wisconsin-Madison, 1994. Διαθέσιμο από: http://familyimpactseminars.org/s_wifis03c02.pdf (πρόσβαση 20/10/2010).
299. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1997; 65(1): 93-109.
300. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1998; 66(5): 715-730.
301. Whittaker KA, Cowley S. An effective programme is not enough: a review of factors associated with poor attendance and engagement with parenting support programmes [published online]. *Children & Society* 2010.
302. Polizzi Fox D, Gottfredson DC. Differentiating completers from non-completers of a family-based prevention program. *The Journal of Primary Prevention* 2003; 24(2): 111-124.
303. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health* 2003; 2(3): 1-17.

304. Gray A. Family support programmes: A literature review. Ministry of Education, Wellington, 2001.
305. Long A, McCarney S, Smyth G, Magorrian N, Dillon A. The effectiveness of parenting programs facilitated by health visitors. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34(5): 611-620.
306. NSW Department of Community Services. Parenting programs: What makes them effective? Centre for Parenting and Research, NSW Department of Community Services, Sydney, 2005. Διαθέσιμο από: <http://www.community.nsw.gov.au/> (πρόσβαση 2/10/2010).
307. Oates J. (Ed). Supporting Parenting. *Early Childhood in Focus*, 5. Milton Keynes, The Open University, 2010.
308. McMahon RJ, Forehand R, Griest DL, Wells K. Who drops out of treatment during parent behavioral training? *Behavioral Counseling Quarterly* 1981; 1: 79-85.
309. White KM, Wellington L. Predicting participation in group parenting education in an Australian sample: the role of attitudes, norms, and control factors. *Journal of Primary Prevention* 2009; 30(2): 173-189.
310. Lundahl BW, Tollefson D, Risser H, Lovejoy MC. A meta-analysis of father involvement in parent training. *Research on Social Work Practice* 2008; 18(2): 97-106.
311. Miller S, Sambell S. What do parents feel they need? Implications of parents' perspectives for the facilitation of parenting programmes. *Children & Society* 2003; 17(1): 32-44.
312. Hutchings J, Appleton P, Smith M, Lane E, Nash S. Evaluation of two treatments for children with severe behaviour problems. Child behaviour and maternal mental health outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2002; 30: 303-319.
313. Webster-Stratton C, Hancock L. Parent training for young children with conduct problems. Content, methods, and therapeutic process. In: Briesmeister JM, Schaefer CE, editors. *Handbook of parent training*. New York: Wiley; 1998; 98-152.
314. Cunningham CE, Boyle M, Offord D, Racine Y, Hundert J, Secord M, McDonald J. Tri-Ministry Study: Correlates of school-based parenting course utilisation. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2000; 68(5): 928-933.
315. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health* 2003; 2(3): 1-17.
316. Gyll M, Spoth R, Redmond C. The effects of incentives and research requirements on participation rates for a community-based preventive intervention research study. *Journal of Primary Prevention* 2003; 24: 25-41.

317. Heinrichs N. The effects of two different incentives on recruitment rates of families into a prevention program. *Journal of Primary Prevention* 2006; 27: 345-365.
318. Spoth R, Redmond C. Study of participation barriers in family-focused prevention: Research issues and preliminary results. *International Quarterly of Community Health Education* 1993; 13: 365-388.
319. Spoth R, Redmond C. Parent motivation to enroll in parenting skills programs: A model of family context and health belief predictors. *Journal of Family Psychology* 1995; 9(3): 294-310.
320. Spoth R, Redmond C. A theory-based parent competency model incorporating intervention attendance effects. *Family Relations* 1996; 45: 139-147.
321. Dumas JE, Moreland Begle A, French B, Pearl A. Effects of monetary incentives on engagement in the PACE parenting program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2010; 39(3): 302-313.
322. Spoth R, Redmond C, Kahn J, Shin C. A prospective validation study in inclination, belief and context predictors of family-focused prevention involvement. *Family Process* 1997; 36(4): 403-429.
323. Spoth R, Redmond C. Research on family engagement in preventive interventions: Toward improved use of scientific findings in primary prevention practice. *The Journal of Primary Prevention* 2000; 21(2): 267-284.
324. Johnson D, Harrison B, Burnett M, Emerson P. Deterrents to participation in parenting education. *Family and Consumer Sciences Research Journal* 2003; 31(4): 403-424.
325. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50(2): 179-211.
326. Wellington L, White KM, Liossis PM. Beliefs underlying intentions to participate in group parenting education. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2006; 5(3).
327. Dumas JE, Nissley-Tsiopinis J, Moreland AD. From intent to enrollment, attendance, and participation in preventive parenting groups. *Journal of Child and Family Studies* 2007; 16(1): 1-26.
328. Thornton S, Calam R. Predicting intention to attend and actual attendance at a universal parent-training programme: A comparison of social cognition models *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, published online on September 27, 2010.
329. McCurdy K, Daro D. Parent involvement in family support programs: An integrated theory. *Family Relations* 2001; 50(2): 113-121.

330. Golombok S. Parenting -what really counts? Routledge, London, 2000.
331. Haggerty KP, Fleming CB, Lonczak HS, Oxford ML, Harachi TW, Catalano RF. Predictors of participation in parenting workshops. *The Journal of Primary Prevention* 2002; 22(4): 375-387.
332. NSW Department of Community Services. Parenting programs: What makes them effective? Centre for Parenting and Research, NSW Department of Community Services, Sydney, 2005. Διαθέσιμο από: <http://www.community.nsw.gov.au/> (πρόσβαση 2/10/2010).
333. Powell DR. Challenges in the design and evaluation of parent-child intervention programs. In: Powell DR, editor. Parent education as early childhood intervention: Emerging directions in theory, research and practice. New Jersey: Ablex; 1988; 229-237.
334. MacRae S. Describing and interpreting data. The British Psychological Society, Leicester, 1994.
335. Κάτος Α. Στατιστική. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 1986.
336. MacRae S. Drawing inferences from statistical data. The British Psychological Society, Leicester, 1994.
337. Σιάρδος ΚΓ. Μέθοδοι πολυμεταβλητής στατιστικής ανάλυσης, τόμος Α'. Ζήτη, Θεσσαλονίκη, 1999.
338. Bartholomew DJ, Steele F, Moustaki I, Galbraith JI. The analysis and interpretation of multivariate data for social scientists. Chapman and Hall/CRC, Boca Raton, Florida, 2002.
339. Engelhard G. Thorndike, Thurstone and Rasch: A comparison of their methods of scaling psychological tests. *Applied Psychological Measurement*, 1984; 8: 21-38.
340. Osburn HG. Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychological Methods* 2000; 5: 343-355.
341. Cronbach LJ, Meehl P. Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin* 1955; 52: 281-302.
342. Howitt D, Cramer D. Στατιστική με το spss 10 για windows (Καρανικολός Κ, Μτφ.). Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2001 (τίτλος πρωτοτύπου: A guide to computing statistics with SPSS, Release 10 for windows).
343. Φουντουλάκης Κ, Ιακωβίδης Β, Ιακωβίδης Α, Χριστοφίδης Α, Ιεροδιακονου Χ. Η στάθμιση της Κλίμακας Ικανοποίησης Ζωής στον Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική* 1997; 8: 292-304.
344. Muthny FA, Koch U, Stump S. Quality of life in oncology patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1990; 54: 145-160.

345. Ντώνιας Σ, Δεμερτζής Ι. Ανίχνευση της κατάθλιψης σε τυχαίο μικτό ψυχιατρικό πληθυσμό με την κλίμακα Beck. Πρακτικά 10^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νευρολογίας και Ψυχιατρικής Θεσσαλονίκη, 1983; 1: 479-485.
346. Ντώνιας Σ, Δεμερτζής Ι. Στάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. Πρακτικά 10^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νευρολογίας και Ψυχιατρικής Θεσσαλονίκη, 1983; 1: 486-492.
347. Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, Goffin B. The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. *Canadian Journal of Behavioural Science* 1993; 24(1): 41-58.
348. Beck AT, Ward CH, Mendelshon M, Mock J, Erlbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
349. Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π. Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα, 2002.
350. Burns DD. (1996). Αισθανθείτε καλά! Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης χωρίς φάρμακα (Χήρα Μ, Μεταφ.). Σειρά: Βιβλιοθεραπεία (Σίμος Γ, Διευθ. Σειράς). Πατάκης, Αθήνα, 1996 (τίτλος πρωτοτύπου: *Feeling good: The new mood therapy*).
351. Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική* 1991; 2: 42-48.
352. Derogatis LR. *The SCL-90 Manual I. Scoring: Administration and procedures for the SCL-90*. Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, Baltimore, 1977.
353. Derogatis LR. *Manual for the Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)*. Author, Baltimore, MD., 1983.
354. Derogatis LR. *SCL-90-R, Administration, scoring and procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1983.
355. Λιάκος Α, Γιαννίτση Σ. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 1984; 21: 71-76.
356. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1970.
357. Φουντουλάκης ΚΝ, Λύκουρας Α. *Εγχειρίδιο για το Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού-Δομικού Άγχους (Μορφή-Υ)*. Ροτόντα, Θεσσαλονίκη, 2009.
358. Spielberger CD. Anxiety as an emotional state. In: Spielberger CD, editor. *Anxiety current trends in theory and research, Volume 1*. New York: Academic Press; 1972; 23-49.

359. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography. Consulting Psych- ologists Press, Palo Alto, California, 1983.
360. Δημητρίου ΕΧ. Το Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) στη μελέτη της προσωπικότητας του Έλληνα και η χρήση του στην κλινική πράξη. Διατριβή για υφηγεσία. Β΄ Ψυχιατρική και Νευρολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη, 1977.
361. van Wyk JD, Eloff ME, Heyns PM. The evaluation of an integrated parenting program. The Journal of Social Psychology 1983; 121: 273-281.
362. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the EPQ (Personality Questionnaire). Hodder and Stoughton Educational, London, 1975.
363. Eysenck HJ. Dimensions of Personality. Routledge and Kendal Paul, London, 1947.
364. Eysenck HJ. Schizothymia-Cyclothymia as a dimension of Personality. Journal of Personality 1952; 20: 354-384.
365. Eysenck HJ. The Psychology of Politics. Routledge and Kendal Paul, London, 1954.
366. Μπίμπου Ι, Στογιαννίδου Α, Παπαγεωργίου Β, Κιοσέογλου Γ. Επιδημιολογική μελέτη της συμπεριφοράς και των μαθησιακών ικανοτήτων: στοιχεία από δύο σχολεία της Θεσσαλονίκης. Προφορική ανακοίνωση στο 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας με θέμα: Η ψυχολογία στο σταυροδρόμι των επιστημών του ανθρώπου και της κοινωνίας. Αθήνα 29 Μαΐου έως 1 Ιουνίου, 1997.
367. Bredehoft DJ, Hey RN. An evaluation of self-esteem: A family affair. Family Relations 1985; 34: 411-417.
368. Kouneski EF. The family circumplex model, FACES II and FACES III: Overview of research and applications. University of Minnesota, Department of Family Social Science, Minnesota, 2000. Διαθέσιμο από: <http://www.facesiv.com> (πρόσβαση 5/8/2010).
369. Riesch SK, Tosi CB, Thurston CA, Forsyth DM, Kuenning TS, Kestly J. Effects of communication training on parents and young adolescents. Nursing Research 1993; 42(1): 10-16.
370. Whitehead LC. Cohesion and communication between families and day care: A proposed model. Child and Youth Care Quarterly 1988; 17: 255-267.
371. Olson DH, Portner J, Lavee Y. FACES III: Family Adaptability and Cohesion Evaluating Scale. University of Minnesota, Department of Family Social Science, Twin Cities, 1985.
372. Μπίμπου Ι, Στογιαννίδου Α, Κιοσέογλου Γ. Σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας της οικογένειας, ψυχικής υγείας μητέρων και εκτίμησης δυνατοτήτων και δυσκολιών παιδιών

σχολικής ηλικίας από γονείς και εκπαιδευτικούς. Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία 2000; 2(1): 48-68.

373. Μπίμπου Ι, Στογιαννίδου Α, Παπαγεωργίου Β, Κιοσέογλου Γ. Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Olson D: Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale FACES-III). Στο: Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π (επιμ. έκδ.) Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 2002; 385-386.
374. Olson DH. FACES III (Family Adaptation and Cohesion Scales). University of Minnesota, St. Paul, MN, 1985.
375. Olson D. Circumplex Model of marital, family systems. Journal of Family Therapy 2000; 22: 144-167.
376. Παπάδη Μ. Η οικογένεια του εξαρτημένου. Συμβίωση ή υποστήριξη; Ο ρόλος της στην έκβαση της θεραπείας του εξαρτημένου. Διδακτορική διατριβή. Τμήμα ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, 2006.
377. Παρασκευόπουλος ΙΝ, Γιαννίτσας ΝΔ. Ερωτηματολόγιο Δια-προσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ): Οδηγίες συμπλήρωσης και αξιολόγησης. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.
378. Quay HC, Peterson OR. The revised Behavior Problem Checklist: Manual. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL, 1993.
379. Gross D, Grady J. Group-based parent training for preventing mental health disorders in children. Issues in Mental Health Nursing 2002; 23(4): 367-383.
380. Eyberg SM. Consumer satisfaction measures for assessing parent training programs. In: VandeCreek L, Knapp S, Jackson TL, editors. Innovations in clinical practice: A source book (Vol. 12). Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1993; 377-382.
381. FRIENDS National Resource Center for CBCAP. Parent education. Fact sheet No 16, 2008. Διαθέσιμο από: http://www.friendsnrc.org/download/parent_ed.pdf (πρόσβαση 28/5/2010).
382. NSW Department of Health. Parenting program for mental health: The NSW Triple P training procedure manual. NSW Health Department, Sydney, 2001. Διαθέσιμο από: <http://www.health.nsw.gov.au/> (πρόσβαση 28/5/2010).
383. Webster-Stratton C. The Incredible Years parent, teacher and child programs: Overview of program details. Author, Seattle, WA, 1984. Διαθέσιμο από: <http://www.incredibleyears.com/program/incredible-years-series-overview.pdf> (πρόσβαση 28/10/2010).
384. Forehand RL, McMahon RJ. Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training. Guilford Press, New York, 1981.

385. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. A social learning approach: IV. Antisocial boys. Castalia Publishing Co, Eugene, Oregon, 1992.
386. Wahler RG, Hann DM. A behavioral systems perspective in childhood psychopathology: Expanding the three-term operant contingency. In: Krasnegor N, Anasteh J, Cataldo M, editors. Child health behaviour. New York: Wiley; 1986; 146-167.
387. DeGraaf I, Speetjens P, Smit F, DeWolff M, Tavecchio L. Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioural problems in children: A meta-analysis. Behavior Modification 2008; 32(5): 714-735.
388. Stallard P. Think good-feel good: A cognitive behaviour therapy workbook for children and young people. Wiley, New York, 2002.
389. Free ML. Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice. Willey, New York, 1999.
390. White J. Treating Anxiety and Stress: A group psycho-educational approach using brief CBT. Willey, New York, 2000.
391. Derubeis RJ, Tang TZ, Beck AT. Cognitive therapy. In: Dobson KS editor. Handbook of cognitive behavioral therapies. New York: The Guilford Press, 2001: 349-392.
392. James IA, Morse R, Howarth A. The science and art of asking questions in cognitive therapy. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2010; 38(1): 83-93.
393. Gross R. Η μέθοδος του Σωκράτη: Επτά βασικά κλειδιά αξιοποίησης της σκέψης σας στο έπακρο (Δαρβίρη Θ, Μεταφ.). Σειρά: Ευ ζην (Ασημακοπούλου Α, Επιμ. Εκδ.). Ενάλιος, Αθήνα, 2002 (τίτλος πρωτοτύπου: Socrates' Way).
394. Παπακώστας Π. Γνωσιακή ψυχοθεραπεία: Θεωρία και πράξη. Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς, Αθήνα, 1994.
395. Courau S. Τα βασικά «εργαλεία» του εκπαιδευτή ενηλίκων (Μουτσοπούλου Ε, Μεταφ.). Μεταίχμιο, Αθήνα, 2000. (τίτλος πρωτοτύπου: Les outils d'excellence du formateur).
396. Αρχοντάκη Ζ, Φιλίππου Δ. 205 βιωματικές ασκήσεις για εμπύχωση ομάδων-ψυχοθεραπείας, κοινωνικής εργασίας, εκπαίδευσης. Σειρά: Ψυχολογία. Καστανιώτης, Αθήνα, 2003.
397. Beck JS. Cognitive therapy: Basics and beyond. The Guilford Press, New York, 1995.
398. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. International University Press, New York, 1976.
399. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. The Guilford Press, New York, 1979.

400. Konstadinidis L, Goga P, Simos G. Effective socialization in cognitive behaviour therapy: the Collaborative Interviewing in Mathematical Analogy Technique (CLIMATE). In: Simos G, editor. Cognitive behaviour therapy: A guide for the practicing clinician (Vol. 2). New York: Routledge; 2009; 144-164.
401. North Carolina Department of Health and Human Services. The North Carolina infant-toddler program parent handbook: A guide to infant-toddler program services for you and your child. Raleigh, NC: Department of Health and Human Services, Division of Public Health, Women's and Children's Health Section, Early Intervention Branch, 2007. Διαθέσιμο από: <http://www.ncei.org/ei/pdf/parenthandbook.pdf> (πρόσβαση 5/10/2010).
402. Kazantzis N, Deane FP, Ronan KR, L'abate M. Using homework assignments in cognitive behavior therapy. Guilford Press, New York, 2005.
403. Mahoney MJ, Arnkoff DB. Cognitive and self-control therapies. In: Garfield SL, Bergin AE, editors. Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis, 2nd edition. New York: Wiley; 1978; 689-722.
404. Καλαντζή-Αζίζι Α. Αυτογνωσία, αυτοανάλυση και αυτοέλεγχος: ψυχολογική θεώρηση, 4η έκδοση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1993.
405. Καλαντζή-Αζίζι Α. Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση: γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002.
406. Simos G. Cognitive behaviour therapy for panic disorder. In: Simos G, editor. Cognitive behaviour therapy: A guide for the practicing clinician. New York: Routledge; 2002; 97-124.
407. Blenkiron P. Stories and analogies in cognitive behaviour therapy: A clinical review. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2005; 33(1): 45-49.
408. Burns GW. 101 healing stories: Using metaphors in therapy. Wiley, New York, 2001.
409. Burns GW. Metaphor and therapy: Clarifying some confusing concepts. In: Burns GW, editor. Healing with stories: Your casebook collection for using therapeutic metaphors. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2007; 3-13.
410. Μουτζούκης Χ. Φυλλάδιο αυτοβοήθειας για το άγχος στα πλαίσια της ψυχοθεραπείας. Συγγραφέας, Θεσσαλονίκη, 1994.
411. Σίμος Γ. Φυλλάδιο αυτοβοήθειας για το άγχος στα πλαίσια της ψυχοθεραπείας. Συγγραφέας, Θεσσαλονίκη, 1991.
412. Kennerley H. Ξεπερνώντας το άγχος: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές συμπεριφορικές τεχνικές (Ευσταθίου Γ, Αγγελή Κ, Μτφ.). Σειρά: Ψυχολογική βοήθεια και

- αυτοεκπαίδευση (Καλαντζή-Αζίζι Α, Υπευθ. Σειράς). Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999 (τίτλος πρωτοτύπου: *Overcoming Anxiety*).
413. Silove D, Manicavasagar V. Ξεπερνώντας τον πανικό: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές συμπεριφορικές τεχνικές (Βουλαλάς Ν, Μτφ., Καπάκογλου Θ, Επιμ.). Σειρά: Ψυχολογική βοήθεια και αυτοεκπαίδευση (Καλαντζή-Αζίζι Α, Υπευθ. Σειράς). Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000 (τίτλος πρωτοτύπου: *Overcoming Panic*).
414. Καπάκογλου Θ. Άγχος και πανικός: Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία, 4^η έκδοση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.
415. Δεγλήρης Ν. Τεχνική της χαλάρωσης. Στο: Καλαντζή-Αζίζι Α, Δεγλήρης Ν (επιμ. έκδ.). Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 1992; 95-105.
416. Wilkinson J, Canter S. Εγχειρίδιο κοινωνικών δεξιοτήτων (Παπαϊωάννου Κ, Παππάς Β, επιμ. και μτφ.). Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 1991 (τίτλος πρωτοτύπου: *Social Skills Training Manual*).
417. Gill A. What Makes Parent Training Groups Effective. Promoting positive parenting through collaboration. Unpublished PhD Thesis, University Of Leicester, 1998.
418. Konstandinidis L, Goga Y, Lioura T, Goga D. Collaborative interviewing in mathematical analogy technique (part III): adherence to CBT and duration of treatment. *Annals of General Psychiatry* 2006, 5(Suppl 1): S75. Διαθέσιμο από: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/5/S1/S75> (πρόσβαση 18/10/2010).
419. Konstandinidis L, Lioura T, Goga D, Papanikolaou N, Nikolaidis N. Collaborative interviewing in mathematical analogy technique (Part I): socialization in cognitive behavioural therapy. *Annals of General Psychiatry* 2006, 5(Suppl 1): S273. Διαθέσιμο από: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/5/s1/s273> (πρόσβαση 18/10/2010).
420. Konstandinidis L, Lioura T, Goga Y, Goga D. Collaborative interviewing in mathematical analogy technique (part II): drop-out prediction in CBT. *Annals of General Psychiatry* 2006, 5(Suppl 1): S74. Διαθέσιμο από: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1744-859X-5-S1-S74.pdf> (πρόσβαση 18/10/2010).
421. Herbert M. Η κακή συμπεριφορά (Μοραΐτη Γ, Μτφ.). Σειρά: Αντιμετώπιση προβλημάτων παιδιού και εφήβου (Παπαδιώτη-Παπαθανασίου Β, Υπευθ. Σειράς). Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998 (τίτλος πρωτοτύπου: *Banishing bad behaviour: Helping parents cope with a child's conduct disorder*).
422. Herbert M. Οι καβγάδες των παιδιών (Τσοβίλη Θ, Μτφ.). Σειρά: Αντιμετώπιση προβλημάτων παιδιού και εφήβου (Παπαδιώτη-Παπαθανασίου Β, Υπευθ. Σειράς). Ελληνικά Γράμματα,

- Αθήνα, 2000 (τίτλος πρωτοτύπου: Feuding and fighting: A guide to the management of aggression and quarrelling in children).
423. Gilbert P. Ξεπερνώντας την κατάθλιψη: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές (Αγγελή Κ, Ευσταθίου Γ, Μτφ.). Σειρά: Ψυχολογική βοήθεια και αυτοεκπαίδευση (Καλαντζή-Αζίζι Α, Υπευθ. Σειράς). Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999 (τίτλος πρωτοτύπου: Overcoming depression).
424. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. The Guilford Press, New York, 2003.
425. Leahy RL, Holland SJ. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. The Guilford Press, New York, 2000.
426. D' Zurila TG. Problem Solving Therapies. In: Dobson KS, editor. Handbook of cognitive behavioural therapies. New York: The Guilford Press; 1988; 211-245
427. Bellack AS, Hersen M. Dictionary of behavior therapy techniques. Pergamon Press, New York, 1985.
428. Bellack AS, Hersen M, Kazdin AE. International handbook of behavior modification and therapy. Plenum Press, New York, 1982.
429. Kazdin AE. Behavior modification in applied settings, 3rd edition. Dorsey Press, Homewood, Illinois, 1984.
430. Kazdin AE, Wilson GT. Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies. Ballinger, Cambridge, Massachusetts, 1978.
431. Scott S. Parent training programmes. In: Rutter M, Taylor E, editors. Child and Adolescent Psychiatry, 4th Edition. Oxford: Blackwell Publishing; 2002; 949-967.
432. Καλαντζή-Αζίζι Α. Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 4^η έκδοση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1992.
433. Καλαντζή-Αζίζι Α. Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο του σχολείου: παρεμβάσεις βασισμένες στις θεωρίες της μάθησης, 4^η έκδοση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.
434. Κολιάδης ΕΑ. Θεωρίες μάθησης και εκπαιδευτική πράξη, τόμος Β. Κοινωνικογνωστικές θεωρίες. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.
435. Παπαδόπουλος ΝΓ. Ψυχολογία. Συγγραφέας, Αθήνα, 1990.
436. Pavlov IP. Condition reflexes. Oxford University Press, London, 1927.
437. Watson JB, Rayner R. Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology 1920; 3: 1-14.

438. Skinner BF. Science and human behavior. Macmillan, New York, 1953.
439. Μπουλουγούρης Γ. Θεωρία της κοινωνικής μάθησης και θεραπευτικές της εφαρμογές. Στο: Καλαντζή-Αζίζι Α, Δεγλήρης Ν (επιμ. έκδ.). Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 1992; 41-72.
440. MacNeill SL, Watson TS, Henington C, Meeks C. The effects of training parents in functional behavior assessment on problem identification, problem analysis, and intervention design. Behavior Modification 2002; 26(4): 499-515.
441. Athens ES. Token Systems Literature Review. Behavioral Parenting, University of Florida, Behavior Analysis Services Program 2003; 2(2): 1-23. Διαθέσιμο από:<http://www.behavior.org/resources/51.pdf> (πρόσβαση 29/9/2010).
442. Rogers A. Η εκπαίδευση ενηλίκων (Παπαδοπούλου ΜΚ, Τόμπρου Μ, Μτφ.). Μεταίχμιο, Αθήνα, 1999 (τίτλος πρωτοτύπου: Teaching adults).
443. Δημητρίου ΕΧ. Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας EPQ (Eysenck Personality Questionnaire): στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό, ενήλικο και παιδικό. Ψυχιατρική 1986; 23: 41-54.
444. Μουτζούκης Χ, Αδαμοπούλου Α, Γαρούφαλλος Γ, Καραστεργίου Α. Στάθμιση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire-G.H.Q.) στον ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 1990.
445. Landry SH, Smith KE, Swank PR. The importance of parenting during early childhood for school-age development. Developmental Neuropsychology 2003; 24: 559-591.
446. Hunter WM. A new paradigm for child protection: Begin at the beginning. North Carolina Medical Journal 2005; 66(5): 373-379.
447. Rutter M. Prevention of children's psychosocial disorders: myth and substance. Pediatrics 1982; 70: 883-894.
448. McLennan JD, MacMillan HL, Jamieson E. Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research-practice gap. The Canadian Medical Association Journal 2004; 171(9): 1069-1071.
449. Carpenter PJ, Morrow GR, Del Gaudio AC, Ritzler BA. Who keeps the first outpatient appointment? American Journal of Psychiatry 1981; 138: 102-105.
450. Orme DR, Boswell D. The pre-intake drop-out at a community mental health center. Community Mental Health Journal 1991; 27: 375-379.

451. Fagan AA, Brooke-Weiss B, Haggerty K, Hawkins J. Are universal parent training programs worth the investment? Findings from the community youth development study. Paper presented at the annual meeting of the American Society Of Criminology, Atlanta Marriott Marquis, Atlanta, Georgia, November 13, 2007. Διαθέσιμο από: http://www.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/2/0/0/3/5/p200356_index.html (πρόσβαση 1/11/2010).
452. Heinrichs N, Bertram H, Kuschel A, Hahlweg K. Parent recruitment and retention in a universal prevention program for child behavior and emotional problems: barriers to research and program participation, *Prevention Science* 2005; 6(4): 275-286.
453. Kazdin AE, Siegel TC, Bass D. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60(5): 733-747.
454. Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40(4): 402-408.
455. Todd S, Bromley J, Ioannou K, Harrison J, Mellor C, Taylor E, Crabtree E. Using group-based parent training interventions with parents of children with disabilities: A description of process, content and outcomes in clinical practice. *Child and Adolescent Mental Health* 2010; 15(3): 171-175.
456. Mullin E, Quigley K, Glanville B. A controlled evaluation of the impact of a parent training programme on child behaviour and mothers' general wellbeing. *Counselling Psychology Quarterly* 1994; 7(2): 167-179.
457. Ackoff RL. Does quality of life have to be quantified? *Operations Research Quarterly* 1976; 27(2): 289-303.
458. Riesch SK, Henriques J, Chanchong W. Effects of communication skills training on parents and young adolescents from extreme family types. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2003; 16(4): 162-175.
459. Dadds MR, McHugh TA. Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60(2): 252-259.
460. Davis H, Hester P. *An Independent Evaluation of Parent-Link, a parenting education programme developed by Parent Network*. London: Parent Network, 1996.

461. Felner RD, Brand S, Erwin Mulhall K, Counter B, Millman JB, Fried J. The parenting partnership: The evaluation of a human service/corporate workplace collaboration for the prevention of substance abuse and mental health problems, and the promotion of family and work adjustment. *The Journal of Primary Prevention* 1994; 15(2): 123-146.
462. Greaves D. The effect of rational-emotive parent education on the stress of mothers of children with Down Syndrome. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 1997; 15(4): 249-267.
463. McBride BA. Parental support programs and paternal stress: An exploratory study. *Early Childhood Research Quarterly* 1991; 6: 137-149.
464. Menta M, Ito K, Okuma H, Nakano T, Jinnouchi S, Onsen M, Fukuda K, Yamagami T. Development and outcome of the Hizen parenting skills program for mothers of children with mental retardation. *Japanese Journal of Behavior Therapy* 1995; 21(1): 25-38.
465. Nicholson B, Anderson M, Fox R, Brenner V. One family at a time: a prevention program for at-risk parents. *Journal of Counseling & Development* 2002; 80(3): 362-371.
466. Scott MJ, Stradling SG. Evaluation of a group programme for parents of problem children. *Behavioral Psychotherapy* 1987; 15: 224-239.
467. Whipple EE, Wilson SR. Evaluation of a parent education and support program for families at risk of physical child abuse. *Families in Society* 1996;77(4):227-239.
468. Gammon EA, Rose SD. The coping skills training program for parents of children with developmental disabilities: an experimental evaluation. *Research on Social Work Practice* 1991; 1(3): 244-256.
469. Fox RA, Fox TA, Anderson RC. Measuring the effectiveness of the Star Parenting Program with parents of young children. *Psychological Reports* 1991; 68: 35-40.
470. Barth RP, Blythe BJ, Schinke SP, Schilling RF. Self-control training with maltreating parents. *Child Welfare* 1983; 62(4): 313-324.
471. Fetsch RJ, Schultz CJ, Wahler JJ. A preliminary evaluation of the Colorado RETHINK Parenting and Anger Management program. *Child-Abuse-Negl* 1999; 23(4): 353-360.
472. Fogarty G. Using the Personal Orientation Inventory to measure change in student self-aactualisation. *Personality and Individual Differences* 1994; 17(3): 435-439.
473. Maslow A. *Motivation and personality*. Harper, New York, 1954.
474. Tully L. *Early intervention strategies for children and young people aged 8 to 14 years*. Centre for Parenting and Research, NSW Department of Community Services, Sydney, 2007.

Διαθέσιμο από: http://www.community.nsw.gov.au/docswr/_assets/main/documents/research_ei_strategies_note.pdf (πρόσβαση 28/10/2010).