

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΟΥ
ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΑΝΤΕΛΗ Δ. ΘΕΟΔΩΡΑ – ΕΥΤΕΡΠΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ- ΜΠΕΚΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΟΥ
ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ:

ΜΑΝΤΕΛΗ Δ. ΘΕΟΔΩΡΑ
– ΕΥΤΕΡΠΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ- ΜΠΕΚΟΥ
ΜΑΡΙΑ

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Λογοθεραπεία από το
Τμήμα Λογοθεραπείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

Ευχαριστίες....

Ευχαριστώ πολύ την Καθηγήτριά μου Θεοδωράτου- Μπέκου Μαρία που δέχτηκε να αναλάβει την εποπτεία της πτυχιακής μου εργασίας και μου έδωσε την ευκαιρία να διερευνήσω ένα θέμα που με ενδιαφέρει πολύ.

Σημαντική βοήθεια μου προσέφεραν τα θεραπευτικά κέντρα που συνεργάζομαι επαγγελματικά και μου επέτρεψαν να γίνει η χορήγηση των ερωτηματολογίων σε γονείς θεραπευόμενων τους.

Θα ήθελα, τέλος, να ευχαριστήσω τους γονείς, την αδερφή και τους φίλους μου, που σε κάθε βήμα αυτής της προσπάθειας ήταν κοντά μου, μοιράστηκαν την αγωνία μου και με στήριξαν σε δύσκολες στιγμές.

Αισθάνομαι πραγματικά απέραντη ευγνωμοσύνη προς όλους αυτούς τους ανθρώπους που η παρουσία και η βοήθεια τους υπήρξαν σημαντικές και πολύτιμες. Εύχομαι η μελέτη αυτή να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις που οι καθηγητές μου έχουν από εμένα και εγώ από τον εαυτό μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σέλ.

Περίληψη	
Εισαγωγή	
1. Η οικογένεια	5
1.1 Ορισμός της οικογένειας	5
1.2. Οι οικογένειες παιδιών με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες	8
1.2.1. Οι αντιδράσεις των γονέων απέναντι στις δυσκολίες του παιδιού τους.....	8
1.2.2. Επιδράσεις των ατόμων με δυσκολίες στις οικογένειες τους.....	14
1.2.3.Οικογένειες υπό την επήρεια άγχους, «οικογένεια σε κρίση»	17
1.2.4.Μοντέλο ABCX	18
1.2.5. Οι πατέρες παιδιών με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες.....	19
1.2.6.Αδέλφια παιδιών με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες	19
1.3. Ο ρόλος του θεραπευτή – επαγγελματία όσον αφορά στους γονείς παιδιών με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες	21
1.3.1.Οικογονιοκεντρική παρέμβαση.....	21
1.3.2.Επίδραση του επαγγελματία στην οικογένεια	22
1.3.3. Ανακοινώνοντας τη διάγνωση.....	25
1.3.3.1.Η αντίδραση των γονέων και οι αποφάσεις τους στο αρχικό στάδιο.....	25
1.3.3.2.Η αντίδραση των γονέων και οι αποφάσεις τους στο επόμενο στάδιο	27
1.3.3.3.Μεταγενέστερες συναισθηματικές αντιδράσεις γονέων και Επαγγελματιών	28
1.3.3.4.Χειρισμός των αρνητικών συναισθημάτων	29
1.3.3.5.Αντιμέτωπιση συναισθημάτων του γονέα από την πλευρά του Επαγγελματία	30
1.3.3.6.«Αντανακλώντας» τις αντιδράσεις του γονέα.....	31
1.3.3.7.Αποκαθιστώντας την ισορροπία: οι θετικές αντιδράσεις.....	32
1.3.3.8. Επικοινωνία γονέων και επαγγελματιών	34
1.3.3.9.Άλλες δυσκολίες στη συνεργασία	40
1.4. Διαχείριση (COPING	41
1.4.1. Εισαγωγικά για την διαχείριση.....	41
1.4.2. Γνωστικές προσεγγίσεις για το άγχος.....	42

1.4.2. α) Η Εκτίμηση	44
1.4.2.β) Η Διαχείριση	45
1.4.3. Στρατηγικές διαχείρισης.....	45
1.4.4. Ταξινόμηση – είδη στρατηγικών διαχείρισης	47
1.4.5. Παράγοντες που συνδέονται με τα είδη στρατηγικών διαχείρισης	48
1.4.6. Μηχανισμοί άμυνας.....	49
1.4.7. Σχέση διαχείρισης με μηχανισμούς άμυνας	52
1.4.8. Αποτελεσματικότητα στρατηγικών διαχείρισης.....	54
1.5. Στρατηγικές διαχείρισης γονέων των παιδιών με δυσκολίες	56
1.5.1. Το Μοντέλο της Αντιμετώπισης του Άγχους	56
1.5.2. Ανθεκτικότητα και διαχείριση (προσαρμογή)	57
2. Μέθοδος.....	58
2.1. Εισαγωγή	58
2.2. Διαδικασία συλλογής των δεδομένων	60
2.3. Δείγμα	61
2.4. Εργαλεία συλλογής δεδομένων	66
2.4.1. Κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση (E.T.C.....	67
2.4.2. Παρουσίαση των τομέων, των στρατηγικών και των διαστάσεων	68
2.4.2. Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης.....	73
2.5. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού υποκειμένων	73
2.6. Περιορισμοί της έρευνας.....	74
2.7. Ζητήματα βιοηθικής	74
2.8. Στατιστική μεθοδολογία	74
3. Ευρήματα.....	76
3.1. Επιπλέον κατηγορίες	76
3.1.1. Μεβάση την Κλίμακα της Τουλούζης.....	76
3.1.2. Με βάση το ερωτηματολόγιο της Κατάθλιψης	76
3.2. α) Στοιχεία σχετικά με τις στρατηγικές.....	77
3.2. β) Ανάλυση αποτελεσμάτων με βάση τα στοιχεία σχετικά με τις στρατηγικές..	90
3.3. Έλεγχος αξιοπιστίας- εσωτερικής συνάφειας της Κλίμακας της Τουλούζης	92
3.4.1. Συσχετίσεις με t-test	94
3.4.1.α) Συσχέτιση των δεικτών και του φύλου των ερωτηθέντων.....	94
3.4.1. β) Συσχέτιση των δεικτών και του φύλου των παιδιών των ερωτηθέντων	99
3.4.1. γ) Συσχέτιση των δεικτών και την ύπαρξη δεύτερου παιδιού σε θεραπεία ...	101

3.4.2. Συσχετίσεις με t-test, κατά ζεύγη συγκρίσεις των μέσων των δεικτών.....	105
3.4.2. α) Συσχέτιση των δεικτών και του Μορφωτικού επιπέδου των γονέων	105
3.4.2. β) Συσχέτιση των δεικτών και της Επαγγελματικής κατάστασης των γονέων.....	105
3.4.2. γ) Συσχέτιση των δεικτών και της Οικογενειακής κατάστασης των γονέων	106
3.4. δ) Συσχέτιση των δεικτών και την Χρονική διάρκεια απο την έναρξη της Θεραπείας.....	106
3.4.2. ε) Συσχέτιση των δεικτών και των κατηγοριών Κατάθλιψης	107
3.4.2. στ) Συσχέτιση των δεικτών και των δηλωθέντων Δύσκολων καταστάσεων.....	108
3.4.3. Ανάλυση συσχετίσεων.....	113
3.4.3.1.α) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και του φύλου των ερωτηθέντων	113
3.4.3.1. β) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και του φύλου των παιδιών των ερωτηθέντων.....	113
3.4.3.1. γ) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και την ύπαρξη δεύτερου παιδιού σε θεραπεία.....	114
3.4.3.2. α) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και του Μορφωτικού επιπέδου των γονέων.....	114
3.4.3.2. β) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και της Επαγγελματικής κατάστασης των γονέων.....	114
3.4.3.2. γ) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και της Οικογενειακής κατάστασης των γονέων.....	114
3.4. δ) Συσχέτιση των δεικτών και την Χρονική διάρκεια απο την έναρξη της Θεραπείας.....	115
3.4.3.2. ε) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και των κατηγοριών Κατάθλιψης	116
3.4.3.2. στ) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και των δηλωθέντων Δύσκολων καταστάσεων	118
3.5.1. Συσχετίσεις με τον συντελεστή Pearson (r).....	121
3.5.1. α) Συσχέτιση των δεικτών και της ηλικίας γονέων	121
3.5. β) Συσχέτιση των δεικτών και της ηλικίας του παιδιού σε θεραπεία.....	122
3.5. γ) Συσχέτιση των δεικτών και τον αριθμό των παιδιών	122
3.5. δ) Συσχέτιση των δεικτών και τον/τους λόγος/ους θεραπείας	123
3.5. ε) Συσχέτιση των δεικτών και τον αριθμό των θεραπειών.....	123
3.5. στ) Συσχέτιση των δεικτών και του συνολικού σκόρ Κατάθλιψης.....	124
3.5.2. Ανάλυση συσχετίσεων με τον συντελεστή Pearson (r)	127
3.5.2. α) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και της ηλικίας γονέων.....	127

3.5.2. β) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και της ηλικίας του παιδιού σε θεραπεία	128
3.5.2. γ) Ανάλυση συσχέτιση των δεικτών και τον αριθμό των παιδιών	128
3.5.2. δ) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και τον/τους λόγος/ους θεραπείας	128
3.5.2. ε) Συσχέτιση των δεικτών και τον αριθμό των θεραπειών	128
3.5.2. στ) Συσχέτιση των δεικτών και του συνολικού σκόρ Κατάθλιψης.....	128
4. Συμπεράσματα- συζήτηση.....	130
Βιβλιογραφία	135
Παράρτημα	147

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η προσέγγιση στη σχέση οικογένειας-επαγγελματία που κυριαρχεί στην οικογενειοκεντρική παρέμβαση είναι η συνεταιριστική, θεωρώντας οικογένεια και επαγγελματία ως ισότιμους συνεταίρους οι οποίοι εργάζονται ως ομάδα με κοινούς καθορισμένους στόχους (Collins & Collins, 1990 · Friesen & Koroloff, 1990 · McGonigel, 1991 · Roberts & Magrab, 1991 · Thurman, 1991). Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των στρατηγικών διαχείρισης γονέων των οποίων κάποιο παιδί βρίσκεται σε λογοθεραπευτική παρέμβαση. Όσον αφορά στα εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν η Κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση (E.T.C.) (Esparbes et al., 1993) και το BDI του Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Τα ευρήματα συμφωνούν ως επί των πλείστον με τις σύγχρονες έρευνες όπου αποδεικνύουν την σημαντικότητα της κατανόησης των αναγκών των γονιών για πληροφόρηση, συνεργασία και στήριξη, αφού ο τομέας της Πληροφόρησης και της Δράσης, αλλά και η στρατηγική της Κοινωνικής Στήριξης, έδειξαν τα πιο σημαντικά στατιστικά δεδομένα. Επομένως, ο ενισχύεται ο συμβουλευτικός ρόλος του θεραπευτή αλλά και η αναγκαιότητα για συνεργασία με την οικογένεια.

Λέξεις- κλειδιά: στρατηγικές διαχείρισης γονέων, κλίμακα Τουλούζης, κατάθλιψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικογένεια ασκεί την πιο δυνατή, αλλά και την πιο μακρόχρονη επίδραση στη ζωή ενός παιδιού. Μέσα στην οικογένεια μεγαλώνει, αναπτύσσεται, μαθαίνει και καλύπτει όλες του τις ανάγκες. Η φροντίδα ενός παιδιού με κάποιες δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες αποφέρει από τη μια ψυχική και συναισθηματική ανταμοιβή και από την άλλη συνεπάγεται ευθύνες, υποχρεώσεις, κούραση και άγχη (Lustig, 2002). Τα άτομα με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες και αναπηρίες έχουν αυξημένες απαιτήσεις και ανάγκες σε φυσικό και συναισθηματικό επίπεδο ακόμη και για τις καθημερινές τους δραστηριότητες, που έχουν διάρκεια χρόνου (Bulboz & Whiren, 1984). Οι γονείς των ατόμων με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες και αναπηρίες πέρα από τις υποχρεώσεις που συνεπάγεται η ανατροφή ενός παιδιού, έχουν επιπλέον να αντιμετωπίσουν και άλλες καταστάσεις, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι πρωτόγνωρες. Πρώτα από όλα, χρειάζεται να προσαρμοστούν στην χρόνια κατάσταση του παιδιού τους, τόσο σε πρακτικό επίπεδο κάνοντας αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, στους ρόλους τους, στο πρόγραμμά τους, όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο ξεπερνώντας τα αρχικά συναισθήματα θλίψης, το σοκ και τις ενοχές και αλλάζοντας τις προσδοκίες και τα όνειρά τους (Lustig, 2002). Έπειτα, χρειάζεται να αναζητήσουν βοήθεια και ενημέρωση, να εξασφαλίσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες για το παιδί, να βρουν κατάλληλες δομές για τη φροντίδα της υγείας του, την εκπαίδευσή του, να οργανώσουν την καθημερινότητά τους και να προγραμματίσουν το μέλλον της οικογένειάς τους (Πολεμικός & Τσιμπιδάκη, 2002).

Οι γονείς σε συνεντεύξεις τους αναφέρουν ότι από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι η σωματική και συναισθηματική κούραση, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου για τον εαυτό τους, οι οικονομικές δυσκολίες, η έλλειψη σωστής ενημέρωσης για τις διαθέσιμες υπηρεσίες για το παιδί τους και για τους ίδιους, τα προβλήματα υγείας του παιδιού τους και η εύρεση δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας για όλη την οικογένεια (Heiman, 2002). Επίσης, ανησυχούν μελλοντικά για την κοινωνική ενσωμάτωση του παιδιού με δυσκολίες ή αναπηρία, την εκπαίδευσή του, την αυτόνομη διαβίωση και ανεξαρτητοποίησή του, την εργασιακή του αποκατάσταση, καθώς και για την ανάπτυξη των άλλων τους παιδιών (Heiman, 2002· Lustig, 2002).

Όλα αυτά προκαλούν συναισθήματα άγχους και εξουθένωσης στους γονείς. Πηγές άγχους μπορεί να είναι οι δυσκολίες φροντίδας του παιδιού, το αίσθημα

ανεπάρκειας που νιώθουν οι γονείς σχετικά με το γονεϊκό τους ρόλο, η μη αναστρεψιμότητα της κατάστασης του παιδιού, η διάψευση των προσδοκιών τους για την ανάπτυξή του (Roach, Orsmond & Barratt, 1999) και τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού (Rentinck, Ketelaar, Jongmans & Gorter, 2007).

Όπως φαίνεται η οικογένεια που μεγαλώνει παιδί με δυσκολίες ή αναπηρίες έχει να καλύψει αυξημένες και πολλές ανάγκες. Το μέγεθος και το είδος των οποίων είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, όπως τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μελών της (γονιών, παιδιών), η πολιτιστική/ πολιτισμική/ θρησκευτική της ταυτότητα, η ιδεολογία και οι αξίες της (Bailey, Skinner, Correa, Arcia, Reyes-Blanes, Rodriguez, Vázquez-Montilla & Skinner, 1999· Lefley, 1997· Seligman & Darling, 1997). Αυτή η συνεχής αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και ατόμου στη διάρκεια του χρόνου έχει γίνει κατανοητή από τους σύγχρονους ερευνητές, οι οποίοι όταν αξιολογούν τις ανάγκες των οικογενειών λαμβάνουν υπόψη τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ περιβαλλοντικών και ατομικών παραγόντων, όπως επίσης και τη διάσταση του χρόνου (Sontag, 1996).

Έτσι, σε προηγούμενες έρευνες έχουν μελετηθεί ως παράγοντες που επηρεάζουν τις οικογενειακές ανάγκες τόσο οι μεταβλητές των γονέων (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, τόπος διαμονής, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, ώρες εργασίας) όσο και οι μεταβλητές των παιδιών (φύλο, ηλικία, διάγνωση, είδος αναπηρίας, σοβαρότητα κατάστασης, αν παρακολουθούν προγράμματα πρώιμης παρέμβασης ή όχι, πού φοιτούν). Τα αποτελέσματα πολλές φορές είναι αντιφατικά, αλλά αυτό σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στη διαφορετική μεθοδολογία που χρησιμοποιούν οι ερευνητές (διαφορετικά εργαλεία αξιολόγησης των αναγκών, ομαδοποίηση του δείγματος με διαφορετικό τρόπο). Για παράδειγμα σε έρευνες που έχει βρεθεί ότι η ηλικία των παιδιών δεν επηρεάζει τις ανάγκες (Bailey et al., 1999· Reyes-Blanes, Correa & Bailey, 1999) το δείγμα αποτελούνταν μόνο από βρέφη και παιδιά προσχολικής ηλικίας. Ενώ σε έρευνες που έχουν βρει διαφορές που οφείλονται στην ηλικία των παιδιών (Ellis, Luiselli, Amirault, Byrne, O'Malley-Cannon, Taras, Wolongevicz & Sisson, 2002) το δείγμα τους περιλάμβανε εκτός από παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους.

Παρόλες τις διαφορές όμως υπάρχει κάτι που αναφέρεται σε όλες τις έρευνες, είναι η ανάγκη των γονέων για πληροφόρηση. Οι γονείς πιο πολύ από όλα χρειάζονται να ενημερωθούν για τις δυσκολίες ή αναπηρία του παιδιού τους, να πληροφορηθούν

για τις διαθέσιμες υπηρεσίες που χρειάζεται τώρα και που θα χρειαστεί στο μέλλον, να μάθουν τρόπους να επικοινωνούν με το παιδί τους και να μάθουν να χειρίζονται τη συμπεριφορά του (Bailey et al., 1999· Burton-Smith, McVilly, Yazbeck, Parmenter & Tsutsui, 2009· Farmer, Marien, Clark, Sherman & Selva, 2004· Granlund & Roll-Pettersson, 2001· Perrin, Lewkowicz & Young, 2000).

Είναι σημαντικό για τους γονείς και τα παιδιά με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες να καλύπτονται οι ανάγκες τους και να τους παρέχεται στήριξη και βοήθεια τόσο σε υλικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της καθημερινής τους οικογενειακής ζωής. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα η ικανοποίηση των αναγκών των οικογενειών ατόμων με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες φαίνεται ότι συνδέεται πολύ στενά με την παροχή κοινωνικής υποστήριξης προς αυτές. Οι οικογένειες ανταπεξέρχονται καλύτερα στις δύσκολες καταστάσεις όταν υπάρχουν υπηρεσίες, που παρέχουν την κατάλληλη στήριξη (Callias, 1992). Αυτό καταδεικνύεται και από τα ερευνητικά δεδομένα. Όταν υπάρχει μεγάλη υποστήριξη, ο αριθμός των αναγκών που αναφέρονται από τους γονείς μειώνεται, ενώ αντίθετα μεγάλος αριθμός αναγκών συνεπάγεται λίγες πηγές υποστήριξης (Bailey et al., 1999· Darling & Gallagher, 2004· Reyes-Blanes, Correa, & Bailey, 1999).

Πηγές κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να είναι τα άλλα μέλη της οικογένειας (συνήθως ο σύζυγος), οι συγγενείς, οι φίλοι, οι συνάδελφοι από τη δουλειά, οι γείτονες, διάφοροι σύλλογοι και φορείς της ευρύτερης κοινότητας (Taylor, 2007). Φαίνεται πως σημαντικότερη πηγή βοήθειας αποτελεί η οικογένεια, ύστερα οι συγγενείς, οι φίλοι και τα ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας, όπως η εκκλησία (Seligman & Darling, 1997). Επίσης, φαίνεται ότι οι οικογένειες ατόμων με δυσκολίες ή αναπηρίες καταφεύγουν πιο συχνά στο κρατικό σύστημα υγείας για την εξυπηρέτηση των αναγκών τους και εξαρτώνται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις δημόσιες υπηρεσίες σε σχέση με τις οικογένειες τυπικών παιδιών (Stoneman, 1997). Αυτή η επιθυμία των γονιών να αποκτήσουν τα απαραίτητα μέσα και να εξασφαλίσουν τις υπηρεσίες και τη βοήθεια προκειμένου να ικανοποιήσουν τους σκοπούς τους έγινε αντιληπτή από τους ερευνητές και τους επαγγελματίες του χώρου. Για αυτό οι υπηρεσίες που παρέχονται και τα προγράμματα παρέμβασης λαμβάνουν υπόψη και την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον που ζει το παιδί με δυσκολίες ή αναπηρίες.

Έγινε κατανοητό πως για να στηρίξουμε το άτομο με δυσκολίες ή αναπηρίες χρειάζεται πρωτίστως να στηρίξουμε τους γονείς του και την οικογένειά του και να τους δούμε ως σύνολο, ως μια μονάδα.

1. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

1.1 Ορισμός της οικογένειας

Η έννοια της οικογένειας περιγράφεται με σύντομο και περιεκτικό τρόπο ως εξής: «Η οικογένεια είναι κάτι πολύ περισσότερο από ένα σύνολο ατόμων που μοιράζονται ένα φυσικό και ψυχολογικό χώρο. Είναι ένα φυσικό, κοινωνικό σύστημα με τα δικά του χαρακτηριστικά και τις δικές του ιδιότητες. Κάθε οικογένεια αναπτύσσει ένα σύνολο κανόνων, διαθέτει οργανωμένη δομή εξουσίας, αναθέτει ρόλους στα μέλη της και αναπτύσσει πολύπλοκους τρόπους (φανερούς και κρυφούς) για να επικοινωνεί και να επιλύει τα προβλήματα της. Οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας είναι βαθιές, πολυεπίπεδες και βασίζονται στην κοινή ιστορία, στις κοινές αντιλήψεις και υποθέσεις για τον κόσμο, καθώς και σε μια κοινή αίσθηση του στόχου» (Goldenberg & Goldenberg, 2005). Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η οικογένεια αποτελεί ένα μικρό κοινωνικό σύστημα, που έχει τη δική του δομή και τα δικά του υποσυστήματα. Η δομή αναφέρεται στον αριθμό, στους ρόλους και στις θέσεις των μελών της οικογένειας, π.χ. πατέρας, μητέρα, παιδιά (Γεώργας, 2000). Τα υποσυστήματα κάθε οικογένειας αποτελούνται από τα ίδια τα μέλη της. Τέτοια υποσυστήματα είναι για παράδειγμα οι δυάδες μεταξύ των συζύγων, μεταξύ του ενός γονιού και του παιδιού ή μεταξύ των αδελφών κ.λπ. Κάθε υποσύστημα έχει τους δικούς του ρόλους και λειτουργίες που εκτελούνται από τα μέλη του (Minuchin, 2000). Ως λειτουργίες ορίζονται οι τρόποι με τους οποίους η οικογένεια ικανοποιεί τις φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες των μελών της και εξασφαλίζει την επιβίωση της. Ορισμένες από αυτές τις λειτουργίες είναι η επικοινωνία, η συνεργασία και η αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των μελών (Γεώργας, 2000), επίσης η κάλυψη των οικονομικών αναγκών, η καθημερινή φροντίδα του σπιτιού κ.λπ. Πέρα από αυτές τις ομοιότητες παρατηρούνται και διαφορές μεταξύ των οικογενειακών λειτουργιών, οι οποίες αφορούν κυρίως την προτεραιότητα εκπλήρωσή τους, τον καταμερισμό των εργασιών και την ανάληψη ευθυνών από τα διάφορα μέλη (Seligman & Darling, 1997). Αυτές οι λειτουργίες φαίνεται να έχουν ξεχωριστή υπόσταση, ωστόσο αλληλεπιδρούν με πολλούς τρόπους μεταξύ τους και για αυτό μια διάσταση μπορεί να επηρεάσει τις άλλες. Για παράδειγμα, τα οικονομικά προβλήματα δημιουργούν στρες και άγχος στους γονείς, γεγονός που μειώνει τη διάθεση για ψυχαγωγικές δραστηριότητες με τα παιδιά τους και διαταράσσονται έτσι οι σχέσεις μεταξύ τους.

Ένα άλλο στοιχείο της οικογένειας είναι ότι μεταξύ τόσο των μελών της και όσο των υποσυστημάτων της αναπτύσσονται πολύπλοκα σχήματα αλληλεπιδράσεων, τα οποία δεν έχουν γραμμική μορφή, αλλά κυκλική. Μια αλλαγή σε ένα υποσύστημα π.χ. πατέρα-παιδιού θα προκαλέσει αλλαγές σε όλα τα υποσυστήματα της οικογένειας. Με άλλα λόγια, οποιεσδήποτε μεταβολές στη δομή της οικογένειας συμβάλλουν σε αλλαγές στη συμπεριφορά και τις εσωτερικές διεργασίες των μελών της, αλλά και οποιαδήποτε αλλαγή σε κάποιο από τα μέλη της επιφέρει μεταβολές σε όλο το οικογενειακό σύστημα (Minuchin, 2000). Αυτές οι αλληλεπιδράσεις συχνά επαναλαμβάνονται μέσα στην οικογένεια και έτσι δημιουργούνται μοτίβα σχέσεων, τα οποία προσδίδουν στην οικογένεια το ιδιαίτερο στυλ της. Τα μοτίβα των σχέσεων έχουν τη βάση τους στις κοινές αντιλήψεις, τα αισθήματα, τις στάσεις και την κουλτούρα που μοιράζονται τα μέλη της. Όλα αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά επιτρέπουν στην οικογένεια να λειτουργεί ως όλον, ως μια ενότητα, προκειμένου να καταφέρει να εκπληρώσει τους διάφορους σκοπούς της (Jacques, 1998).

Ενώ λοιπόν φαινομενικά τουλάχιστον υπάρχει κάποια ομοιογένεια μεταξύ των οικογενειών, ωστόσο οι διαφοροποιήσεις είναι πολλές και καθεμιά αποτελεί ξεχωριστή οντότητα. Οι παράγοντες που διαφοροποιούν τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας είναι το μέγεθος της (από πόσα μέλη αποτελείται), η μορφή της (μονογονεϊκή, πυρηνική), τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των μελών της (π.χ. οι ηλικίες τους, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο), η εθνικότητα, τα πολιτισμικά και θρησκευτικά στοιχεία και οι γενικότερες αντιλήψεις, αξίες και στάσεις (Seligman & Darling, 1997).

Το άτομο ζει και αναπτύσσεται στην οικογένεια, αλλά και η οικογένεια με τη σειρά της εξελίσσεται και αλληλεπιδρά μέσα σε άλλα συστήματα, όπως είναι η γειτονιά, η τοπική κοινωνία κ.λπ. Ο Bronfenbrenner υπήρξε από τους πρώτους που οριοθέτησε την ανάπτυξη του ατόμου και της οικογένειας μέσα σε ένα κοινωνικό οικολογικό πλαίσιο.

Το περιβάλλον αποτελείται από δομές, που είναι διευθετημένες έτσι ώστε καθεμιά να περιέχεται μέσα στην επόμενη. Το μικροσύστημα είναι η πρώτη δομή και αντανακλά τις σχέσεις ανάμεσα στο άτομο και το άμεσο πλαίσιο που το περιβάλλει, όπως είναι το σπίτι, το σχολείο και ο χώρος εργασίας. Η οικογένεια από μόνη της αποτελεί ένα μικροσύστημα και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της τα υποσυστήματα της. Η δεύτερη δομή είναι το μεσοσύστημα, που περιλαμβάνει τις αλληλεπιδράσεις

μεταξύ των διαφορετικών πλαισίων στα οποία βρίσκεται το άτομο κατά τη διάρκεια διαφορετικών φάσεων της ανάπτυξης. Είναι ένα σύστημα μικροσυστημάτων. Η οικογένεια λειτουργεί και αναπτύσσεται μέσα σε ένα μεσοσύστημα, που μπορεί να το απαρτίζουν οι επαγγελματίες υγείας, οι συγγενείς, οι φίλοι, οι συνάδελφοι από τη δουλειά, άλλοι γονείς, γείτονες κ.λπ. Η τρίτη δομή είναι το εξωσύστημα, το οποίο αποτελεί προέκταση του μεσοσυστήματος, αφού περιλαμβάνει κοινωνικές δομές τυπικές και άτυπες, που δεν περιέχουν άμεσα το άτομο, αλλά ασκούν επίδραση στην ανάπτυξή του. Μπορεί να είναι η γειτονιά, οι σύλλογοι, το περιβάλλον της δουλειάς, τα μέσα μεταφοράς, η κοινωνική πρόνοια, η εκπαίδευση κ.λπ. Τέλος, το μακροσύστημα περιλαμβάνει όλα τα κοινωνικά, πολιτικά, πολιτιστικά, θρησκευτικά, εκπαιδευτικά, οικονομικά και νομικά συστήματα των οποίων συγκεκριμένες εκφάνσεις αποτελούν τα μικρο, μέσο και έξω συστήματα (Bronfenbrenner, 1977).

Βασική αρχή του οικολογικού μοντέλου είναι ότι οποιαδήποτε μεταβολή σε κάποιο από τα συστήματα του οικολογικού περιβάλλοντος επηρεάζει και όλα τα υποσυστήματα του (ή τα περιβάλλοντα με τα οποία συνδέεται) και αυτό δημιουργεί την ανάγκη στο σύστημα να προσαρμοστεί. Η οικογένεια, με άλλα λόγια, θεωρείται ως ένα σύστημα ενσωματωμένο σε άλλα κοινωνικά συστήματα, μέσα στα οποία αναπτύσσεται και τα οποία της παρέχουν τους αναγκαίους πόρους και τα μέσα για να επιβιώσει. Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει πως το άτομο ή και η οικογένεια μπορεί να επηρεαστεί από γεγονότα που συμβαίνουν σε άλλα πλαίσια ή περιβάλλοντα -με τα οποία συνδέεται- χωρίς το ίδιο να είναι παρόν (Seligman & Darling, 1997).

Με αυτό το μοντέλο ουσιαστικά περιγράφονται οι εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις ενδοοικογενειακές διαδικασίες και την ικανότητα της οικογένειας να προωθήσει την υγιή ανάπτυξη των μελών της. Συνεπώς, παράγοντες όπως η εργασιακή κατάσταση των γονέων, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το οικογενειακό εισόδημα, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινότητας στην οποία ζουν, επηρεάζουν τις λειτουργίες της οικογένειας και των μελών της και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη (Bronfenbrenner, 1986).

1.2. Οι οικογένειες παιδιών με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες

Στη δεκαετία του 1980 η οικολογική προσέγγιση του Bronfenbrenner σε συνδυασμό με την ανάπτυξη των προγραμμάτων πρόωμης παρέμβασης που απαιτούν την εμπλοκή των γονέων για την επιτυχία τους έστρεψε το ενδιαφέρον των ερευνητών στην ελλιπή παροχή υπηρεσιών και στις ανικανοποίητες ανάγκες των οικογενειών ως αιτία του άγχους. Δίνεται περισσότερο έμφαση στα προβλήματα υλικής και πρακτικής φύσεως που βιώνουν οι οικογένειες ατόμων με αναπηρίες και προτείνονται τρόποι για την καλύτερη οργάνωση των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών. Αυτού του είδους οι έρευνες έκαναν εμφανές ότι δεν υπάρχει ομοιογένεια μεταξύ αυτών των οικογενειών, ότι υπάρχουν διαφορετικές ανάγκες και για αυτό καθεμιά θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή και μοναδική (Byrne & Cunningham, 1985).

Επιπλέον, προς τα τέλη της δεκαετίας του 1980 οι ερευνητές αρχίζουν να αντιλαμβάνονται ότι υπάρχουν οικογένειες που προσαρμόζονται καλά, είναι λειτουργικές και αντιμετωπίζουν το άγχος με θετικό τρόπο. Έτσι, διερευνούν τους παράγοντες που συντελούν ως προς αυτό και εστιάζουν στα μέσα και στους τρόπους που χρησιμοποιούν οι οικογένειες, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις δύσκολες απαιτήσεις που προκύπτουν από την ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία (Lustig, 2002). Λαμβάνουν υπόψη τη δομή της οικογένειας, τις σχέσεις μεταξύ των μελών της και τα υλικά, ψυχολογικά και κοινωνικά μέσα που διαθέτουν (Byrne & Cunningham, 1985).

1.2.1. Οι αντιδράσεις των γονέων απέναντι στις δυσκολίες του παιδιού τους

Η αντίδραση των γονιών στην ανακοίνωση ότι το παιδί τους έχει δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες ποικίλει και αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία διάγνωσης, η σοβαρότητα της κατάστασης, η δυνατότητα για θεραπευτική αντιμετώπιση, η ύπαρξη κληρονομικότητας, η υποστήριξη που έχουν οι γονείς από την ευρύτερη οικογένεια κ.λπ. (Ζερβάκη-Σμυρναίου, 1994). Έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες και μοντέλα που προσπαθούν να εξηγήσουν και να προβλέψουν αυτές τις αντιδράσεις των γονιών. Σε αυτήν την εργασία θα περιγραφούν εν συντομία όσα θεωρητικά μοντέλα αναφέρονται πιο συχνά στη βιβλιογραφία.

Υπάρχει ένα σύνολο μοντέλων, τα οποία θεωρούν ότι η προσαρμογή των

γονιών στις δυσκολίες, τις ειδικές ανάγκες ή την αναπηρία του παιδιού τους συντελείται μέσα από μια σειρά σταδίων, παρόμοια με αυτά που είχαν περιγραφεί από την Kübler-Ross (1997) στο κλασικό μοντέλο πένθους. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η διεργασία που βιώνει το άτομο που πορεύεται προς το θάνατο χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια: α) το στάδιο της άρνησης (denial), β) το στάδιο του θυμού (anger), γ) το στάδιο της διαπραγμάτευσης (bargaining), δ) το στάδιο της κατάθλιψης (depression) και ε) το στάδιο της αποδοχής (acceptance). Τα προαναφερθέντα στάδια δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, συχνά συνυπάρχουν ή και επανεμφανίζονται. Ουσιαστικά η Kübler-Ross ισχυρίζεται ότι το άτομο που πεθαίνει βιώνει μια έντονη αγχογόνο κατάσταση, η οποία του προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, που προσπαθεί να διαχειριστεί χρησιμοποιώντας διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Παπαδάτου, 1999).

Επηρεασμένοι από το παραπάνω μοντέλο μια μεγάλη μερίδα ερευνητών (Bristor, 1984· Drotar, Baskiewicz, Irvin, Kennell & Klaus, 1975· Fortier & Wanlass, 1984) υποστήριξαν ότι η διάγνωση ενός παιδιού με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες σηματοδοτεί την εμφάνιση μιας οικογενειακής κρίσης, που χαρακτηρίζεται από μια σειρά σταδίων. Ο αριθμός και η ονομασία των σταδίων ποικίλλουν, όμως το κοινό είναι ότι από όλους προτείνεται ως τελικό στάδιο η αποδοχή της αναπηρίας του παιδιού, η ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων από την πλευρά των γονιών και η προσαρμογή στις νέες προκλήσεις. Πιο συγκεκριμένα, ο Drotar και οι συνεργάτες του (1975) περιγράφουν πέντε στάδια γονικών αντιδράσεων, τα οποία προέκυψαν από τις συνεντεύξεις με τους γονείς παιδιών με κληρονομικές διαταραχές ηλικίας επτά ημερών έως πέντε χρονών. Αρχικά, οι γονείς βιώνουν ένα σοκ (shock), καθώς περίμεναν ένα φυσιολογικό μωρό. Ακολουθεί μια περίοδος άρνησης (denial), όπου οι γονείς δεν δέχονται τη διάγνωση ως αληθινή. Στην τρίτη φάση της θλίψης και του θυμού (sadness and anger), ζουν μια περίοδο αποδιοργάνωσης και βιώνουν έντονα συναισθήματα αγωνίας, ντροπής, ενοχής και φόβου, καθώς αρχίζουν να αντιλαμβάνονται την πραγματική κατάσταση του παιδιού τους. Στην τέταρτη φάση της προσαρμογής (adaptation) τα έντονα συναισθήματα αρχίζουν να υποχωρούν και οι γονείς επικεντρώνονται στη φροντίδα του παιδιού τους και στην τελική φάση της αναδιοργάνωσης (reorganization) αποδέχονται την κατάσταση του παιδιού τους και προσαρμόζονται σε αυτήν.

Άλλοι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι κατά τη γέννηση ενός παιδιού με

αναπηρίες οι γονείς βιώνουν μια απώλεια. Οι περισσότεροι γονείς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης φαντασιώνονται πώς θα είναι το μωρό τους, με ποιον θα μοιάζει, τι θα γίνει όταν μεγαλώσει κ.λπ. Αυτή η εικόνα καταστρέφεται όταν γεννιέται ένα παιδί με ειδικές ανάγκες. Οι γονείς λοιπόν θρηνούν για την απώλεια αυτού του «ιδανικού» παιδιού, μια διαδικασία έξι σταδίων που μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια μέχρι να αναπτυχθεί ο συναισθηματικός δεσμός του γονιού με το παιδί του. Στο πρώτο στάδιο της αρχικής ενημερότητας (initial awareness) όπου οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με τη διάγνωση βιώνουν έντονο σοκ, ενώ οι ενοχές, ο πανικός και το συναισθηματικό στρες είναι εμφανή. Στο δεύτερο στάδιο (strategies to overcome) οι γονείς αναζητούν στρατηγικές για να ξεπεράσουν την απώλεια και αμφιταλαντεύονται μεταξύ ιδανικής και πραγματικής εικόνας του παιδιού, βιώνοντας αντικρουόμενα συναισθήματα. Στο τρίτο στάδιο (awareness of loss) αρχίζουν να συνειδητοποιούν την απώλεια και να διερευνούν τις επιπτώσεις της. Τα συναισθήματα που νιώθουν είναι θυμός, κυνικότητα, μοναξιά. Στο τέταρτο στάδιο της ολοκλήρωσης (completions) αποδέχονται την απώλεια και επιχειρούν να αναπτύξουν συναισθηματικούς δεσμούς με το παιδί. Στο πέμπτο στάδιο της λύσης (resolution and reformulations) οι γονείς εστιάζουν την προσοχή τους στη φροντίδα του παιδιού, γίνονται πιο δραστήριοι, νιώθουν πιο δυνατοί και αρχίζουν να αναδιαμορφώνουν τον τρόπο ζωής και τις οικογενειακές προτεραιότητες τους. Στο τελευταίο στάδιο (transcending loss) ξεπερνούν την απώλεια, αρχίζουν να κάνουν σχέδια για το μέλλον και αναγνωρίζουν τις θετικές προοπτικές για την οικογένεια και το παιδί τους (Bristol, 1984).

Τα θεωρητικά μοντέλα των σταδίων παρόλο που προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες, ωστόσο αδυνατούν να εξηγήσουν την ποικιλία των αντιδράσεων που εκδηλώνουν οι γονείς. Επιπλέον, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να χαρακτηριστούν από τους διάφορους «ειδικούς» ως απροσάρμοστες και δυσλειτουργικές οποιεσδήποτε αντιδράσεις ή συμπεριφορές των γονιών που δεν εμπίπτουν σε αυτήν την ακολουθία των σταδίων, γεγονός που δεν είναι καθόλου βοηθητικό στη μεταξύ τους συνεργασία. Σε ένα εναλλακτικό μοντέλο αυτό της χρόνιας θλίψης (chronic sorrow) προτείνεται ότι οι γονείς βιώνουν μια κατάσταση διαρκούς θλίψης. Σε αντίθεση με τα προηγούμενα μοντέλα, υποστηρίζεται ότι οι γονείς δεν θα καταφέρουν ποτέ να ξεπεράσουν τη λύπη τους και αυτό συμβαίνει καθώς το παιδί τους που είναι παρόν τους υπενθυμίζει καθημερινά την απώλεια της εικόνας του «ιδανικού» παιδιού που

προσδοκούσαν. Με άλλα λόγια, η ιδέα του τελικού σταδίου της αποδοχής του παιδιού είναι αδύνατο να πραγματοποιηθεί (Burke, Eakes & Hainsworth, 1999). Ουσιαστικά αυτό που υποστηρίζεται είναι ότι η χρόνια θλίψη στους γονείς δεν δηλώνει μια παθολογική αντίδραση, απεναντίας είναι κάτι φυσιολογικό. Όλοι οι γονείς τυπικών και μη παιδιών στη διάρκεια διαφόρων χρονικών περιόδων και καταστάσεων μπορεί να απορρίπτουν ή να αποδέχονται το παιδί τους. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν είναι ικανοί να το φροντίσουν ή να το αγαπήσουν. Παρομοίως, κατά τη διάρκεια προσαρμογής των γονιών στις δυσκολίες ή την αναπηρία του παιδιού τους η θλίψη και η αποδοχή μπορεί να συνυπάρχουν σαν μέρος μιας φυσιολογικής μακρόχρονης διαδικασίας (Dale, 2000).

Βασιζόμενοι στο προηγούμενο μοντέλο κάποιοι θεωρητικοί προτείνουν ότι οι γονείς περνούν από επαναλαμβανόμενες περιόδους θλίψης και κρίσης και ότι η ικανότητά τους να διαχειρίζονται τις καταστάσεις αυτές εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα την υποστήριξη που λαμβάνουν, το είδος της δυσκολίας/ αναπηρίας και τους πολιτισμικούς παράγοντες (Bernier, 1990). Ειδικότερα, αυτή η θλίψη τείνει να είναι μεγαλύτερη όταν το παιδί πλησιάζει ηλικιακά κάποια σημαντικά ορόσημα στην ανάπτυξή του, τα οποία όμως, δεν καταφέρνει να κατακτήσει, όπως οι συνομήλικοί του (Callias, 1992).

Άλλα μοντέλα εστιάζουν περισσότερο στις γνωστικές ερμηνείες παρά στις συναισθηματικές. Υποστηρίζουν ότι οι διαφορετικές αντιδράσεις των γονιών οφείλονται στις διαφορετικές ερμηνείες που χρησιμοποιούν για να εξηγήσουν την κατάσταση του παιδιού τους. Αυτές οι ερμηνείες προκύπτουν από τις προηγούμενες προσδοκίες και τα γνωστικά τους σχήματα. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κατασκευάζουν νοητικά σχήματα, φαντάζονται, δηλαδή, πώς θα είναι το μελλοντικό παιδί τους, πώς θα το μεγαλώσουν κ.λπ. Μια διάγνωση για αναπηρία, όμως είναι έξω από αυτά τα σχήματα και προκαλεί σύγχυση και αβεβαιότητα που οδηγεί σε άγχος. Σταδιακά χρειάζεται να φτιάξουν νέα γνωστικά σχήματα σχετικά με την κατάσταση του παιδιού τους, τις ανάγκες του, την ανάπτυξη του κ.ά. κάτι που τους βοηθά τελικά στην ανάληψη δράσεων και στη φροντίδα του παιδιού τους (Dale, 2000).

Ένα άλλο μοντέλο προσπαθεί να εξηγήσει τα συναισθήματα ματαιότητας και αδυναμίας που περιγράφονται ως κοινές αντιδράσεις πολλών γονιών. Κατά τους πρώτους μήνες οι γονείς ωθούνται από μια ανάγκη να μειώσουν αυτά τα αισθήματα

αδυναμίας, συλλέγοντας πληροφορίες σχετικά με την διάγνωση και την κατάσταση του παιδιού τους. Αυτό το αίσθημα υποχωρεί μόνο όταν ο γονιός νιώσει ικανός να ελέγχει την κατάσταση. Συνήθως αυτό συμβαίνει μέχρι το τέλος της νηπιακής ηλικίας. Αυτοί οι θεωρητικοί δανείζονται αρχές των κοινωνιολογικών προσεγγίσεων, σύμφωνα με τις οποίες οι αντιλήψεις και τα πιστεύω των ατόμων καθορίζονται μέσα από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τους άλλους (Dale, 2000). Παρομοίως και οι αντιδράσεις των γονιών απέναντι στην αναπηρία του παιδιού τους διαμορφώνονται μέσα από κοινωνικές διαδικασίες και για αυτό θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πολλοί παράγοντες, όπως η προηγούμενη γνώση των γονιών σχετικά με την αναπηρία του παιδιού τους, η γονική αντίδραση στην εγκυμοσύνη, η εμπειρία της γέννας, η εμπειρία του δεσμού παιδιού-γονέα, οι συνθήκες αποκάλυψης της διάγνωσης, το είδος των πληροφοριών που δόθηκαν για την πρόγνωση, η διαθεσιμότητα των διαφόρων θεραπειών, η ανάγκη για συναισθηματική στήριξη και η αντίδραση των άλλων (Jacques, 1998).

Τέλος, μια πιο ολιστική προσέγγιση του θέματος προτείνεται από τον Rolland (1987, 1999), ο οποίος συνδυάζει όλη την προηγούμενη γνώση με στοιχεία από τη συστημική θεωρία. Σύμφωνα με το θεωρητικό του μοντέλο (The Family Systems-Illness Model) υπάρχουν τρία στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη: α) τα χαρακτηριστικά που αφορούν τις δυσκολίες ή τη αναπηρία, β) ο κύκλος ζωής του ατόμου, της οικογένειας και της ασθένειας, γ) το σύστημα αξιών της οικογένειας και τα εθνικο-πολιτισμικά της χαρακτηριστικά. Τα τρία αυτά στοιχεία περιπλέκονται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και καθορίζουν τις οικογενειακές αντιδράσεις. Στο μοντέλο αυτό συνδυάζονται τόσο τα ατομικά, οικογενειακά χαρακτηριστικά όσο και τα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά (εθνικότητα, κουλτούρα), με τα χαρακτηριστικά της ίδιας της κατάστασης του παιδιού (έναρξη, πορεία, σοβαρότητα, αβεβαιότητα). Επίσης, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στη διάσταση του χρόνου. Ο Rolland τονίζει πως όπως το παιδί με ειδικές ανάγκες και η οικογένεια του περνούν διάφορες φάσεις στη ζωή τους, έτσι και η αναπηρία έχει το δικό της κύκλο. Δεν πρέπει δηλαδή η κατάσταση της αναπηρίας να αντιμετωπίζεται ως κάτι σταθερό. Απεναντίας, έχει δυναμικό χαρακτήρα και διακρίνεται από ποικίλες φάσεις, οι οποίες καθορίζουν τις διαφορετικές απαιτήσεις και προσαρμογές που χρειάζεται να γίνουν κάθε φορά από τα μέλη της οικογένειας.

Πάντως όσο περνούν τα χρόνια οι θεωρητικοί αρχίζουν να αναγνωρίζουν την

επίδραση των πολιτισμικών, εθνικών και θρησκευτικών παραγόντων στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν οι γονείς στη διάγνωση της αναπηρίας. Παρακάτω αναφέρονται μερικά παραδείγματα. Σε κάποιες κοινωνίες οι γονείς πιστεύουν ότι είναι το θέλημα του Θεού (δώρο ή τιμωρία από το Θεό) ή το «κάρμα» η αιτία της αναπηρίας του παιδιού τους και ότι πρέπει να το δεχτούν ή ότι έχουν καθήκον να κάνουν το σωστό, το πρόπον (Chang & McConkey, 2008). Σε άλλες πάλι κοινωνίες το άτομο με αναπηρία θεωρείται ντροπή και κάνουν ό,τι μπορούν για να κρύψουν την ύπαρξή του (McCallion, Janicki & Grant-Griffin, 1997). Παρομοίως, σε ορισμένες κουλτούρες το στίγμα ενός ανάπηρου παιδιού μπορεί να μειώνει τον ανδρισμό του γονιού, ο οποίος απορρίπτει το παιδί ή κατηγορεί τη μητέρα (Bernier, 1990). Η αντίδραση της οικογένειας είναι μια διαδικασία αμοιβαίας εξερεύνησης και διαπραγμάτευσης της πραγματικότητας μεταξύ των μελών της και των επαγγελματιών, οι αντιλήψεις και οι αντιδράσεις των οποίων αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι των εμπειριών της οικογένειας (Jacques, 1998). Η οικογένεια είναι ένα ανοιχτό ή κλειστό σύστημα. Σε ένα ανοιχτό σύστημα υπάρχει εισροή πληροφοριών, γνώσεων, παροχών, υπάρχει γενικότερα μια ανταλλαγή με το περιβάλλον. Η προσαρμογή είναι ευκολότερη και ίσως πιο γρήγορη. Αντιθέτως, το κλειστό σύστημα δεν επιτρέπει την ανταλλαγή, ζει απομονωμένο και έχει λιγότερους πόρους και μέσα. Με άλλα λόγια, η διαδικασία της προσαρμογής των γονιών δεν είναι γραμμική αλλά κυκλική, όπως το άτομο και η οικογένεια συνδέονται με κυκλικά μοτίβα αιτιότητας (Bernier, 1990).

Σε μια έρευνα που έγινε στην Ελλάδα και στόχος της ήταν ακριβώς η διερεύνηση των συναισθηματικών εκδηλώσεων των γονέων απέναντι στη συνθήκη της αναπηρίας και στην εξέλιξή τους από την αρχή της διάγνωσης έως τα 12 χρόνια, φάνηκε ότι: η πλειοψηφία θεωρεί την συνθήκη της αναπηρίας ως δύσκολη κατάσταση, κάποιοι ως συνεχή αγώνα/ προσπάθεια, ένα μικρότερο ποσοστό ως δράμα/ καταστροφή ζωής ή και θάνατο προσδοκιών και ονείρων και ελάχιστοι ως θεϊκή δοκιμασία και θετική επίδραση. Όσον αφορά στις συναισθηματικές αντιδράσεις αυτές ποικίλλουν μεταξύ των γονέων και μεταβάλλονται στη διάρκεια του χρόνου. Πιο συγκεκριμένα, οι αρχικές αντιδράσεις (νεογνική-βρεφική ηλικία) είναι στενοχώρια, σοκ/πανικός, άρνηση και άγχος/ φόβος για το μέλλον του παιδιού, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό αναφέρει πένθος, θυμό και ενοχές. Στη νηπιακή ηλικία η συναισθηματική φόρτιση ελαττώνεται και αρχίζει η διαδικασία της αποδοχής του παιδιού, της προσαρμογής με την κατάσταση και της αναζήτησης ειδικών

επαγγελματιών και εξειδικευμένων κέντρων. Τέλος, στα σχολικά χρόνια οι περισσότεροι γονείς έχουν αποδεχτεί την αναπηρία του παιδιού τους και αρχίζουν να αναλαμβάνουν πλήρως την ευθύνη του παιδιού τους χωρίς τη βοήθεια των ειδικών.

Κάποιοι γονείς αναφέρουν ματαίωση των προσδοκιών και θρήνο (Τσιμπιδάκη, 2006). Σε άλλη έρευνα επίσης με παιδιά με εγκεφαλική παράλυση βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα. Γονείς εφήβων φαίνεται ότι έχουν αποδεχτεί την κατάσταση του παιδιού τους και έχουν προσαρμοστεί καλύτερα σε σύγκριση με γονείς μικρότερων παιδιών. Με άλλα λόγια, η ηλικία των παιδιών και η σοβαρότητα της κατάστασης τους επηρεάζει τις συναισθηματικές αντιδράσεις των γονιών τους (Schuengel, Rentinck, Stolk, Voorman, Loots, Ketelaar, Gorter & Becher, 2009).

1.2.2. Επιδράσεις των ατόμων με δυσκολίες στις οικογένειες τους

Είναι γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες έχουν ασχοληθεί κυρίως με τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα των μητέρων, λιγότερο των πατέρων, των αδερφών και άλλων μελών της οικογένειας, ωστόσο αυτή η τάση τα τελευταία χρόνια αλλάζει. Επίσης, συχνά τα ευρήματα που προκύπτουν από διάφορες έρευνες είναι αντιφατικά μεταξύ τους. Παρόλες τις διαφορές όμως είναι κοινά τα αντικρουόμενα συναισθήματα, η έντονη ψυχολογική πίεση και το άγχος που βιώνουν και οι δυο γονείς (Πολεμικός & Τσιμπιδάκη, 2002). Επίσης, κοινή είναι η προσπάθεια παρόλες τις δυσκολίες να εξασφαλίσουν ένα σταθερό περιβάλλον και μια καθημερινή ρουτίνα στη ζωή του παιδιού (Heiman & Berger, 2008). Οι γονείς των ατόμων με αναπηρίες αναφέρουν ότι η φροντίδα του παιδιού τους από τη μια προσφέρει συναισθηματική ανταμοιβή και από την άλλη κούραση και άγχος (Lustig, 2002). Εκτός από τις υποχρεώσεις της ανατροφής ενός κοινού παιδιού έχουν επιπλέον να αντιμετωπίσουν και άλλες καταστάσεις, πρωτόγνωρες για τους ίδιους. Πρώτα από όλα χρειάζεται να προσαρμοστούν στην χρόνια κατάσταση του παιδιού τους, τόσο σε πρακτικό επίπεδο κάνοντας αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, στους ρόλους τους, στο πρόγραμμά τους, όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο ξεπερνώντας τα αρχικά συναισθήματα θλίψης, το σοκ και τις ενοχές και αλλάζοντας τις προσδοκίες και τα όνειρά τους. Έπειτα, χρειάζεται να αναζητήσουν βοήθεια και ενημέρωση, να εξασφαλίσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες για το παιδί, να βρουν κατάλληλες δομές για τη φροντίδα της υγείας του, την εκπαίδευσή του, να οργανώσουν την καθημερινότητά τους και να προγραμματίσουν το μέλλον της οικογένειας τους (Πολεμικός & Τσιμπιδάκη, 2002).

Όλα αυτά προκαλούν άγχος, κούραση και εξάντληση ψυχική και σωματική στους γονείς, οι οποίοι χρειάζεται να επιδείξουν ικανότητες προσαρμογής και ευελιξίας για να τα καταφέρουν. Πρόσφατες έρευνες ακριβώς ασχολούνται με αυτό το θέμα πώς δηλαδή κάποιες οικογένειες τα καταφέρνουν και άλλες όχι. Αυτή η ικανότητα προσαρμογής των γονιών σε όλες αυτές τις νέες καταστάσεις συσχετίζεται με τρία στοιχεία: α) με παράγοντες που αφορούν το παιδί, β) με παράγοντες που αφορούν τους γονείς και γ) με περιβαλλοντικούς παράγοντες (Seltzer & Heller, 1997).

Στην πρώτη κατηγορία παραγόντων οι ερευνητές εστιάζονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως η ηλικία, η σοβαρότητα της κατάστασης, το είδος της διάγνωσης, η ηλικία της διάγνωσης, η λειτουργικότητα του παιδιού κ.λπ. που επηρεάζουν την ικανότητα προσαρμογής. Συνήθως συγκρίνουν απόψεις γονέων που τα παιδιά τους έχουν διαφορετικού είδους ανάγκες ή βρίσκονται σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια. Για παράδειγμα οι γονείς παιδιών με εγκεφαλική παράλυση βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους γονείς παιδιών με δισχιδή ράχη ή αναπηρίες στα άκρα (Rentinck et al., 2007). Επίσης, γονείς παιδιών με σύνδρομο Down έχουν χαμηλότερο άγχος σε σύγκριση με γονείς παιδιών με σύνδρομο Prader-Willi ή Cri du Chat. Αυτό αποδίδεται στα μεγαλύτερα προβλήματα συμπεριφοράς των δυο τελευταίων συνδρόμων (Dykens & Clarke, 1997). Ακόμη οι γονείς παιδιών με σύνδρομο Smith-Magenis εμφανίζουν υψηλά ποσοστά άγχους, προβλήματα οικογενειακά, προβλήματα στο γονεϊκό ρόλο και αυξημένα συναισθήματα απαισιοδοξίας, τα οποία επίσης συσχετίζονται με τη δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά των παιδιών τους (Hodapp, Fidler & Smith, 1998). Διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα σε γονείς παιδιών με σύνδρομο Asperger και παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Οι πρώτοι θεωρούν το οικογενειακό τους σύστημα πιο δομημένο, πιο οργανωμένο και με μικρή ελευθερία στην έκφραση των συναισθημάτων, τα οποία είναι πιο ελεγχόμενα. Αυτό ίσως προκύπτει από τις ανάγκες της κατάστασης του παιδιού, ως μια στρατηγική αντιμετώπισης των προβλημάτων ή οφείλεται σε προσωπικά χαρακτηριστικά των γονιών (Heiman & Berger, 2008).

Στη δεύτερη κατηγορία παραγόντων λαμβάνονται υπόψη τα χαρακτηριστικά των γονιών, όπως φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, αντιλήψεις, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους. Για παράδειγμα συγκρίνουν το επίπεδο άγχους μητέρων και πατέρων. Τα ευρήματα είναι αντιφατικά. Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι μητέρες βιώνουν μεγαλύτερο άγχος (Kazak, 1987) από τους πατέρες, άλλες ότι δεν

υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δυο γονιών (Dyson, 1997). Σε άλλη έρευνα φαίνεται ότι οι διαφορές είναι ποιοτικές. Συγκεκριμένα, για τις μητέρες η πηγή άγχους σχετίζεται με τη φροντίδα του παιδιού, με την ικανότητα τους ως γονείς και με το γονεϊκό ρόλο, ενώ για τους πατέρες το άγχος πηγάζει από την κατάσταση του παιδιού, τη διάγνωση και την διάψευση των προσδοκιών τους (Roach, Orsmond & Barratt, 1999). Διαφορές υπάρχουν και στον τρόπο προσαρμογής των δυο γονιών και στους μηχανισμούς που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν τις αγχογόνες καταστάσεις. Οι πατέρες δηλώνουν ότι ακολουθούν μια σταθερή πορεία προσαρμογής και επιστροφή στην αρχική τους κατάσταση πριν τη διάγνωση, ενώ οι μητέρες έχουν πολλά σκαμπανεβάσματα, βιώνουν περιοδικές κρίσεις, χρόνια θλίψη και αρνητικά συναισθήματα (Damrosch & Perry, 1989).

Στην τρίτη κατηγορία παραγόντων λαμβάνεται υπόψη το περιβάλλον στο οποίο ζει και αναπτύσσεται η οικογένεια, καθώς και η χρονική φάση στην οποία βρίσκεται. Για παράδειγμα οικογένειες παιδιών που έχουν διαγνωστεί με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού είναι εκτεθειμένες σε μεγάλο στρες που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε εξωγενείς παράγοντες, όπως η έλλειψη κατάλληλων δομών, τα ανεπαρκή εκπαιδευτικά μέσα και οι περιορισμένες γνώσεις των «ειδικών» (Sivberg, 2002). Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει η πολιτισμική και πολιτιστική ταυτότητα και κουλτούρα της οικογένειας. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική μεταξύ των διαφόρων μειονοτήτων (Κινέζοι, Λατίνοι, Κορεάτες, Αφρικανοί κ.λπ.) διαπιστώθηκαν διαφορές τόσο στην αντίληψη της αναπηρίας όσο και σε ζητήματα φροντίδας και ανατροφής του παιδιού. Για παράδειγμα πολλοί γονείς δεν αναζητούν βοήθεια από την κοινότητα είτε γιατί ντρέπονται είτε γιατί φοβούνται (McCallion, Janicki & Grant-Griffin, 1997). Ακόμη, σε μεγάλο βαθμό έχει μελετηθεί και η διάσταση του χρόνου, με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο αλλάζουν τα συναισθήματα και οι προσδοκίες των γονιών καθώς περνάνε τα χρόνια. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι για την πλειοψηφία των γονέων με τον καιρό τα συναισθήματα αλλάζουν, γίνονται πιο θετικά και αισιόδοξα (Heiman, 2002). Επίσης, γονείς εφήβων με εγκεφαλική παράλυση φαίνεται να έχουν προσαρμοστεί καλύτερα σε σύγκριση με γονείς παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Συγκεκριμένα, δηλώνουν ότι έχουν προχωρήσει στη ζωή τους, έχουν σταματήσει να αναζητούν τις αιτίες για την κατάσταση του παιδιού τους και μπορούν να περιγράψουν το πώς επωφελήθηκαν από αυτήν την εμπειρία (Pianta, Marvin, Britner & Borowitz, 1996).

Η ύπαρξη ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες δεν επιφέρει μόνο αρνητικές επιπτώσεις στην οικογένεια, αλλά μπορεί να έχει και θετική επίδραση. Συγκεκριμένα, οι γονείς αναφέρουν ότι άλλαξε ο τρόπος που βλέπουν τη ζωή τους και έμαθαν να μην θεωρούν τίποτα ως δεδομένο (Taunt & Hastings, 2002). Επίσης, δηλώνουν ότι εξαιτίας του παιδιού τους έχουν βελτιωθεί οι ικανότητες τους τόσο σε προσωπικό επίπεδο (αύξηση της ενσυναίσθησης) όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο, στις σχέσεις τους με τους άλλους (Scorgie & Sobsey, 2000). Σε άλλη έρευνα οι γονείς αναφέρουν ότι το παιδί τους είναι πηγή χαράς και ευτυχίας, βοηθά στη διεύρυνση των κοινωνικών τους δικτύων, συμβάλλει στην ενότητα της οικογένειας και στην εγγύτητα μεταξύ των μελών της και αποτελεί θετική επίδραση για τους άλλους (Stainton & Besser, 1998).

1.2.3. Οικογένειες υπό την επήρεια άγχους, «οικογένεια σε κρίση»

Η άφιξη ενός καινούργιου μωρού είναι καταλυτική για κάθε οικογένεια, αλλά υπάρχει μια ποιοτική διαφορά στις περιπτώσεις που το μωρό έχει κάποια δυσλειτουργία – σχετίζεται δε με αυτό που ονομάζεται «οικογενειακή κρίση» (Russell, 1983).

Οι περισσότερες από τις προηγούμενες μελέτες έριχναν το βάρος στις μητέρες. Υπέθεταν ότι υπήρχε κάποια ψυχολογική εξασθένηση των μελών της οικογένειας (Evans & Carter, 1954, Holt, 1958). Πολλές μελέτες έδειξαν ότι οι μητέρες ανάπηρων παιδιών πράγματι ένιωθαν άγχος σε μεγάλο βαθμό (Tew & Lawrence, 1975· Bradshaw & Lawton, 1978· Butler et al., 1978· Burden, 1980, Beckman, 1983). Αποδείχθηκε ότι οι μητέρες είχαν «επικίνδυνα» μεγάλη κατάθλιψη μετά τη γέννηση ενός παιδιού με σοβαρή δυσλειτουργία (Burden, 1980).

Υψηλά επίπεδα άγχους έδειξαν επίσης και πιο πρόσφατες μελέτες. Στη μελέτη του Kent με θέμα «Μητέρες με παιδιά με σοβαρές δυσλειτουργίες και μαθησιακές δυσκολίες», πάνω από το μισό (59%) έδειξε «επικίνδυνα» υψηλά επίπεδα άγχους, που αποτελεί χαρακτηριστικό της κατάθλιψης – οι γονείς παρουσίαζαν, κατά μέσο όρο, υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους γονείς φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών (Quine & Pahl, 1985). Μια μελέτη σε 107 οικογένειες παιδιών με σοβαρές σωματικές δυσλειτουργίες έδειξε ότι οι μητέρες διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο ψυχικής καταπόνησης, με ένα πολύ υψηλό ποσοστό (67%) μητέρων με «επικίνδυνα» επίπεδα άγχους (Sloper & Turner, 1993).

Ανάλογα, αυξημένη ευπάθεια έδειξαν οι οικογένειες, ως σύνολα, που είχαν παιδιά με χρόνιες ασθένειες (Overholser & Fritz, 1991), τόσο σε σχέση με τη συναισθηματική και συμπεριφορική ανάπτυξη των παιδιών με χρόνιες ασθένειες (Garralda et al., 1988) όσο και σε σχέση με τους αδελφούς και τις αδελφές τους (Tritt & Esses, 1988). Υπάρχουν όμως επίσης και αντικρουόμενα πορίσματα – μια μελέτη του Gath (1977) δεν εντόπισε μεγάλη διαφορά στο βαθμό κατάθλιψης μητέρων με παιδιά με το σύνδρομο Down σε σύγκριση με μητέρες μη ανάπηρων παιδιών κατά τα πρώτα δύο χρόνια μετά τη γέννηση του παιδιού.

1.2.4. Μοντέλο ABCX

Οι οικογένειες διαφέρουν στον τρόπο που αντιδρούν σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως είναι η γέννηση ενός παιδιού με δυσλειτουργία. Το ABCX μοντέλο οικογένειας σε κρίση (Hill, 1949, 1958 · Mc Cubbin & Patterson, 1983) προσπαθεί να ερμηνεύσει αυτές τις διαφορετικές αντιδράσεις.

Ο παράγοντας A αναφέρεται στα γεγονότα που έχουν επιδράσεις ή μπορεί να επιδράσουν στο σύστημα της οικογένειας. Ο παράγοντας B αναφέρεται στους παράγοντες που βοηθούν τις οικογένειες να έρθουν αντιμέτωπες με τις διάφορες καταστάσεις. Ο παράγοντας C αναφέρεται στις αντιλήψεις της οικογένειας πάνω στα γεγονότα, όπου και έμμεσα επηρεάζει τον βαθμό κρίσης της οικογένειας (παράγοντας X) ο οποίος μπορεί να εμφανιστεί σε μια οικογένεια. Η κρίση ορίζεται ως μια αλλαγή στο σύστημα της οικογένειας για την οποία τα προηγούμενα πρότυπα αντίδρασης δεν είναι πια επαρκή.

Μας ενδιαφέρει ιδιαίτερα ο ρόλος του παράγοντα C, οι αντιλήψεις δηλαδή στην διαδικασία προσαρμογής της οικογένειας. Εκτός από τον ορισμό των στρεσογόνων καταστάσεων, ο παράγοντας C μπορεί επίσης να συμπεριλαμβάνει μια γνωστική επανεκτίμηση της κατάστασης καθιστώντας την έτσι ευκολότερη στο διαχειρισμό ή στην διατήρηση μιας θετικής εικόνας ή αποδοχή. Παραδείγματα γνωστική επανεκτίμηση εμφανίζονται σε πολλά εγχειρίδια γραμμένα για τους γονείς παιδιών που χρειάζονται ειδική φροντίδα (Mullins, 1987).

Σε μια έρευνα Shirley & Douglas (1990) μελετήθηκε η σχέση μεταξύ των αντιλήψεων της ομαλής λειτουργίας της οικογένειας και του στρες. Ένα από τα συμπεράσματα της μελέτης ήταν πως γονείς παιδιών με δυσλειτουργίες δεν είναι απαραίτητα σε κίνδυνο δυσλειτουργίας σε σχέση με τους υπόλοιπους γονείς. Σε μια

άλλη μελέτη (Summers et al, 1991) αναφέρθηκε πως τα επίπεδα στρες αλλά και τα επίπεδα καλής διαβίωσης των οικογενειών ήταν παρόμοια για οικογένειες παιδιών με δυσλειτουργίες και μη. Ωστόσο οι Behr & Murphy βρήκαν διαφορές όσον αφορά την ηλικία των παιδιών. Συγκεκριμένα γονείς νεαρότερων παιδιών ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στρες και χαμηλότερο επίπεδο αντιλήψεων όσον αφορά την συνεισφορά τους προς το παιδί (π.χ. συνεργασία, υπερηφάνεια). Από την άλλη βέβαια τα ίδια περίπου ποσοστά δίνονται και από οικογένειες παιδιών χωρίς δυσλειτουργία. Κάτι τέτοιο μας υποδεικνύει πως γενικά η ανατροφή νεαρών παιδιών προκαλεί στρες στους γονείς.

1.2.5. Οι πατέρες παιδιών με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες

Οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί πολύ λιγότερο στους πατέρες παιδιών με δυσλειτουργίες. Μερικά στοιχεία στη Βρετανία και τις ΗΠΑ υποδηλώνουν υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης και στους πατέρες (Cummings, 1976, Wishart et al., 1981). Οι πατέρες που είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους, είχαν την τάση να χρησιμοποιούν μια τακτική αποφυγής (Houser, 1987 · Seligman & Darling, 1989). Αυτό μπορεί να επιδράσει αρνητικά και να αποδυναμώσει την οικογένεια, που σημαίνει επιπρόσθετα βάρη φροντίδας για τη μητέρα εξαιτίας της απόσυρσης του πατέρα, ενώ αυτές οι πρόσθετες πιέσεις εγείρουν το θυμό και την αποδοκιμασία των υπολοίπων μελών της οικογένειας (Seligman & Darling, 1989).

Αλλά σε μια αμερικάνικη μελέτη, δε βρέθηκαν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε πατέρες παιδιών με δισχιδή ράχη σε σύγκριση με πατέρες φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών (Kazak & Marvin, 1984), παρόλο που οι μητέρες παρουσίαζαν μεγαλύτερο βαθμό άγχους. Σύμφωνα και με άλλες μελέτες, οι πατέρες ήταν λιγότερο αγχωμένοι από τις μητέρες (Goldberg et al., 1986· Slopper & Turner, 1993), ενώ σε πιο πρόσφατη μελέτη υπήρξαν στοιχεία που φανέρωναν ψυχολογική καταπόνηση σε ένα μεγάλο ποσοστό πατέρων. Όμως, δεν είναι ξεκάθαρο, αν αυτά τα στοιχεία για λιγότερο άγχος των πατέρων δεν είναι μια παραπλάνηση που αντανακλά τη μεγαλύτερη ανεκτικότητα των πατέρων και τη δυσκολία τους να παραδεχθούν και να εκφράσουν τα οδυνηρά τους συναισθήματα ώστε αυτά να μην εκληφθούν ως δείγματα αδυναμίας (Seligman & Darling, 1989).

1.2.6. Αδέλφια παιδιών με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες

Προηγούμενες μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συμβίωση με έναν αδελφό ή αδελφή με κάποια δυσλειτουργία θα ήταν εντελώς αρνητική και θα είχε αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες. Υπάρχουν στοιχεία που στηρίζουν τη θέση αυτή, παρόλο που πολλές από τις προηγούμενες μελέτες στηρίζονταν περισσότερο σε στοιχεία που έδιναν οι μητέρες, παρά σε άμεση εξέταση των αδελφών.

Ακόμα, σε αναφορές για σχετικά υψηλά επίπεδα αρνητισμού, όπως είναι η ζήλια και ο ανταγωνισμός μεταξύ αδελφών και παιδιών (π.χ. με σύνδρομο Down, Carr, 1975) δεν εντοπίζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ αυτών και των άλλων «φυσιολογικών» παιδιών και αδελφών της ίδιας περίπου ηλικίας και ανάπτυξης (Dunn & Kendrich, 1982). Ο Gath (1973) διαπίστωσε μια σημαντική αύξηση «αντικοινωνικής» διαταραχής στις μεγαλύτερες αδελφές παιδιών με σύνδρομο Down. Οι αδελφές, ιδιαίτερα οι μεγαλύτερες, είναι δυνατό να βιώνουν μια αντιφατική πίεση στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν και να αναλάβουν ένα αναπληρωματικό γονεϊκό ρόλο – έχουν την τάση να δείχνουν υπερβολικό ζήλο στη φροντίδα και φύλαξη του παιδιού, καθώς και στις δουλειές του σπιτιού (Blacher, 1984b). Κλινικές έρευνες και προσωπικές μαρτυρίες αναφέρουν ότι τα αδέλφια μπορεί να δυσαρεστούνται με την ενασχόληση των γονέων τους με το παιδί με τις δυσλειτουργίες και να διακατέχονται από συναισθήματα θυμού (Featherstone, 1980 · Sourkes, 1987). Η έλλειψη προσοχής από τους γονείς μπορεί να εκληφθεί ως απόρριψη. Οι γονείς, όμως, μπορούν να εμποδίζουν τα αδέλφια από το να εκφράζουν το θυμό και τη δυσαρέσκειά τους προς το παιδί με τις δυσλειτουργίες (Miller, 1974). Η παρουσία του παιδιού μπορεί να επηρεάσει τις προσδοκίες των αδελφών για το μέλλον. Εκτός αυτού, τα αδέλφια μπορεί να έχουν πολύ περιορισμένη αντίληψη της ιδιαίτερης κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο αδελφός ή η αδελφή τους κι έτσι, μπορεί να κατασκευάσουν μια «προσωπική άποψη» βασισμένη στο φόβο, την ενοχή και σε τρόπους σκέψεις που βασίζονται σε προκαταλήψεις (Sourkes, 1987).

1.3. Ο ρόλος του θεραπευτή – επαγγελματία όσον αφορά στους γονείς παιδιών με δυσκολίες ή ειδικές ανάγκες

1.3.1. Οικογενειοκεντρική παρέμβαση

Παλιότερα η παρέμβαση χαρακτηριζόταν ως παιδοκεντρική. Η οικογένεια, εάν υπολογιζόταν, θεωρούνταν ως πηγή προβλημάτων, ως ένα εμπόδιο στην ανάπτυξη του παιδιού, ή ως άσχετη σε σχέση με την όλη διαδικασία της παρέμβασης. Οι οικογένειες είχαν ενοχληθεί και αμφισβητούσαν αυτή την παρέμβαση και πίεσαν για αλλαγές. (Collins & Collins, 1990 · Cournoyer & Johnson, 1991 · Cunningham & Davis, 1985 · Turnbull & Summers, 1987).

Στα τέλη του 20ου αιώνα οι επαγγελματίες άρχισαν να αλλάζουν τη νοοτροπία τους. Τότε η όλη παρέμβαση συνδυάστηκε με την αναδυόμενη κοινωνική θεωρία της δυσλειτουργίας, η οποία επιδοκίμασε την ιδέα ότι τα προβλήματα των παιδιών ήταν σε σημαντικό βαθμό αποτέλεσμα γονέων που είχαν ελλειμματικό χαρακτήρα κι έτσι προκαλούσαν στα παιδιά επιπλέον δυσκολίες (Collins & Collins, 1990, · Petr & Spano, 1990 · Turnbull & Summers, 1987).

Ωστόσο η ανωτερότητα των επαγγελματιών στις λήψεις αποφάσεων θεωρείται δεδομένη όσον αφορά τη φύση της φροντίδας (Petr & Spano ,1990). Το ιατρικό μοντέλο κέρδισε επίσης μια εξέχουσα θέση μόνο που τα τελευταία χρόνια έχει δεχθεί κριτική για την επικέντρωσή του περισσότερο στην παροχή – παρέμβαση παρά στον πελάτη – καταναλωτή, περιορίζει τις επιλογές του πελάτη καθώς και τις ευθύνες του, συγκεντρώνεται στην παθολογία και στα ελλείμματα (Bazyk, 1989 · Donahue – Killburg, 1992 · Dunst, Trivette, Davis & Cornwell, 1988 · Larimore, 1993 · Turnbull & Turnbull 1990).

Στην οικογενειοκεντρική παρέμβαση η οικογένεια παίρνει τις αποφάσεις της, δίνοντας την δέουσα προσοχή στη φύση της σχέσης οικογένειας– επαγγελματία (Leviton et al., 1992). Ο επαγγελματίας λειτουργεί ως μια πηγή πληροφοριών για τις επιλογές που υπάρχουν στην οικογένεια και ως ένας μεσολαβητής μεταξύ των ρόλων (Bennett, Nelson, Lingerfelt et al., 1992), όμως τα όρια αυτής της μεσολάβησης ακόμη καθορίζονται από την οικογένεια. Στην κατευθυνόμενη από το θεραπευτή προσέγγιση ο επαγγελματίας είναι υπεύθυνος για την παρέμβαση και μπορεί να ελαχιστοποιήσει ή ακόμη και να αποτρέψει πλήρως τη συμμετοχή της οικογένειας, σύμφωνα με τους στόχους που έχει θέσει (Cunningham & Davis, 1985· Donahue–Killburg ,1992). Η

κυρίαρχη προσέγγιση στη σχέση οικογένειας–επαγγελματία που κυριαρχεί στην οικογενειοκεντρική παρέμβαση είναι η συνεταιριστική, θεωρώντας οικογένεια και επαγγελματία ως ισότιμους συνεταιίρους οι οποίοι εργάζονται ως ομάδα με κοινούς καθορισμένους στόχους (Collins & Collins, 1990 · Friesen & Koroloff, 1990 · McGonigal, 1991 · Roberts & Magrab, 1991 · Thurman, 1991). Πρόσφατα μοντέλα της οικογενειοκεντρικής παρέμβασης τοποθετούν την οικογένεια να έχει τον απόλυτο έλεγχο στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών ενώ οι επαγγελματίες υπηρετούν ως μεσάζοντες για την οικογένεια (Donahve – Kilburg, 1992 · Dunst et al., 1988 · Lee, 1993 · Tower 1994).

Σύμφωνα με τους επαγγελματίες της Υπηρεσίας Υποστήριξης Οικογενειών του Ινστιτούτου Kennedy, οι γονείς εκτιμούν τις γνώσεις και την κλινική πείρα του επαγγελματία, αλλά νιώθουν πως είναι οι μόνοι που μπορούν να καθορίσουν εάν οι συστάσεις των επαγγελματιών μπορούν να ενσωματωθούν και να λειτουργήσουν στις οικογένειές τους (Leviton et al 1992). Αυτό το μοντέλο αντιλαμβάνεται το ρόλο του επαγγελματία ως συμβούλου (Bazyk, 1989 · Donahve – Kilburg, 1992 · Roberts & Magrab, 1991) όπου ο επαγγελματίας βρίσκεται στην υπηρεσία της οικογένειας.

1.3.2. Επίδραση του επαγγελματία στην οικογένεια

Οι οικογένειες στις οποίες ο σύζυγος και η σύζυγος πιστεύουν ότι όλα τους τα προβλήματα οφείλονται στο ότι έχουν ένα παιδί με δυσλειτουργίες και αποφεύγουν να αναγνωρίσουν ή να αναλάβουν την ευθύνη για άλλες πηγές στρες (όπως είναι η συζυγική αντιπαράθεση, δυσκολίες στην εργασία, ψυχικά προβλήματα) μπορεί πράγματι να οδηγηθούν στην παράκαμψη των προβλημάτων. Εάν και ο επαγγελματίας ρίξει το βάρος στο παιδί, ως το κύριο πρόβλημα, μπορεί να εμπλακεί σε ένα επικίνδυνο τρίγωνο, όπου το παιδί με τις δυσλειτουργίες χρησιμοποιείται από τους γονείς για να αλληλοκατηγορούνται και να τσακώνονται στο πλαίσιο μιας συζυγικής σύγκρουσης. Ο επαγγελματίας μπορεί να ενισχύσει ή να αλλάξει τα υπάρχοντα πρότυπα στην οικογένεια, όπως είναι εκείνα της ιεραρχίας και της κυριαρχίας. Εάν δουλεύει μόνο με τη γυναίκα, μπορεί να ενισχύσει το ρόλο και της εξουσίας της στην οικογένεια, προβάλλοντάς την ως εκείνη που παρέχει την κύρια φροντίδα. Εάν αναφέρεται στον σύζυγο για όλες τις σημαντικές αποφάσεις, θα ενισχύσει τον άντρα ως «κεφαλή του σπιτιού». Η αγνόηση των απόψεων των αδελφών και του παιδιού διατηρεί την θέση τους ως υποδεέστερων σε σχέση

με τους ενήλικες της οικογένειας.

Ο επαγγελματίας θα πρέπει να γνωρίζει την ενδεχόμενη επίδρασή του πάνω στην οικογένεια «συνδεδεμένος» και δουλεύοντας μαζί της και να εξετάσει εάν η μορφή της παρέμβασης έχει εκούσια ή ακούσια, θετική ή αρνητική επίδραση πάνω στην οικογένεια ως σύνολο.

Κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή

1. «Γνωρίστε» την οικογένεια. Αυτό απαιτεί γνωριμία με την κουλτούρα της οικογένειας, αποδοχή και ανάμειξη με την οργάνωση της οικογένειας, εμπειρική γνώση του τρόπου με τον οποίο αλληλοσχετίζονται και επικοινωνούν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους και συμπόρευση με τον τρόπο επικοινωνίας της οικογένειας.
2. Γνωρίστε την οικογένεια ως σύνολο, τη σύνθεσή της, το πολιτιστικό της προφίλ, τα πιστεύω της, τους τρόπους που αλληλοσχετίζονται και επικοινωνούν, τα καθήκοντα του καθενός.
3. Υποστηρίξτε τις μεθόδους αντιμετώπισης της οικογένειας. Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να σέβεται τις στρατηγικές αντιμετώπισης της οικογένειας και να μην κλονίζει την συνοχή της (McConachie, 1994).
4. Δείξτε σεβασμό.
5. Αναζητήστε τη συγκατάθεση όλων των μελών της οικογένειας.
6. Παραμείνετε ουδέτεροι. Αποφύγετε τη «συμμαχία» με κάποιο μέλος ή την κρυφή συνεννόηση σχετικά με τις προτιμήσεις κάποιου μέλους.
7. Βοηθήστε κάθε μέλος να συνεισφέρει μέσω της ακρόασης, υποβολής ερωτήσεων και αναζήτησης περισσότερων πληροφοριών.
8. Λαμβάνετε υπόψη σας τις απόψεις κάθε μέλους. Ακούστε προσεκτικά κάθε μέλος και μην κρίνετε.
9. Μοιραστείτε τις απόψεις σας με την οικογένεια, εάν χρειάζεται.
10. Χρησιμοποιήστε τη διαπραγμάτευση και βοηθήστε τη διεξαγωγή της.
11. Να είστε προετοιμασμένοι για την περίπτωση διαφωνίας

Είναι αυξανόμενος ο αριθμός των συγγραφέων που θεωρούν ότι όποτε είναι δυνατό, η οικογένεια πρέπει να θεωρείται ως ο πρωταρχικός και τελικός «σκηνοθέτης» στη λήψη αποφάσεων της παρέμβασης (Bailey et al., 1992 · Bazyk, 1989 · Donahve – Kilburg, 1992 · Krammer, McGonigel & Kaufman, 1991 · Leviton et al., 1992 · McGonigel, 1991 · Summers, Turnbull et al., 1989). Η τελευταία άποψη διευρύνει το νόημα της

συνεργασίας – συνεταιρισμού από το δουλεύω με τις οικογένειες στο δουλεύω γι' αυτές.

Σύμφωνα και με την θεωρία των συστημάτων της οικογένειας οι γονείς θεωρούνται ως η κεφαλή, και συνεπώς οι υπεύθυνοι στην λήψη αποφάσεων. Οι επαγγελματίες που εφαρμόζουν την οικογενειοκεντρική παρέμβαση ενθαρρύνουν το κάθε μέλος της οικογένειας να είναι όσο πιο ενεργό γίνεται στην όλη διαδικασία της παρέμβασης καθώς και να γνωρίζουν ότι είναι φυσιολογικό να προκύψουν διαφωνίες (Friesen & Koroloff, 1990). Όπου υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ της φροντίδας του παιδιού και του οικονομικού προσπορισμού, μόνο ο γονέας που έχει αναλάβει τα καθήκοντα της φροντίδας του παιδιού αναμένεται να σχετιστεί με τον επαγγελματία. Στην ομαδική μελέτη του Μάντσεστερ, 32% των οικογενειών άφηναν τη λήψη των αποφάσεων που σχετίζονταν με το παιδί στη μητέρα (ενώ 3% μόνο τις άφηναν κυρίως στον πατέρα) (Byrne et al., 1988).

Η αξιολόγηση των στόχων είναι διαφορετική για κάθε γονέα και παιδί, η οποία όμως, δε ταυτίζεται πάντα με εκείνη του επαγγελματία (Sturmey & Crisp, 1986). Μερικοί στόχοι είναι πολύ σημαντικοί για τους γονείς και τους επαγγελματίες, όπως για παράδειγμα η μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού (Gardner, 1984) ή η αύξηση των δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης και επικοινωνίας (Geiger et al., 1978).

Η έρευνα έδειξε ότι οι μητέρες τείνουν να κατανοούν καλύτερα από τους πατέρες την κατάσταση υγείας του παιδιού τους (Nolan et al., 1986) πιθανόν επειδή έχουν μεγαλύτερη επαφή με το ιατρικό προσωπικό. Βρέθηκε επίσης ότι είναι λιγότερο αισιόδοξες από τους πατέρες για την πρόγνωση για την υγεία του παιδιού τους (όταν πρόκειται για χρόνιες ασθένειες) και ότι εκδηλώνουν περισσότερο άγχος και ανησυχία (Banion et al., 1983). Ο διαφορετικός τρόπος αντίληψης των γονέων για την κατάσταση τους, την πρόγνωση και τους περιορισμούς, επιδρά πάνω στον τρόπο που αντιμετωπίζουν το παιδί τους και αποτελεί πιθανή αιτία σύγκρουσης μεταξύ τους (Eiser, 1993).

Στις οικογένειες στις οποίες οι γονείς (ή άλλα μέλη) έχουν διαφορετικές απόψεις για το παιδί, θα ήταν χρήσιμο, για τον άλλον γονέα, να του δοθούν πρόσθετες πληροφορίες από τον επαγγελματία στην περίπτωση που έχασε την ευκαιρία να δεχθεί ακριβείς πληροφορίες. Μια άλλη στρατηγική μπορεί να είναι επίσης χρήσιμη, να αποδείξουν δηλαδή ότι και οι δύο έχουν έγκυρες απόψεις. Ο Daws (1984) υποστηρίζει

ότι ο καθένας θα πρέπει να προσπαθήσει να διατηρήσει τη δική του θέση και να τη συνδυάσει με του άλλου, ώστε να καταλήξουν σε μια συνδυαστική μετριοπαθή άποψη, π.χ. ότι μια συγκεκριμένη υπηρεσία θα μπορούσε να διευκολύνει τη φυσική ανάπτυξη του παιδιού. Ο ρόλος του επαγγελματία, δηλαδή αυτός του ελέγχου των δύο απόψεων και μετά του συνδυασμού τους, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της πόλωσης (και ακολούθως και της δυσαρέσκειας).

1.3.3. Ανακοινώνοντας τη διάγνωση

1.3.3.1. Η αντίδραση των γονέων και οι αποφάσεις τους στο αρχικό στάδιο

Σε αυτή την πρώιμη φάση, όταν οι γονείς για πρώτη φορά πληροφορούνται ότι το παιδί τους έχει κάποια μορφής δυσκολία/ δυσλειτουργία ή ότι βρίσκεται σε κίνδυνο να αναπτύξει κάποια μορφή δυσλειτουργίας, μια σειρά έργων αρχίζει να αναπτύσσεται. Μερικά από αυτά τα έργα είναι μοναδικά για αυτό το στάδιο ενώ άλλα παραμένουν και στο μέλλον. Μερικά αντιμετωπίζονται στο νοσοκομείο ή ίσως στο ιατρείο, σχεδόν μέσα στα λίγα λεπτά της διάγνωσης, άλλα γίνονται φανερά μόνο όταν η οικογένεια σαν σύνολο στο σπίτι της και στην κοινότητα αρχίζει να προσαρμόζεται με την πραγματικότητα της δυσλειτουργίας.

Οι γονείς σπανίως είναι προετοιμασμένοι για μια κατάσταση δυσλειτουργίας ή για μια αρρώστια επικίνδυνη για τη ζωή του παιδιού τους. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης, είτε κατά τη γέννηση είτε αργότερα, δημιουργεί συχνά μια τεράστια κρίση που σχετίζεται με την αλλαγή των προσδοκιών και ελπίδων γι' αυτό κατά τις πρώτες ημέρες οι γονείς μπορεί να έχουν υπερβολικές αντιδράσεις. Τα ακόλουθα δείχνουν μερικές από τις πιο σημαντικές αποφάσεις που πρέπει να λάβουν οι οικογένειες των παιδιών κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου:

- α) Να αποφασίσουν αν θα επιδιώξουν επιθετική ιατρική φροντίδα, όταν η - ζωή του παιδιού βρίσκεται σε κίνδυνο.
- β) Να αποφασίσουν αν θα κρατήσουν το παιδί στην οικογένεια ή να ζητήσουν την εγκατάστασή του σε ίδρυμα ή υιοθεσία. Τα τελευταία χρόνια, υπήρξε μια έντονη τάση στις δυτικές κοινωνίες οι άνθρωποι με δυσλειτουργίες να παραμένουν στις οικογένειές τους και στην κοινότητα μάλλον, παρά να μπαίνουν σε ιδρύματα. Αυτό δε σημαίνει, όμως, ότι ατομικά οι γονείς ενός παιδιού με δυσλειτουργίες ή ενός βρέφους που βρίσκεται σε κίνδυνο έχουν επαρκή επαφή με το χώρο της αναπηρίας ώστε να είναι

ενήμεροι για τις σημερινές πρακτικές. Όπως με το προηγούμενο έργο, οι υπηρεσίες κοινοτικής βοήθειας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες των γονιών για πληροφόρηση και συμβουλευτική από ειδικούς που σχετίζονται με αυτό το έργο, όχι μόνο από το ιατρικό προσωπικό, αλλά και από τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους ψυχολόγους, οι οποίοι είναι σε θέση να μιλήσουν για τις μελλοντικές προοπτικές για τους γονείς και για το παιδί τους και οι οποίοι αναγνωρίζονται ως ειδικοί εμπειρογνώμονες σε μια πλατιά κλίμακα νομικών συστημάτων. Και αυτό και το προηγούμενο έργο επίσης εμπλέκουν τη βοήθεια προς τους γονείς ώστε να αναπτύξουν προσωπικές ιδεολογίες για τη λήψη των αποφάσεών τους.

γ) Να δεχτούν την πραγματικότητα της συνθήκης της δυσλειτουργίας του παιδιού τους και όποιες επιπτώσεις της.

δ) Να καταλάβουν τη φύση της δυσλειτουργίας, την αιτιότητά της και τις αναπτυξιακές της πιθανότητες. Αυτό το αναπτυξιακό έργο μεταφράζει μια υποχρέωση από τη μεριά των φορέων και των υπηρεσιών να παρέχουν στις οικογένειες ακριβείς πληροφορίες για τη φύση των συνθηκών της δυσλειτουργίας και για τις διαθέσιμες υποστηρικτικές υπηρεσίες. Αυτή η πληροφόρηση θα έπρεπε να δίνεται με ευαισθησία, κατά προτίμηση και στους δύο γονείς μαζί, με γραπτή συμπλήρωση και πολλές ευκαιρίες για συνεντεύξεις με τους ειδικούς. Αφού το ιατρικό επάγγελμα έχει την κύρια ευθύνη να πληροφορεί τους γονείς για την δυσλειτουργία του παιδιού τους, είναι σημαντικό το γεγονός ότι τα μέλη που αποδέχτηκαν την ευθύνη να είναι καλά πληροφορημένα και να αποκτήσουν τις επιδεξιότητες για να βοηθήσουν τους γονείς να τα βγάλουν πέρα με αυτό το έργο. Η Featherstone (1981), όταν περιγράφει την οικογενειακή ζωή, βλέπει ότι η αποδοχή περιλαμβάνει 4 διαδικασίες:

- 1) παραδοχή της ύπαρξης της δυσλειτουργίας και της μακρόχρονης σημασίας της,
- 2) ενσωμάτωση του παιδιού και της δυσλειτουργίας μέσα στην οικογένεια,
- 3) να μάθουν να ξεχνούν τα δικά τους λάθη και τις αδυναμίες τους,
- 4) να αναζητούν για νόημα στην απώλειά τους.

Άλλος παράγοντας που θα έπρεπε να ληφθεί υπόψη είναι ότι οι πατεράδες και οι μητέρες εμφανίζονται να έχουν διαφορετικές προσεγγίσεις προς την πραγματικότητα της δυσλειτουργίας, οι πατεράδες αντιδρούν λιγότερο συναισθηματικά και οι μητέρες αντιδρούν περισσότερο συναισθηματικά και εκφράζουν ανησυχία για την ικανότητά τους να τα βγάλουν πέρα με το φορτίο

της φροντίδας του παιδιού. Η συμβουλευτική, επομένως, πρέπει να απευθύνεται και στους δύο γονείς.

ε) Να διατηρήσουν ή να επαυξήσουν τη αυτοεκτίμηση των γονέων και της οικογένειας συνολικά. Σύμφωνα με την Featherstone (1981), αυτό το έργο μπορεί να εφαρμοστεί ειδικά στις μητέρες. Εφόσον ολόκληρη η κοινωνία υποστηρίζει τη γνώμη ότι η μητέρα ευθύνεται για το παιδί, έτσι σε ένα παιδί με δυσλειτουργίες αυτή είναι μια ιδιαίτερα προσβλητική έννοια μειώνοντας την αυτοεκτίμηση, προκαλώντας ενοχές.

στ) Να διατηρήσει ή να επαυξήσει κάποιος τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας . Η παρουσία ενός παιδιού με δυσλειτουργίες στην οικογένεια μοιάζει να ενδυναμώνει κάποιους γάμους, ενώ θέτει σε κίνδυνο κάποιους άλλους. Η ακριβής επίδραση της δυσλειτουργίας στο συζυγικό υποσύστημα καθορίζεται από ένα σύνθετο αμάγαμα ενδιάμεσων παραγόντων και απαιτεί ευαίσθητη ανάλυση από οικογενειακούς θεραπευτές (family workers), αν δίνεται το κατάλληλο είδος υποστήριξης. Ωστόσο, είναι γενικά παραδεκτό ότι σε αυτό το στάδιο της αρχικής διάγνωσης οι γονείς πρέπει να δεχτούν υποστήριξη από γονείς, φίλους, αδέρφια και επαγγελματίες ώστε να δώσουν υποστήριξη ο ένας στον άλλο.

ζ) Να κατανοήσουν και να συμβιβαστούν με τις αντιδράσεις της εκτεταμένης οικογένειας, των φίλων και αυτών που συναναστρέφονται. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι επαγγελματίες αρκετά προσεκτικά να πρέπει να βοηθήσουν τις οικογένειες, να καταλάβουν ότι αυτό που αισθάνονται ως εγκατάλειψη, συχνά δεν είναι τίποτε άλλο παρά αμηχανία.

1.3.3.2. Η αντίδραση των γονέων και οι αποφάσεις τους στο επόμενο στάδιο

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι γονείς εμπλέκονται πιο άμεσα σε πρακτικές και αναπτυξιακές πλευρές της αντιμετώπισης του παιδιού. Τα συναισθηματικά ζητήματα, που ήταν κυρίαρχα στο προηγούμενο στάδιο, είναι ακόμα παρόντα σε πολλές οικογένειες και μπορεί να ξαναεμφανιστούν, αλλά οι γονείς τώρα αρχίζουν να βλέπουν πέρα από την οικογένεια και να ενδιαφέρονται ρωτώντας τον εαυτό τους και τους άλλους: Πώς μπορούμε να βοηθήσουμε καλύτερα το παιδί μας και την οικογένειά μας; Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, αναδύονται, όπως αυτά που ακολουθούν:

- α) Να γνωρίσουν και να πλησιάσουν τις κατάλληλες υποστηρικτικές υπηρεσίες, που παρέχονται από διάφορους θεσπισμένους διά νόμου και εθελοντικούς φορείς. Στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες, αυτό σημαίνει να έχει κανείς σχέσεις με μια πλατιά κλίμακα υπηρεσιών, που περιλαμβάνουν πρώιμα προγράμματα παρέμβασης, υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, υπηρεσίες υγείας και υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας.
- β) Να καθιερώσουν επωφελείς σχέσεις εργασίας με ειδικούς επαγγελματίες.
- γ) Να κάνουν επαφές με άλλες οικογένειες. Η έρευνα δείχνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των γονέων με παιδιά με δυσλειτουργίες δίνουν μεγάλη αξία στο να συναντήσουν γονείς με παιδιά με παρόμοιες δυσλειτουργίες. Οι επαγγελματίες θα έπρεπε να διευκολύνουν τέτοιες επαφές, αλλά και όταν το κάνουν αυτό θα πρέπει να ξέρουν ότι μια σημαντική μειοψηφία (15% στη μελέτη του Mitchell, 1981b) δε θέλουν να κάνουν καμία επαφή με άλλους γονείς ή θα προτιμούσαν να κάνουν επαφές με το δικό τους ρυθμό, ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια της δουλειάς με τα συναισθήματά τους.
- δ) Να τα βγάζουν πέρα με τις αντιδράσεις της ευρύτερης κοινότητας. Στο προηγούμενο στάδιο, η οικογένεια ενός παιδιού με δυσλειτουργίες πρέπει να προσαρμοστεί με την εκτεταμένη οικογένεια, τους φίλους και όσους συναναστρέφεται. Σε αυτό το στάδιο, η διαδικασία επεκτείνεται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.
- ε) Να καθιερώσουν μια ισορροπημένη οικογένεια και προσωπική ζωή γνωρίζοντας πως η έννοια της ισορροπίας είναι προσωπική και μοναδική για κάθε οικογένεια.

1.3.3.3.Μεταγενέστερες συναισθηματικές αντιδράσεις γονέων και Επαγγελματιών

Χρησιμοποιώντας μια προσωπική προσέγγιση για τις αντιδράσεις των γονέων, ο MacKeith (1973) σχημάτισε μια λίστα κατηγοριών των αρνητικών συναισθημάτων που θα μπορούσαν να απαντηθούν στους γονείς σε όλες τις περιόδους του κύκλου ζωής τους. Η λίστα αυτή στην οποία γίνονται συχνές αναφορές, περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Προστατευτικότητα του ανυπεράσπιστου, π.χ. έντονα συναισθήματα προστασίας προς το βρέφος και το παιδί, επιθυμία προστασίας του από κάθε κίνδυνο ή δυσκολία ή ρίσκο.
- Αποστροφή προς το μη κανονικό, π.χ. αίσθημα ανησυχίας, στενοχώριας και αποστροφής προς τους ανθρώπους με αναπηρία.

- Προβλήματα αναπαραγωγής, π.χ. αίσθηση ότι κάτι δεν πάει καλά με αυτούς ως γονείς, επειδή έχουν «παράγει» ένα «ελαττωματικό» παιδί.
- Ανεπάρκεια ανατροφής, π.χ. το αίσθημα ότι ως γονείς είναι Ανεπαρκείς και δεν μπορούν να φροντίσουν όπως πρέπει το παιδί τους ή ότι η δικής τους ανεπάρκεια στο ρόλο του γονέα έχει συμβάλει στα προβλήματα και δυσκολίες συμπεριφοράς/ μάθησης του παιδιού τους.
- Θυμός, π.χ. αίσθημα θυμού, πίκρας και εξαπάτησης από την ίδια τη «ζωή» και τη «μοίρα» που τους έδωσε ένα παιδί με δυσλειτουργίες.
- Θλίψη, π.χ. θλίψη για τα προβλήματα του παιδιού που γεννήθηκε ή θλίψη για το φανταστικό παιδί που αναμενόταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δεν ήρθε ποτέ, ένα αίσθημα απώλειας.
- Σοκ, που σημαίνει αισθήματα έντονου στρες , δυσπιστίας, ανικανότητα πρόσληψης πληροφοριών, αισθήσεις που δε λειτουργούν κανονικά, αποστασιοποίηση και απομόνωση, καθολική εσωτερική αναταραχή.
- Ενοχές, π.χ. αισθήματα ενοχής όταν συμβαίνει κάτι στο παιδί, αίσθηση ότι το παιδί με δυσλειτουργίες είναι μία τιμωρία για κάτι που έκανε ο γονέας στο παρελθόν.
- Αμηχανία, π.χ. άγνοια για το πώς πρέπει να αντιμετωπισθεί μια κατάσταση και ανησυχία για το τι σκέπτονται άλλοι άνθρωποι (όπως το να μην ξέρεις πώς να πεις στους φίλους και γείτονες για τη διάγνωση, ντροπή για τον τρόπο που συμπεριφέρεται το παιδί δημόσια, ανησυχία για τις αντιδράσεις των ξένων).

Όπως επισημαίνουν οι Newson & Hipgrave (1982), κανείς δεν μπορεί να απομακρύνει εντελώς τα δυσάρεστα συναισθήματα, αλλά μπορεί να βοηθήσει τους γονείς να τα αντιμετωπίσουν εάν μπορούν να τα κατανοήσουν καλύτερα. Μπορεί ακόμα να είναι χρήσιμο στους επαγγελματίες να καταλάβουν ότι και εκείνοι έχουν ανάμεικτα συναισθήματα, μερικά εκ των οποίων δεν είναι διαφορετικά από τις αντιδράσεις των γονέων (Cunningham & Davis, 1985), τα οποία μπορεί να παρεισδύουν στην παρέμβαση.

1.3.3.4. Χειρισμός των αρνητικών συναισθημάτων

Τα συναισθήματα που περιγράφηκαν παραπάνω είναι φυσιολογικά. Οι γονείς πρέπει να αναθεωρήσουν τις ελπίδες και τα όνειρα που είχαν για το παιδί τους στο πλαίσιο της δυσλειτουργίας τους. Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίσουν το θυμό

τους, να τον αποδεχτούν και, στη συνέχεια, να απαλλαγούν από αυτόν. Παρά το γεγονός ότι μπορεί να μην είναι φανερό την ώρα της οδύνης, η ζωή βελτιώνεται και τα θετικά συναισθήματα επιστρέφουν.

Χρειάζονται αποδοχή και προσωπική προσπάθεια για την αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων. Με αυτό τον τρόπο, ο γονιός θα απαλλαγεί από την αρνητική επιρροή του θυμού και της πίκρας του που απορροφά την ενεργητικότητα και την πρωτοβουλία του, θα θωρακιστεί και θα αποκτήσει νέα ψυχικά εργαλεία για να αντιμετωπίσει τυχόν δυσκολίες που θα προκύψουν στη συνέχεια. Η επαγγελματική βοήθεια από τους ειδικούς μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευπρόσδεκτη σε αυτήν τη φάση της ζωής τους.

1.3.3.5. Αντιμετώπιση συναισθημάτων του γονέα από την πλευρά του επαγγελματία

Στο συντονισμό με τις αντιλήψεις και τα συναισθήματα του γονέα μπορεί να παρουσιασθούν πολλές δυσκολίες. Η πρώτη δυσκολία έχει να κάνει με τη δυσκολία διάκρισής τους. Μερικοί γονείς δε θέλουν να αποκαλύψουν τα συναισθήματά τους και άλλοι δίνουν αντιφατικά μηνύματα.

Κατά δεύτερο λόγο, οι γονείς μπορεί να εκφράσουν έντονα συναισθήματα (όπως θλίψη, άγχος, κατάθλιψη), τα οποία μπορεί να κατακλύσουν τον επαγγελματία. Ο επαγγελματίας μπορεί να θεωρεί ότι η υπερβολική προσέγγιση του γονέα που βρίσκεται σε φορτισμένη συναισθηματική κατάσταση, είναι δυνατόν να προκαλέσει άγχος και κατάθλιψη στον ίδιο. Δυστυχώς, ένας επαγγελματίας που βρίσκει δύσκολο το να επικοινωνήσει με ένα γονέα και είναι υπερβολικά ξένος σε σχέση με τις εμπειρίες του γονέα, θα αντιδράσει με πολλούς μη εποικοδομητικούς τρόπους. Μπορεί να υιοθετήσει μια σειρά αμυντικών αντιδράσεων ενάντια στην στεναχώρια και το άγχος, όπως είναι η αποφυγή της επαφής με τον γονέα, η απομάκρυνση και η έλλειψη συμπάθειας που, με τη σειρά τους, πιθανόν να οδηγήσουν σε αντιδράσεις ακατάλληλες για το γονέα. Μπορεί να είναι ανάρμοστα χαρούμενος ή να δίνει ψευδείς επιβεβαιώσεις, μπορεί να χρησιμοποιεί επιλεκτικά κάποιους υπαινιγμούς ή να αποφεύγει κάποιους άλλους, μπορεί να βιαστεί να προβεί σε κάποια ενέργεια ή να δώσει κάποια συμβουλή πολύ βιαστικά, «κλέβοντας» έτσι από μερικούς γονείς την ευκαιρία να αντιμετωπίσουν τον πόνο τους για τις περιορισμένες δυνατότητες του παιδιού τους (Daws, 1984). Μπορεί επίσης να επικρίνει, να προεξοφλήσει ή να

υποτιμήσει τις αντιδράσεις του γονέα. Οι αντιδράσεις αυτές είναι δυνατό να μη βοηθήσουν το γονέα και να μην καλύψουν τις πραγματικές ανάγκες του.

1.3.3.6.«Αντανακλώντας» τις αντιδράσεις του γονέα

Η ομοιότητα των εμπειριών και απόψεων του επαγγελματία και του γονέα (π.χ. όταν ο επαγγελματίας έχει ένα παιδί με δυσλειτουργίες ή όταν έχει το ίδιο πολιτιστικό και κοινωνικό υπόβαθρο) μπορεί να οδηγήσει τον επαγγελματία σε ταύτιση με την κατάσταση του γονέα. Μπορεί να «προβάλλει» τον εαυτό του στην κατάσταση του γονέα και να οδηγηθεί σε αντιδράσεις και απόψεις (που μπορεί να είχε ο ίδιος στην ίδια κατάσταση), οι οποίες όμως μπορεί να μην ισχύουν για τον άλλο άνθρωπο. Μπορεί να θεωρεί ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις του γονέα τον αναστατώνουν επειδή επαναενεργοποιούν παρόμοια συναισθήματα σε εκείνον. Η κοινωνία, οι υπηρεσίες και οι αντιδράσεις των γονέων. Καθώς το παιδί μεγαλώνει, δεν πρέπει να συνάγεται, ότι όλες οι συναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων που σχετίζονται με θέματα που έχουν να κάνουν με το παιδί τους πηγάζουν ευθέως από τη θλίψη τους για την δυσλειτουργία του παιδιού (όπως συνηθιζόταν να πιστεύεται). Οι αντιδράσεις τους μπορεί να είναι μια απάντηση σε τυχόν κοινωνικές εμπειρίες που προκαλούνται από το γεγονός ότι έχουν ένα παιδί με δυσλειτουργίες . Παρόλο που οι γονείς τρέφουν θετικά συναισθήματα προς τα πρόσωπα ορισμένων επαγγελματιών (Byrne et al., 1988), έρευνες έδειξαν μια ευρεία και αρκετά σταθερή δυσαρέσκεια για ορισμένες πλευρές που αφορούν τις επαγγελματικές υπηρεσίες.

Πράγματι, προβλήματα που σχετίζονταν με τις υπηρεσίες, συχνά ήταν περισσότερο σημαντικά από προβλήματα που προέκυπταν ευθέως από την δυσλειτουργία του παιδιού (Lloyd – Bostock, 1976). Οι γονείς εξέθεσαν αρνητικές γνώμες και συναισθήματα, λόγω ελλείψεως υπηρεσιών ή ανεπαρκούς βοήθειας – αργή ανταπόκριση και καθυστερήσεις, απρόσιτες, κακώς συντονισμένες ή οργανωμένες υπηρεσίες, γρήγορες αλλαγές προσωπικού και έλλειψη συνέχειας στη βοήθεια. Με τους επαγγελματίες ως άτομα μπορεί να προκύψουν αρνητικά συναισθήματα λόγω κακής επικοινωνίας, απρόσωπης και ψυχρής παρέμβασης, έλλειψης διαθεσιμότητας, έλλειψης τεχνικών ικανοτήτων, καθώς και έλλειψης εξειδικευμένων γνώσεων (Lloyd – Bostock, 1976 · Reid, 1983 · Ayer & Alaszewski, 1984 · Pahl & Quine, 1984 · Ineichen, 1986). Έχουν γίνει παράπονα για μη εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών η οποία έχει σαν αποτέλεσμα να πρέπει οι γονείς να γίνουν οι ίδιοι ειδικοί για το παιδί

τους προκειμένου να καλύψουν τις ελλείψεις των επαγγελματιών (Lloyd –Bostock, 1976).

Στη μελέτη υποστήριξης που έγινε στο Μάντσεστερ για το σύνδρομο Down, από τους Byrne et al. (1998), επαληθεύτηκε ότι οι επαγγελματίες που δεν μπόρεσαν να αντιληφθούν τις απόψεις των γονέων για τις ανάγκες τους ή εκείνοι οι οποίοι δε ζητούσαν συμμετοχή των γονέων και δεν έδειχναν σεβασμό προς αυτούς, ήταν εκείνοι που χαρακτηρίζονταν ως μη εξυπηρετικοί και οι οποίοι προκαλούσαν αρνητικά συναισθήματα. Αυτό ίσχυσε ιδιαίτερα σε επαγγελματίες που θεωρούνταν ότι κατείχαν έναν ειδικό διδακτικό ή συμβουλευτικό ρόλο ή με ειδικότητες που σχετίζονταν ιδιαίτερα με την ικανότητα της μεταδοτικότητας προς το γονέα, όπως είναι οι λογοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, δάσκαλοι κατ' οίκον και ψυχολόγοι. Οι επαγγελματίες που δεν είχαν αποτελεσματική συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και ιδρύματα, ήταν πιθανότερο να δημιουργήσουν αρνητικές εντυπώσεις—αυτό συνέβη ιδιαίτερα με θεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς.

1.3.3.7. Αποκαθιστώντας την ισορροπία: οι θετικές αντιδράσεις

Ακόμα και όταν οι γονείς βιώνουν μερικά ή όλα από τα παραπάνω συναισθήματα στη διάρκεια της ζωής του παιδιού τους, πολλοί από αυτούς μιλούν και για πολλές θετικές εμπειρίες και συναισθήματα (Darling, 1979 · Byrne et al., 1988).

Πολλοί γονείς με τον καιρό μαθαίνουν να αγαπούν, να φροντίζουν και να εκτιμούν βαθιά το παιδί τους. «Η ικανότητα προσαρμογής των οικογενειών είναι τεράστια και αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι παρόλα τα εμπόδια που δημιουργούνται στο δεσμό γονέα–παιδιού στις περιπτώσεις της παιδικής δυσλειτουργίας, η μεγάλη πλειοψηφία δημιουργεί ισχυρούς δεσμούς με τα ανάπηρα παιδιά τους» (Seligman & Darling, 1989).

Η επικύρωση αυτή των αρνητικών συνεπειών της δυσλειτουργίας από τους επαγγελματίες, μπορεί δυνητικά να είναι καταστροφική για τους γονείς και τα παιδιά, ιδιαίτερα μακροπρόθεσμα. Για παράδειγμα, οι γονείς απεχθάνονται να τους λένε να μην αισθάνονται ένοχοι όταν καταλαβαίνουν από μόνοι τους ότι δεν αισθάνονται έτσι (McConachie, 1986). Οι γονείς που πασχίζουν να διατηρήσουν μια «φυσιολογική» σχέση με το παιδί τους κι έναν «φυσιολογικό» τρόπο ζωής μπορεί να κατηγορηθούν ότι «αρνούνται το πρόβλημα» ή ότι δεν είναι «ρεαλιστές», παρόλο που

οι δυνατές, στενές οικογενειακές σχέσεις αποτελούν βασική προϋπόθεση της προσαρμογής της οικογένειας.

Μία θετική στάση ζωής είναι πολύ χρήσιμη στην αντιμετώπιση και των δυσκολότερων καταστάσεων. Ο άνθρωπος μπορεί πάντα να δει τη θετική πλευρά των πραγμάτων, χωρίς να αρνείται τη σοβαρότητά τους. Όταν, για παράδειγμα, στην κόρη του κυρίου και της κυρίας x γνωστοποιήθηκε η διάγνωση της μυϊκής δυστροφίας, μετά το αρχικό σοκ, οι γονείς ανακουφίστηκαν από το γεγονός ότι η φυσική αυτή αναπηρία δεν συνοδεύεται και από πνευματική καθυστέρηση. Στη διαμόρφωση μιας θετικής στάσης ζωής βοηθά και η αφιέρωση χρόνου από την πλευρά των γονιών για τον εαυτό τους και τις δικές τους ανάγκες, πέρα από εκείνες του παιδιού τους. Η ξεκούραση, η σωστή διατροφή, η καταπολέμηση του άγχους και οι κοινωνικές επαφές μπορούν να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα. Μήνυμα προς όλους τους γονείς: «Δεν είστε μόνοι σας!»

Η απομόνωση που νιώθουν οι γονείς, κυρίως την εποχή της διάγνωσης αλλά και σε άλλες κρίσιμες καμπές της ζωής του παιδιού με ειδικές ανάγκες, παρατηρείται παγκοσμίως. «Ένιωθα σαν να κουβαλούσα το βάρος όλου του κόσμου στους ώμους μου και ότι ήταν απλώς ζήτημα χρόνου το πότε θα λύγιζα» εξομολογείται η μητέρα ενός παιδιού με εγκεφαλική παράλυση. Και η αντίδρασή της δεν είναι καθόλου παράξενη, αφού πρόκειται για μία από τις βασικές συναισθηματικές αντιδράσεις που χαρακτηρίζουν τους γονείς που έχουν ένα παιδί με αναπηρία, διανοητική, κινητική, ή άλλου είδους. Η πρώτη σκέψη είναι «γιατί να τύχει αυτό σε μας;» με το συνεπαγόμενο συναίσθημα μοναξιάς και πεποίθησης ότι είναι οι μοναδικοί που αντιμετωπίζουν αυτή την κατάσταση. Δυστυχώς, μέχρι πρόσφατα, άγνοια και άγραφοι κοινωνικοί κανόνες που ήθελαν την τήρηση σιωπής γύρω από τα ζητήματα ειδικών αναγκών επέβαλαν την κοινωνική απομόνωση των οικογενειών με παιδιά που έχουν ειδικές ανάγκες. «Τολμηροί» γονείς που κυκλοφόρησαν με ένα μωρό με σύνδρομο Down στο καροτσάκι του εξομολογούνται: «Ανθρωποι στο δρόμο ή σε δημόσιους χώρους έσκυβαν πάνω από το καροτσάκι χαμογελώντας, αλλά μόλις αντίκριζαν τον γιο μας απέστρεφαν το βλέμμα και έκαναν αρνητικά σχόλια, αγκάθια που μπήγονταν στην καρδιά μας». Και δεν είναι οι μοναδικοί γονείς που έχουν μια τέτοιου είδους ιστορία να μοιραστούν. Αλλά, όπως οι ίδιοι δηλώνουν, μαθαίνουντας από την εμπειρία τους, και έχοντας τη δυνατότητα να μοιραστούν και να συγκρίνουν την ιστορία τους με εκείνη άλλων γονιών σε παρόμοια θέση, ξαφνικά ανακάλυψαν ότι δεν ήταν μόνοι στην

πορεία των πραγμάτων. Η σύγχρονη ορολογία σταδιακά ξεφεύγει από τον όρο «ειδικά παιδιά» για να τον αντικαταστήσει με το σωστότερο «παιδιά με ειδικές ανάγκες», σε μια προσπάθεια να μπει μπροστά και να τονιστεί η ιδιότητά τους ως παιδιών πρωτίστως και στη συνέχεια να προσδιοριστεί ότι υπάρχουν και κάποιες ειδικές ανάγκες.

1.3.3.8. Επικοινωνία γονέων και επαγγελματιών

Ο γονέας και ο επαγγελματίας πολύ συχνά, πριν ακόμα συναντηθούν, έχουν κάποιες αντιλήψεις μέσα από την εμπειρία τους. Οι προηγούμενες εμπειρίες που έχει αποκτήσει ο γονέας από άλλους, όπως για παράδειγμα από τα Μαζικής Μέσα Ενημέρωσης, τον οδηγούν στο να σχηματίσει ορισμένες εντυπώσεις για το τι είναι ένας «θεραπευτής» ή ένας «γιατρός».

Επακολουθεί συνάντηση των δύο πλευρών όπου οι εντυπώσεις έχουν αποκρυσταλλωθεί και οι οποίες άλλοτε στηρίζουν και άλλοτε αμφισβητούν τις προηγούμενες εντυπώσεις. Ο επαγγελματίας μπορεί να είναι φιλικός, ζεστός, προσιτός ή ψυχρός, απόμακρος και επιβλητικός. Ο γονέας μπορεί να φαίνεται φιλικός, ανοιχτός και φιλόξενος ή εχθρικός, καχύποπτος και αφιλόξενος – άνετος και ανοιχτός ή νευρικός και αποσυρμένος. Το να γνωρίζεις μια οικογένεια με τους δικούς της όρους διευκολύνεται όταν οι συναντήσεις γίνονται με έναν άνετο, ανεπίσημο τρόπο και σε ένα μέρος το οποίο είναι βολικό για την οικογένεια και όσο το δυνατό συμβατό με το καθημερινό τους πρόγραμμα.

Μία συνάντηση γνωριμίας είναι μια συνάντηση η οποία έχει διάφορους στόχους, αποτελεί δε μια διαδικασία εξοικείωσης μεταξύ γονέων-παιδιού και επαγγελματία. Οι στόχοι (και πως εξελίσσεται η πρώτη συνάντηση) θα υπαγορευθεί μερικά από το πώς αντιλαμβάνεται ο επαγγελματίας το δικό του ρόλο, καθώς επίσης και από το είδος της σχέσης που επιθυμούν να εγκαθιδρύσει με την οικογένεια (Appleton & Minchom, 1991). Το εάν θα εκπληρωθούν αυτοί οι στόχοι ή όχι, θα εξαρτηθεί και από τις αντιδράσεις του γονέα, καθώς και από τη σχέση που θα προκύψει μεταξύ τους. Παρόλο που, μπορεί να τεθούν διάφοροι στόχοι στις πρώτες συναντήσεις, μερικοί βασικοί είναι ιδιαίτερος κατάλληλοι για την απαρχή ενός συνεταιρισμού και είναι οι ακόλουθοι.

Δεύτερος στόχος είναι οι γονείς να απευθύνονται για τις προσδοκίες και τα

αισθήματά τους στον επαγγελματία. Πρέπει ο επαγγελματίας να έχει την ικανότητα να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις που θα οδηγήσουν το γονέα να είναι ειλικρινής αναφέροντας τις ελπίδες και τις προσδοκίες του από την παρέμβαση.

Ο τρίτος στόχος που σχετίζεται με την γνώση των γενικότερων ανησυχιών και αναγκών της οικογένειας συνδέεται με το προηγούμενο. Ερωτήσεις προς συζήτηση από τον επαγγελματία του είδους «Πώς μπορώ να βοηθήσω»; Η «Θα μπορούσα να βοηθήσω σε κάτι»; Καλούν το γονέα ή το μέλος της οικογένειας να κατευθύνει το διάλογο και να εκφράσει τις ανησυχίες και τις ανάγκες του, καθώς και τις προσδοκίες του. Παρόλα αυτά, η επικοινωνία αυτή δεν είναι πάντα ομαλή. Το πώς αντιλαμβάνεται ο γονέας τον επαγγελματία και το δικό του ρόλο ως «ασθενούς» ή «πελάτη» και το πώς ο επαγγελματίας διαμεσολαβεί λεκτικά ή μη σε σχέση με τον γονέα, μπορεί να οδηγήσουν σε αναστολές και σιωπή του γονέα. Αυτό έχει καταδειχθεί έντονα σε συναντήσεις γιατρού – ασθενούς όπου τουλάχιστον οι μισοί ενός δείγματος ασθενών έδειξαν πολύ μικρή συμμετοχή στις ιατρικές συμβουλές (Tuckett, 1982 · Robinson, 1989). Λόγω του ότι ο επαγγελματίας δεν έχει επαρκείς πληροφορίες για το παρελθόν και το μορφωτικό επίπεδο των μελών της οικογένειας, μπορεί να παρερμηνεύσει τις πληροφορίες γύρω από τις ανάγκες και ανησυχίες της οικογένειας ή να καταλήξει σε λανθασμένα συμπεράσματα, ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερος με οικογένειες εθνικών μειονοτήτων, όπως για παράδειγμα σε Ασιατικές οικογένειες παιδιών με δυσλειτουργίες που κατοικούν στις Η.Π.Α. (Robina Shah, 1992).

Τέταρτος στόχος είναι η παροχή επαγγελματικών πληροφοριών και συμβουλών προς τους γονείς και την οικογένεια, προκειμένου ο γονέας να είναι κατάλληλα πληροφορημένος για το τι βοήθεια μπορεί να ζητήσει και τι να περιμένει από την παρέμβαση. Οι επαγγελματίες υγείας κατέχουν ειδικές γνώσεις τις οποίες είναι ίσως χρήσιμο, αν όχι ζωτικής σημασίας, γι' αυτούς, να τις μεταδώσουν στους γονείς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Θα πρέπει να ενημερώσουν τους γονείς για τη διάγνωση και την υγεία του παιδιού, τις κοινωνικές και εκπαιδευτικές του δυνατότητες και τις ειδικές εκπαιδευτικές του ανάγκες. Θα χρειαστεί να τους μιλήσουν για τις υπηρεσίες και τις προτεινόμενες θεραπείες. Θα χρειαστεί ακόμα να τους εξηγήσουν το σκοπό και τη διαδικασία μιας θεραπευτικής αξιολόγησης – θα χρειαστεί να αναλύσουν την αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας. Ο γονέας θα πρέπει να είναι επαρκώς ενημερωμένος προκειμένου να δώσει τη συγκατάθεσή του για οποιαδήποτε διαδικασία

ή παρέμβαση σχεδιασμένη από τον επαγγελματία. Ακόμα, οι επαγγελματίες μπορεί να κατέχουν εξειδικευμένες ικανότητες τις οποίες επιθυμούν να μεταδώσουν σε ένα γονέα, όπως είναι μέθοδοι διδασκαλίας, τρόποι χειρισμού της συμπεριφοράς του παιδιού ή παροχή ιατρικής αγωγής.

Από τη δεκαετία του 1960, σημειώθηκε αύξηση της πληροφόρησης των γονέων για τις αποφάσεις των επαγγελματιών (π.χ. ιατρικές αποφάσεις [Alderson, 1990]). Πολυάριθμες μελέτες αναφέρουν ότι η κακή «ελλιπής επικοινωνία» είναι το σοβαρότερο παράπονο των γονέων/ ασθενών και ιδιαίτερα η έλλειψη ενημέρωσης. Αλλά, ακόμα και όταν οι επαγγελματίες προσπαθούν να επικοινωνήσουν, η ορολογία τους συχνά παρερμηνεύεται ή ξεχνιέται με τον καιρό.

Ένα επικοινωνιακό φράγμα μπορεί να αποκλείσει την ομαλή μετάδοση των εξειδικευμένων γνώσεων. Ο επαγγελματίας μπορεί να πιστεύει ότι είπε τα πάντα στον γονέα ή να υποθέσει ότι ο γονέας έχει τις απαιτούμενες γνώσεις και γι' αυτό να μην κάνει καμία προσπάθεια για να εξακριβώσει τι έχει γίνει κατανοητό. Η έλλειψη επικοινωνίας μπορεί επίσης να είναι ένα μέσο διατήρησης της εξουσίας του ειδικού. Στη μελέτη του Marks (1992), η έλλειψη ενημέρωσης μιας μητέρας για το πρόγραμμα και το σκοπό μιας σύσκεψης διατήρησε τον έλεγχο των επαγγελματιών επί των διαδικασιών, οι οποίοι είχαν ήδη μόνοι τους προσυμφωνήσει τους στόχους της συνάντησης. Αλλά το φράγμα πρέπει να ξεπεραστεί, εάν θέλει ο επαγγελματίας να επιτύχει να μεταδώσει τις γνώσεις του. Η εκ προθέσεως ή εξ αμελείας ελλιπής επικοινωνία, διατηρεί την αδύναμη θέση του γονέα. Η έλλειψη γνώσεων ή η παρερμηνεία συντελεί στο να παραμένει ο γονέας αδαής και επομένως ανίσχυρος να συμμετέχει ή να παρεμβαίνει στις δραστηριότητες των επαγγελματιών και να βοηθάει το παιδί και την οικογένειά του.

Επιπλέον, η κακή κατανόηση ή μνημονική ανάκληση των μηνυμάτων του επαγγελματία, μπορεί να οδηγήσουν σε δυσαρέσκεια για την παρέμβαση του επαγγελματία και σε μικρότερη συμμόρφωση με τις επαγγελματικές συμβουλές, που στην περίπτωση ιατρικών πληροφοριών, μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις για τον ασθενή (Ley et al., 1976 · Nazarian et al., 1974).

Η συναίνεση που βασίζεται σε αξιόπιστη πληροφόρηση εξαρτάται και αυτή από την ικανοποιητική κατανόηση των πληροφοριών που δίνονται από τους επαγγελματίες (Ley, 1989).

Σε μια εκτεταμένη έρευνα του Ley (1989), ένα σημαντικό αριθμητικό δείγμα οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η κατανόηση και η ανάκληση των ιατρικών πληροφοριών από τους γονείς αυξήθηκε σημαντικά με τη χρησιμοποίηση διαφόρων τεχνικών επικοινωνίας.

Οδηγίες για την πρακτική εφαρμογή

1. Κάνετε την εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης του γονέα. Οι γονείς που βρίσκονται σε κατάσταση σοκ, απόγνωσης και αγωνίας, είναι σε θέση να προσλάβουν μέρος μόνο του μηνύματος.

2. Να δείχνετε συμπάθεια, περίσκεψη και ενδιαφέρον.

3. Καλέστε τους γονείς να παρουσιάσουν τις δικές τους ιδέες, προσδοκίες και ερωτήσεις και ενθαρρύνετε ενεργητικά τη συμμετοχή τους στο διάλογο (Robinson, 1989).

4. Το μήνυμά σας πρέπει να είναι:

καθαρό, ευθύ και άμεσο

απλουστευμένο, με μικρότερες λέξεις και προτάσεις

5. Για να βοηθήσετε στη μνημόνευση/ ανάκληση των πληροφοριών:

δώστε σειρά προτεραιότητας στις πληροφορίες

κάνετε αναλυτική κατηγοριοποίηση. Πριν παρουσιάσετε τις πληροφορίες,

κατηγοριοποιήστε το υλικό

χρησιμοποιήστε την επανάληψη

6. Για να βοηθήσετε στην κατανόηση των πληροφοριών:

αποφύγετε, όπου είναι δυνατόν, την τεχνική ορολογία, περιλάβετε επεξηγήσεις

ελέγχετε σε τακτά χρονικά διαστήματα τι έχει κατανοήσει ο γονέας από αυτά που του

έχουν πει ερευνηστε τον τρόπο με τον οποίο «ερμηνεύει» τις καταστάσεις ο γονέας και

τι «διανοητικά σχήματα» χρησιμοποιεί, προκειμένου να εξακριβώσετε τον τρόπο με

τον οποίο ερμηνεύει αυτά που λέτε βοηθήστε τους γονείς να κάνουν ερωτήσεις πάνω

σε αυτά που τους είπατε καταγράψτε όσα τους λέτε πραγματοποιήστε μια συνάντηση

ελέγχου, για να εξακριβώσετε τι έχει γίνει αντιληπτό και τι έχει συγκρατηθεί στη

μνήμη από αυτά που συζητήθηκαν

7. Εκθέστε τους λόγους για τους οποίους «διατυπώνετε» κάθε πληροφορία. (Marks, 1992).

Οι οδηγίες αυτές τονίζουν ότι η μετάδοση των επαγγελματικών γνώσεων είναι μάλλον μια αμφίδρομη, παρά μια μονόδρομη διαδικασία.

Αυτός, ο πέμπτος στόχος είναι ανώτερος όλων, επειδή αποτελεί τη βάση της διαδικασίας διαπραγμάτευσης της συνεταιριστικής σχέσης. Για να βοηθηθεί ο γονέας στην εκτίμηση των διαφόρων επιλογών, ο επαγγελματίας μπορεί να θέλει να παρουσιάσει τις δικές του απόψεις σχετικά με το τι θα βοηθούσε και θα ωφελούσε το παιδί και την οικογένεια. Όμως, το Μοντέλο της Διαπραγμάτευσης περιλαμβάνει και τα θέματα της διαφωνίας απόψεων και της ασυμφωνίας κατά τις πρώτες συναντήσεις. Ο γονέας μπορεί να είναι απρόθυμος να αποδεχθεί την επιλογή που ο επαγγελματίας πιστεύει ότι θα ωφελούσε το παιδί του. Ο επαγγελματίας που δε διαθέτει πολλές εναλλακτικές λύσεις παροχής υπηρεσιών μπορεί να αποτύχει να ανταποκριθεί στις αρχικές προσδοκίες του γονέα.

Ένας άλλος κίνδυνος είναι ο γονέας να αφεθεί στην εξουσία και πειστικότητα του επαγγελματία, χωρίς καμία απολύτως συμμετοχή συναινώντας ακόμα και σε πράγματα που δεν επιθυμούσε. Η ακρόαση ενός γονέα είναι πιθανόν να έχει μεγάλη σημασία στη διαδικασία της επικοινωνίας (Davis, 1993 · Dale, 1992). «Το να μην σε ακούνε» αποτελεί, από την πλευρά των γονέων, την πιο συχνή κριτική σε βάρος των επαγγελματιών.

Η ακρόαση είναι κεντρικός άξονας της συνεταιριστικής εργασίας. Μέσα από την ακρόαση, συγκεντρώνονται οι απαραίτητες πληροφορίες γύρω από τις θέσεις και απόψεις του γονέα. Η ακρόαση στέλνει μηνύματα στο γονέα (καθώς και σε άλλα μέλη της οικογένειας) ότι αξίζει να τους ακούν και ότι η γνώμη τους έχει αξία για τη διαδικασία της επίλυσης των προβλημάτων και της λήψης αποφάσεων.

Σαν μέρος μιας συμβουλευτικής/ επιβοηθητικής διαδικασίας, η ακρόαση έχει και άλλα πιθανά πλεονεκτήματα για το γονέα και την οικογένεια ενός παιδιού με δυσλειτουργίες (Fost, 1981 · Davis, 1993). Έχοντας κάποιον να τον ακούει, ο γονέας (ή άλλα μέλη της οικογένειας) μπορεί να κερδίσουν χώρο και χρόνο για να εξερευνήσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να βοηθηθούν στο να αντιμετωπίσουν τις περιστάσεις της ζωής τους πιο αποτελεσματικά.

Η ακρόαση, σαν μέρος μιας συμβουλευτικής διαδικασίας, μπορεί να βοηθήσει ένα άτομο να επιδιώξει περισσότερο την προσωπική του ανάπτυξη, να ξεπεράσει ή να αντιμετωπίσει καλύτερα συγκεκριμένα προβλήματα, να πάρει αποφάσεις ή να ανταπεξέλθει σε προκλήσεις ή σε μια κρίσιμη περίοδο (Nelson-Jones, 1983). Αυτή η συνεισφορά σχετίζεται και με τη συνεταιριστική

εργασιακοί μέθοδοι συμβουλευτικής συμβάλλουν σημαντικά στη βοήθεια προς το γονέα να συμμετέχει ως συνέταιρος (Cunningham & Davis, 1985).

Ο Hornby et al. (1987), στο μοντέλο τους για τη διαδικασία βοήθειας, υποστηρίζουν ότι η ακρόαση έχει τρία στάδια. Ένα πρόσωπο το οποίο δέχεται βοήθεια ή συμβουλευτική, πρώτα ακροάζεται, μετά βοηθείται να επιτύχει ένα μεγαλύτερο βαθμό κατανόησης της κατάστασης και μετά βοηθείται να λύσει τα προβλήματά του ή να δράσει αποτελεσματικά.

Η ακρόαση, αποτελεί ικανότητα και πρέπει να είναι:

-προσεκτική

-ακριβής

-με συναισθηματική συμμετοχή

-συνδεδεμένη με μηνύματα προς το γονέα ή τα μέλη της οικογένειας που ακροάζονται

Ο γονέας είναι δυνατόν να μην αισθάνεται άνετα να εκμεταλλευτεί το χρόνο του επαγγελματία για να μιλήσει ή να απογοητευτεί όταν ο επαγγελματίας δεν του βρίσκει λύση στο πρόβλημά του. Ο επαγγελματίας ίσως να νιώσει μια βαθύτερη παρόρμηση να «κάνει» κάτι για να βοηθήσει, αλλά να δυσκολεύεται να ανταποκριθεί χωρίς να παρεμβάλλεται και να επινοεί ερμηνείες και λύσεις. Η σιωπή μπορεί να ξυπνήσει αισθήματα άγχους και στενοχώριας και στις δύο πλευρές. Ο επαγγελματίας μπορεί να δυσκολεύεται να καθοδηγεί τα πράγματα, είτε είναι σωστό να αντιδράσει με κάποιο τρόπο είτε όχι. Η φάση αυτή της «κατανόησης» ακολουθεί την προηγούμενη φάση της «ακρόασης», μέρος της διαδικασίας βοήθειας, παρόλο που η ροή της διαδικασίας αυτής είναι μάλλον ευθεία και κυκλική, ταυτόχρονα. Η τελική φάση της διαδικασίας συμβουλευτικής/ βοήθειας είναι γνωστή ως επίλυση των προβλημάτων και μπορεί να οδηγήσει στη λήψη αποφάσεων.

Η ακόλουθη τεχνική μπορεί να εφαρμοσθεί σε γονείς, κατά προτίμηση σε σχέση με ένα τρέχον πρόβλημα, ή να διδαχθεί στους γονείς για δική τους γενική χρήση (Nelson – Jones, 1983). Τα στάδια της διαδικασίας είναι:

1. ο προσδιορισμός της φύσης του προβλήματος ή διλήμματος
2. η δημιουργία εναλλακτικών λύσεων ενός προβλήματος (δηλ. Μία σύσκεψη ανταλλαγής ιδεών)
3. η συγκέντρωση πληροφοριών για τις εναλλακτικές λύσεις (π.χ. τι περιλαμβάνουν, πόσο εφικτές θα είναι για την οικογένεια)

4. η εξέταση των συνεπειών των επιλογών (π.χ. η επίδρασή τους στην οικογένεια και το παιδί, οι εντυπώσεις της οικογένειας για τις διάφορες εκβάσεις αυτών)
5. λήψη της απόφασης (η απόφαση επιλογής μιας εναλλακτικής λύσης)
6. η ανάπτυξη σχεδίων δράσης
7. η ανάληψη δράσης
8. η εκτίμηση της ορθότητας της απόφασης βάσει των αποτελεσμάτων

1.3.3.9. Άλλες δυσκολίες στη συνεργασία

Για πολλά χρόνια, οι γονείς παιδιών με δυσλειτουργίες δεν είχαν υποστήριξη και ελάμβαναν μικρή βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας (Mittler & Mittler, 1983). Κεντρικός άξονας ήταν το παιδί και το επικρατέστερο μοντέλο εκπαίδευσης και πρακτικής τους επαγγελματία ως ειδικού λειτουργούσε μάλλον ενάντια στις σχέσεις συνεργασίας με τους γονείς.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 όλοι πια είχαν καταλάβει πως η συνεργασία μεταξύ γονέων και θεραπευτών είναι αμοιβαίως ευεργετική και επωφελής όχι μόνο για τα άτομα που συνεργάζονται άλλα κυρίως για τα παιδιά τα οποία και εκπαιδεύονται (Kagan, 1988). Ωστόσο φαίνεται πως οι γονείς έχουν δυσκολία στη συνεργασία τους με τους επαγγελματίες οι οποίοι δεν τους αντιμετωπίζουν ως ίσους ή δεν έχουν επαρκή ικανότητα για να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των παιδιών τους (Kahn & Kamerman, 1992 · Turnbull & Turnbull, 2001). Οι γονείς επίσης εμφανίζουν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες με υπηρεσίες οι οποίες είναι ασυντόνιστες (O'Connor, 1995 · Roberts, Akers, & Behl, 1996). Η συνεργασία αυτή διακυβεύεται όταν το πολιτισμικό υπόβαθρο των γονέων είναι διαφορετικό από αυτό του επαγγελματία. Αυτό συμβαίνει γιατί οι αξίες, τα πιστεύω, ακόμη και η γλώσσα που έχουν οι γονείς μπορεί να είναι τελείως διαφορετικά από αυτά του επαγγελματία με τον οποίο συνεργάζονται (Kalyanpur & Harry, 1999 · Lynch & Hanson, 1998).

Μια αποτυχία εκπλήρωσης καθορισμένων υποχρεώσεων δεν ακολουθείται πάντα από την κατάργηση της συνεργασίας. Και στις δύο πλευρές, μπορεί να υπάρχουν δυσχερείς συνθήκες που εμποδίζουν τη διεκπεραίωση των καθηκόντων τους. Προβλήματα οικονομικά και στέγασης, προβλήματα στο γάμο ή αυξημένες ανάγκες φροντίδας του παιδιού, μπορούν για παράδειγμα, να παρεμποδίσουν την εκπλήρωση όλων των αναγκών του παιδιού με δυσλειτουργίες σε πρακτική και ψυχολογική φροντίδα (Dunst & Leet, 1987).

Ο επαγγελματίας μπορεί να βοηθήσει ένα γονέα να ξεπεράσει τις τρέχουσες δυσκολίες και περιορισμούς που θέτουν εμπόδια στην ικανοποιητική φροντίδα προς το παιδί ή μπορεί τουλάχιστον να προσφέρει αποδεκτή κατανόηση και υποστήριξη. Ο επαγγελματίας μπορεί να μειώσει ή να αλλάξει τις προσδοκίες του γονέα.

Είναι πιθανό, όμως, να υπάρξει ένα κατώτατο όριο ελάχιστης ευθύνης ή «ελάχιστων προσδοκιών» (Cunningham & Davis, 1985), κάτω του οποίου θα είναι δύσκολο ή αδύνατον για τους γονείς και τους επαγγελματίες να εργάζονται συνεταιριστικά. Εάν ένας γονέας δεν μπορέσει να ικανοποιήσει το ελάχιστο των προσδοκιών για επαρκή προστασία και φροντίδα του παιδιού του, μέσα στο πλαίσιο της έννοιας της «καλής και επαρκούς γονικής φροντίδας» που επικρατεί στην κοινωνία μας, ο επαγγελματίας είναι υποχρεωμένος να επικαλεστεί τα νόμιμα δικαιώματά του να επέμβει για λογαριασμό του παιδιού. Κάτι τέτοιο μπορεί να θέσει σε σοβαρή δοκιμασία τη μελλοντική συνεργασία.

1.4. Διαχείριση (COPING)

Οι στρατηγικές διαχείρισης οδηγούν στην επίτευξη συγκεκριμένων ικανοτήτων προσαρμογής. Όπως οι περισσότερες στρατηγικές μαθαίνονται και εφαρμόζονται όταν συγκεκριμένοι στόχοι γίνονται πρωταρχικής σημασίας. Έτσι λοιπόν φαίνεται λογικό να αναπτυχθούν μέσα για την διδασκαλία αυτών των στρατηγικών σε γονείς παιδιών με δυσλειτουργίες.

Είναι λοιπόν πρωτίστης σημασίας να γίνει περισσότερη έρευνα στις γνωστικές προσαρμογές που γίνονται και χρειάζονται να γίνουν για να βοηθήσουν τις οικογένειες να αντεπεξέλθουν με τις προκλήσεις που εμφανίζονται στην ανατροφή των παιδιών, εκ μέρους των γονέων.

1.4.1. Εισαγωγικά για την διαχείριση

Κατά τους Lazarus και Folkman (1984), η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων (coping) είναι η διαδικασία με την οποία το άτομο προσπαθεί να χειριστεί, να ρυθμίσει απαιτήσεις (εξωτερικές ή εσωτερικές) που το ίδιο θεωρεί ότι θέτουν σε δοκιμασία ή υπερβαίνουν τις διαθέσιμες δυνάμεις του (Μπεζεβέγκης, 2001).

Σύμφωνα πάλι με τους ίδιους συγγραφείς (1991), αυτές οι προσπάθειες μεταβάλλονται διαρκώς και επειδή η σχέση ατόμου περιβάλλοντος δεν είναι

σταθερή, διαρκώς εμφανίζονται νέες απαιτήσεις και διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης. Συνεπώς, χρειάζεται να επισημάνουμε ότι η προσπάθεια επίλυσης μιας δύσκολης κατάστασης εστιάζεται σε δύο σημεία:

- στο πρόβλημα (problem focused), όταν η αιτία είναι εξωτερική
- στα συναισθήματα του ατόμου (emotion focused), όταν η αιτία είναι εσωτερική.

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι, για να αντιμετωπίσουν καταστάσεις πιεστικές για τον ψυχισμό, βασίζονται και στις δύο μορφές διαχείρισης (Baum et al., 1983 · Folkman & Lazarus, 1980, 1985).

Οι πιο πρόσφατες έρευνες για τη διαχείριση, σύμφωνα με τις Lazarus & Moskowitz (2000) συγκλίνουν στα εξής σημεία :

- Η διαχείριση έχει πολλαπλές λειτουργίες, όπως η ρύθμιση των δυσάρεστων συναισθημάτων και τη διευθέτηση των προβλημάτων που προκαλούν δυσάρεστα συναισθήματα (Parker & Endler, 1996).
- Η διαχείριση επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του ψυχικά πιεστικού πλαισίου, όπως αυτό εκτιμάται από το άτομο (για παράδειγμα, αν μπορεί να ελεγχθεί) (Baum et al., 1983).
- Η διαχείριση επηρεάζεται από προδιαθεσικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η αισιοδοξία, τα νευρωτικά στοιχεία και η εξωστρέφεια (McCrae & Costa, 1986).
- Η διαχείριση επηρεάζεται από τα κοινωνικά αποθέματα και το πλαίσιο της κοινωνικής στήριξης (Holahan et al., 1996 · Pierce et al., 1996 · Θεοδωράτου, 2003).

1.4.2. Γνωστικές προσεγγίσεις για το άγχος

Για να γίνουν κατανοητές οι ατομικές διαφορές ως προς τα στρεσογόνα γεγονότα είναι απαραίτητο να εξεταστούν οι γνωστικές διεργασίες που παρεμβαίνουν ανάμεσα στο γεγονός που συνέβη και στην αντίδραση του ατόμου. Οι Lazarus & Folkman (1984, 1987) ονόμασαν τις διεργασίες αυτές διεργασίες γνωστικής εκτίμησης

(cognitive appraisal processes).

Η γνωστική - φαινομενολογική θεωρία των Lazarus & Folkman (1984, 1987) ορίζει το στρεσογόνο γεγονός ως ένα περιστατικό στο οποίο οι περιβαλλοντικές απαιτήσεις υπερβαίνουν το διαθέσιμο δυναμικό για την αντιμετώπισή του. Οι γνωστικές εκτιμήσεις διακρίνονται στην πρωτογενή και τη δευτερογενή γνωστική εκτίμηση, που είναι αλληλένδετες και αλληλεξαρτώμενες. Η πρωτογενής αναφέρεται στο τι διακυβεύει το άτομο στη συγκεκριμένη κατάσταση ενώ η δευτερογενής αναφέρεται στην επίλυση των προβλημάτων (χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών, όπως η αναζήτηση πληροφοριών, η δράση, κλπ) είτε με την αλλαγή μέρους της κατάστασης, είτε με επαναπροσδιορισμό του άγχους που προκαλεί η συγκεκριμένη κατάσταση (Βασιλάκη, 2001).

Η γνωστική θεωρία του Beck για το άγχος και την κατάθλιψη (Beck & Clark, 1988) τονίζει ότι ο φόβος ή η απειλή είναι το γνωστικό περιεχόμενο του άγχους, το οποίο συγκρίνει με την απώλεια που υπάρχει στην κατάθλιψη.

Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη γνωστική εκτίμηση ενός γεγονότος είναι οι εξής:

- η αντιλαμβανόμενη αβεβαιότητα του ατόμου για τον τρόπο με τον οποίο χειρίζεται ή αντιμετωπίζει το γεγονός,
- η απειλή προς τον εαυτό που προκαλείται από το ψυχοπιεστικό γεγονός, η οποία ενεργοποιεί την πρωτογενή εκτίμηση,
- η δυνατότητα πρόβλεψης του γεγονότος,
- ο βαθμός ελέγχου του στρεσογόνου γεγονότος,
- η συχνότητα εμφάνισης του γεγονότος (Βασιλάκη, 2001).

Οι Folkman & Lazarus (1986), στη γνωστική θεωρία του στρες υποστηρίζουν ότι το στρες βρίσκεται στη συναλλαγή του ατόμου με το περιβάλλον. Όταν μια κατάσταση εκτιμάται από το υποκείμενο ότι μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ευεξία του, τότε η αντίδραση στο στρες είναι το αποτέλεσμα της έλλειψης ισορροπίας ανάμεσα στις εσωτερικές και στις εξωτερικές απαιτήσεις και στα αποθέματα του ατόμου, για να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις.

Επομένως, τα χαρακτηριστικά του ψυχικά πιεστικού παράγοντα δεν υποδεικνύουν την ένταση του στρες που μπορεί να βιώσει ένα άτομο. Σύμφωνα με το μοντέλο συναλλαγής του στρες, οι ψυχικά πιεστικοί παράγοντες περνούν μέσα από μια σειρά από «φίλτρα», τα οποία στοχεύουν στην τροποποίηση του

στρεσογόνου γεγονόςτος και, επομένως, στην άμβλωση ή τη μείωση της αντίδρασης στο στρες. Έχουν προσδιοριστεί τρία βασικά φίλτρα:

- Η αντίληψη του στρεσογόνου παράγοντα επηρεάζεται από τις προηγούμενες εμπειρίες του υποκειμένου με παρόμοιους στρεσογόνους παράγοντες, την κοινωνική στήριξη και τη θρησκεία.
- Οι μηχανισμοί άμυνας του Εγώ (άρνηση, απώθηση κ.λ.π.) που δρουν ασυνειδήτως.
- Οι συνειδητές προσπάθειες: ο σχεδιασμός των ενεργειών, η καταφυγή σε διάφορες τεχνικές (χαλάρωση, σωματική άσκηση, φαρμακευτική αγωγή κ.λ.π.) (Θεοδωράτου, 2003).

Αυτά τα διαφορετικά φίλτρα, σύμφωνα με τους Folkman & Lazarus (1988), ενεργούν ως ένα είδος μεσολαβητή ανάμεσα στη σχέση στρεσογόνο γεγονός - συναισθηματική ένταση. Σύμφωνα με αυτούς, δύο διαδικασίες μεσολαβούν στη σχέση ανάμεσα στο περιβάλλον και στο άτομο:

- α) η εκτίμηση και
- β) η διαχείριση.

1.4.2. α) Η Εκτίμηση

Η εκτίμηση είναι μια γνωστική διαδικασία, διαμέσου της οποίας το άτομο αξιολογεί με ποιο τρόπο μια ιδιαίτερη κατάσταση μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ευεξία του και ποια είναι τα αποθέματα της διαχείρισης που είναι διαθέσιμα, για να αντιμετωπίσει τη κατάσταση. Διακρίνονται δύο μορφές εκτίμησης που προσδιορίζουν τη στρεσογόνο κατάσταση και τα αποθέματα της διαχείρισης, τα οποία μπορούν να ενεργοποιηθούν:

- Την πρωταρχική αξιολόγηση, μέσω της οποίας το άτομο εκτιμά την κατάσταση. Μπορεί να πρόκειται για μια απώλεια, απειλή ή κάποια πρόκληση.
- Τη δευτερογενή εκτίμηση, μέσω της οποίας το άτομο αναζητεί με ποιο τρόπο μπορεί να επανορθώσει την απώλεια, να προλάβει την απειλή ή να κερδίσει το όφελος.

Σύμφωνα με τους Folkman & Lazarus (1988), οι διαδικασίες της εκτίμησης των σχέσεων προσώπου-περιβάλλοντος επηρεάζονται από τα προηγούμενα προσωπικά χαρακτηριστικά (οι πίστεις, η αντοχή, το άγχος) και από τις περιβαλλοντικές μεταβλητές (τα χαρακτηριστικά της κατάστασης: η φύση του κινδύνου, η διάρκεια του και τα κοινωνικά αποθέματα ή το δίκτυο βοήθειας του ατόμου) (Θεοδωράτου, 2003).

1.4.2.β) Η Διαχείριση

Οι στρατηγικές διαχείρισης μπορεί να είναι απλές σκέψεις ή ενέργειες στις οποίες προβαίνει το άτομο για να μειώσει την πίεση που προκαλείται από την αλληλεπίδρασή του με το περιβάλλον (Zeinder & Endler, 1996).

Η διαχείριση μπορεί να τροποποιήσει το συναίσθημα με διάφορους τρόπους (Lazarus & Folkman, 1986 · Paulhan, 1992):

- Μια πρώτη πιθανότητα δράσης συνίσταται στην τροποποίηση της προσοχής είτε με το να την στρέψει από την πηγή του άγχους (στρατηγικές αποφυγής) είτε να κατευθύνει την προσοχή προς αυτή (στρατηγικές επαγρύπνησης).
- Μια δεύτερη δυνατότητα συνίσταται στην αλλαγή της υποκειμενικής σημασίας του γεγονότος, με τη καταφυγή σε γνωστικές δραστηριότητες (Gil et al., 1996) όπως η αποστασιοποίηση μέσω της διασκέδασης, το χιούμορ, η θετική επανεκτίμηση.
- Μια τρίτη δυνατότητα δράσης συνίσταται στην άμεση τροποποίηση των όρων της σχέσης προσώπου - περιβάλλοντος. Αυτή επιτυγχάνεται όταν το άτομο θέτει σε εφαρμογή κάποιες έμπρακτες προσπάθειες και όταν προσπαθεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα με σκοπό να το επιλύσει.

Η διαχείριση, λοιπόν, μπορεί να επηρεάσει το συναίσθημα μέσω αυτών των τριών πιθανών σεναρίων δράσης και της αίσθησης ότι η χρήση των στρατηγικών που θα επιλέξει θα συμβάλλουν στην ψυχολογική ευεξία του ατόμου. Στη συνέχεια όταν θα αξιολογήσει το γεγονός, θα κάνει μία επαναξιολόγηση του στρεσογόνου δυναμικού του (Θεοδωράτου, 2003).

1.4.3. Στρατηγικές διαχείρισης

Το κάθε άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του, αντιμετωπίζει ορισμένες δύσκολες καταστάσεις. Η μελέτη των καταστάσεων αυτών περιλαμβάνει τις διαφορετικές στρατηγικές που επιλέγει ο καθένας. Σε καταστάσεις σύγκρουσης εμφανίζονται καινούργια είδη συμπεριφοράς λόγω της επείγουσας κατάστασης, ενώ σε δύσκολες καταστάσεις τα άτομα τείνουν να εγκαταλείπουν τις συνήθειες και τις συμπεριφορές που δε βοηθούν στην προσαρμογή.

Το άτομο για να ξεπεράσει τη σύγκρουση, εφαρμόζει στρατηγικές διαχείρισης

που του επιτρέπουν να προσαρμοστεί στην καινούργια κατάσταση. Η διαχείριση είναι ένας σταθεροποιητικός παράγοντας, που επιτρέπει στο άτομο να διατηρήσει μια ψυχοκοινωνική προσαρμογή κατά τη διάρκεια των πιεστικών για την ψυχή του περιόδων. Συνήθως, τα άτομα τροποποιούν συνεχώς το περιβάλλον τους, για να διαμορφώσουν τις συνθήκες έτσι, ώστε να συμβαδίζουν με τις επιθυμίες και τις δυνατότητές τους.

Η αντιμετώπιση μιας κατάστασης θα εξαρτηθεί από την προηγούμενη εμπειρία του ατόμου, από τις γνώσεις του, τις ικανότητές του, από τις επιτυχίες και τις αποτυχίες του παρελθόντος, από την αυτοεκτίμηση: από την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στην απαιτητική συνθήκη (Rivolier, 1989). Όταν η απαίτηση γίνεται αντιληπτή ως απειλή και το υποκείμενο εκτιμά ότι δεν μπορεί να την αντιμετωπίσει, τότε βιώνει το στρες.

Σύμφωνα με τον Lazarus (1974), η αντιμετώπιση του προβλήματος μπορεί να θεωρηθεί ως ένας τρόπος επίλυσης του προβλήματος, στο οποίο αυτό που διακυβεύεται είναι η ευεξία του προσώπου. Η αντιμετώπιση αυτή αναφέρεται ειδικά στη σχέση με την ψυχικά πιεστική συνθήκη (Θεοδωράτου 2003).

Τα πιο σημαντικά συστατικά του μηχανισμού αντιμετώπισης είναι:

- Η υποκειμενική εκτίμηση της κατάστασης (τι νόημα δίνει το υποκείμενο στην κατάσταση, ποια σημασία έχει για αυτό).
- Η επανεκτίμηση, αφού το υποκείμενο έχει αρχίσει να ανταποκρίνεται στο πιεστικό ερέθισμα.

Η γνωστική εκτίμηση ξεκινάει από μια πληροφορία που προσδιορίζει γιατί και σε ποιο βαθμό η σχέση προσώπου περιβάλλοντος μπορεί να είναι στρεσογόνο. Αυτή η εκτίμηση εξαρτάται ταυτόχρονα από τις εξωτερικές συνθήκες και από τα μέσα που διαθέτει το υποκείμενο.

Τέλος, το υποκείμενο πρέπει να συνθέσει τις απαιτήσεις της κατάστασης και τα συναισθήματα που αυτή προκαλεί με τον τρόπο παρέμβασής του. Οι στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιεί έχουν συμπεριφορικές, γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις (σύμφωνα με την θεώρηση της Κλίμακας της Τουλούζης, κατασκευασμένη από τον Tap και τους συνεργάτες του).

Οι τρεις τομείς στους οποίους συναρθρώνονται οι στρατηγικές διαχείρισης είναι σύμφωνα με τον Tap και των συνεργατών του, οι εξής :

- 1) Ο συμπεριφορικός τομέας, που αντιπροσωπεύει τις διεργασίες με τις οποίες

ένα άτομο δραστηριοποιείται, δηλαδή η προετοιμασία της πράξης, της δράσης και των συνεπειών της.

2) Ο τομέας της πληροφόρησης ή ο γνωστικός τομέας, ο οποίος προσδιορίζει τις διεργασίες με τις οποίες ένα άτομο αποκτά πληροφορίες για το περιβάλλον του, τις επεξεργάζεται και ρυθμίζει τη συμπεριφορά του.

3) Ο συναισθηματικός τομέας, ο οποίος αποτελείται από το σύνολο των μη γνωστικών και μη έμπρακτων διεργασιών, και περιλαμβάνει τα απλά συναισθήματα αλλά και τις πιο σύνθετες συναισθηματικές αντιδράσεις (Θεοδωράτου 2003).

1.4.4. Ταξινόμηση – είδη στρατηγικών διαχείρισης

Είναι εύλογο από την παραπάνω ανάλυση, ότι οι στρατηγικές διαχείρισης δεν έχουν πάντα την ίδια λειτουργικότητα. Έχουν προταθεί πολλές διαστάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων (Μπεζεβέγκης, 2001).

Οι Lazarus & Folkman (1984), χρησιμοποιώντας ως κριτήριο ταξινόμησης την κατεύθυνση των ενεργειών του ατόμου, έχουν προτείνει τη γνωστή διάκριση ανάμεσα σε :

- στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, που κατευθύνονται στην πηγή του άγχους, την οποία προσπαθούν να μειώσουν ή να τροποποιήσουν,
- στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα, οι οποίες κατευθύνονται στο συναίσθημα με σκοπό να το ρυθμίσουν. Οι ίδιοι συγγραφείς υποστηρίζουν πως οι άνθρωποι χρησιμοποιούν και τα δύο είδη στρατηγικών όταν αντιμετωπίζουν αγχογόνες καταστάσεις της καθημερινής ζωής (Μπεζεβέγκης, 2001).

Μια παραπλήσια ταξινόμηση διακρίνει στρατηγικές προσέγγισης και στρατηγικές αποφυγής (Herman & McHale, 1993). Τα δύο αυτά είδη στρατηγικών έχουν ονομαστεί και στρατηγικές εμπλοκής και στρατηγικές απεμπλοκής αντίστοιχα (Tobin, Holroyd, Reynoldw & Wigal, 1989).

Με κριτήριο τους στόχους του ατόμου οι Welsz, McCabe και Dennig (1994) ταξινομούν τις στρατηγικές σε στρατηγικές πρωτογενούς ή δευτερογενούς ελέγχου. Ένα άλλο κριτήριο ταξινόμησης που έχει χρησιμοποιηθεί είναι η μέθοδος αντιμετώπισης. Έτσι, οι μέθοδοι έχουν ταξινομηθεί σε γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές (Ebata & Moos, 1991). Όσον αφορά τη λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης

έχουν διακριθεί σε νευρωσικές και σε ώριμες (McCrae & Costa, 1986).

Οι Westman και Shirom (1995) πρότειναν μια ενδιαφέρουσα ταξινόμηση των στρατηγικών διαχείρισης. Οι συγγραφείς διέκριναν δύο διαστάσεις στην αντιμετώπιση του άγχους :

- το περιεχόμενο της στρατηγικής
- τον περίγυρο

Με βάση το περιεχόμενο, οι Westman και Shirom διακρίνουν στρατηγικές άμεσες και ενεργητικές (σε αντίθεση με τις έμμεσες και παθητικές) και στρατηγικές που είναι επαρκείς (σε σχέση με τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις). Οι ίδιοι συγγραφείς θεωρούν σημαντική τόσο την ποικιλία των στρατηγικών διαχείρισης, καθώς είναι αναγκαία για τις ποικίλες περιβαλλοντικές απαιτήσεις όσο και την ευελιξία, τη δυνατότητα δηλαδή του ατόμου να τροποποιεί τις στρατηγικές του, ανάλογα με το είδος του αγχογόνου ερεθίσματος (Μπεζεβέγκης, 2001).

1.4.5. Παράγοντες που συνδέονται με τα είδη στρατηγικών διαχείρισης

Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να παρουσιαστούν συνοπτικά οι σημαντικότεροι παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με τη διαφορική χρήση των ποικίλων στρατηγικών διαχείρισης από εφήβους και νέους. Είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει την εμπειρική έρευνα των δύο τελευταίων δεκαετιών και έχει αποφέρει συγκεκριμένα ευρήματα :

- Τα Χαρακτηριστικά του ερεθίσματος/ περιβάλλοντος. Το αγχογόνο ερέθισμα κάθε αυτό, φαίνεται να συνδέεται με το είδος της προτιμώμενης στρατηγικής για την αντιμετώπισή του. Η ελεγχιμότητα, (κατά πόσο δηλαδή ένα ερέθισμα γίνεται αντιληπτό ως εύκολο ή δύσκολο να ελεχθεί), είναι ένα τέτοιο χαρακτηριστικό. Σύμφωνα με τους Ryan-Wenger (1992), ένα τέτοιο χαρακτηριστικό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για το αναπτυσσόμενο άτομο, καθώς οι έφηβοι, λόγω της ατελούς ανάπτυξης και της εξάρτησής τους από τους ενήλικους, αντιλαμβάνονται περισσότερα γεγονότα ως μη ελέγξιμα και συνεπώς καταφεύγουν συχνότερα σε στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα (Brodzinsky et al., 1992).
- Η ασάφεια είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό του ερεθίσματος, καθώς σύμφωνα με τους Lazarus & Folkman (1984) όταν μια κατάσταση είναι ασαφής, το άτομο

τείνει να υιοθετεί στρατηγικές αντιμετώπισης με βάση την εμπειρία του, τις πεποιθήσεις του ή την προσωπικότητά του.

- Η Προσωπικότητα. Τόσο η προσωπικότητα του ατόμου ως σύνολο όσο και επιμέρους χαρακτηριστικά της, επηρεάζουν το είδος της στρατηγικής που χρησιμοποιούν ενήλικοι και παιδιά. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η αίσθηση αντοχής - εξωπροσωπικός έλεγχος (Kobasa, 1986), ο (Carver, Sheier & Weintraub, 1989), η αυτοεκτίμηση (Brodzinsky et al., 1992), η δημοτικότητα (Fabes & Eisenberg).
- Το Φύλο. Ο παράγοντας αυτός είναι ένας από τους συχνότερα εξεταζόμενους σε έρευνες σχετικά με παιδιά και εφήβους. Τα αποτελέσματα δεν είναι σαφή, ούτε επιτρέπουν την εξαγωγή τελικών συμπερασμάτων για διαφορές φύλου στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων. Για παράδειγμα, οι στρατηγικές που εστιάζονται στο πρόβλημα φαίνεται να προτιμώνται περισσότερο άλλοτε από τα κορίτσια και άλλοτε από τα αγόρια. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι τα κορίτσια χρησιμοποιούν, σε σύγκριση με τα αγόρια, συχνότερα την αναζήτηση βοήθειας και διαπροσωπικής στήριξης. (Brodzinsky et al., 1992 · Frydenberg & Lewis, 1991 · Stark, Spirito, Williams & Guevremont, 1989).
- Η Ηλικία. Όσον αφορά τη συγκεκριμένη σύνδεση ηλικίας και στρατηγικών διαχείρισης, τα δεδομένα είναι ως ένα βαθμό αντιφατικά. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι με την πάροδο της ηλικίας το παιδί χρησιμοποιεί με μεγαλύτερη συχνότητα στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα. Σύμφωνα με τους Band & Weisz (1988) (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988) το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς μια τέτοια στρατηγική προϋποθέτει επαρκείς γνωστικές διεργασίες και εφόδια. Από το άλλο μέρος, ωστόσο, άλλες έρευνες (Curry & Russ, 1985 · Altschuler & Ruble, 1989) βρίσκουν ότι τα μεγαλύτερα παιδιά υιοθετούν συχνότερα (από ότι τα μικρότερα) στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα (Μπεζεβέγκης, 2001).

1.4.6. Μηχανισμοί άμυνας

Οι μηχανισμοί άμυνας είναι ασυνείδητες διαδικασίες, τις οποίες το Εγώ του κάθε ατόμου χρησιμοποιεί ανάλογα με τις περιστάσεις, προκειμένου να

αντεπεξέλθει στις εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις.

Το άτομο επιδιώκει την ευχαρίστηση και την ικανοποίηση. Όταν, όμως δεν ικανοποιείται, προσαρμόζεται στην πραγματικότητα και στις απαιτήσεις της και αν αυτή η προσαρμογή δεν μπορεί να συμβεί συνειδητά, τότε κινητοποιούνται οι μηχανισμοί άμυνας, οι οποίοι το βοηθούν ασυνείδητα να ξεπεράσει τις συγκρούσεις που προκύπτουν ανάμεσα στις μη αποδεκτές μορφές συμπεριφοράς του.

Κάθε άτομο, κατά τον Freud, διαθέτει ένα σημαντικό αριθμό αμυντικών μηχανισμών που στόχο έχουν την προστασία του από την οδυνηρή σύγκρουση που υπάρχει ανάμεσα στο Αυτό και στο Εγώ, σύγκρουση η οποία προκαλεί άγχος στο άτομο και το εμποδίζει να προσαρμοσθεί στις απαιτήσεις και στις ανάγκες του εσωτερικού και εξωτερικού του περιβάλλοντος (Καλούρη-Αντωνοπούλου, 1993).

Οι μηχανισμοί άμυνας δεν ελέγχονται από τις συνήθεις διαδικασίες της αντίληψης και της λογικής. Όταν χρησιμοποιούνται συνεχώς από το άτομο, τότε παύει να έχει αρμονική σχέση, σχέση προσαρμογής με το περιβάλλον του, περιθωριοποιείται και σιγά-σιγά μπορεί να φθάσει και στο σημείο διακοπής της επαφής του με την πραγματικότητα:

1. Απώθηση

Η απώθηση είναι, ίσως, ο κυριότερος μηχανισμός άμυνας. Συναισθήματα, πιέσεις, καταστάσεις, αναμνήσεις που είναι δυσάρεστες και που είναι αντίθετες με την κοινωνική πραγματικότητα, γεννούν ανησυχία και άγχος, απομακρύνονται και απωθούνται από τη συνείδηση του ατόμου.

2. Μετάθεση - Μετατόπιση

Το άτομο πολλές φορές μετατοπίζει τις επιθυμίες και τις επιδιώξεις του προς πιο αποδεκτές μορφές συμπεριφοράς, ή σε άλλα αντικείμενα και άτομα τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα να αντιδράσουν.

3. Άρνηση ή μόνωση

Το άτομο δεν αποδέχεται ότι έχουν πραγματικά συμβεί γεγονότα που του δημιουργούν άγχος.

4. Η Φαντασίωση

Όταν το άτομο δεν έχει τη δυνατότητα να ικανοποιήσει τις επιθυμίες του, κυρίως από κοινωνικές απαγορεύσεις, τότε ανατρέχει στους μηχανισμούς της φαντασίας. Η ικανοποίηση της επιθυμίας του ατόμου δεν πραγματοποιείται στο συνειδητό πεδίο αλλά τοποθετείται στη σφαίρα του φανταστικού πεδίου.

5. Η Εξιδανίκευση

Η εξιδανίκευση είναι ένας από τους μηχανισμούς άμυνας που επιτρέπει στο άτομο να προσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον, χωρίς όμως, να προκαλεί προβλήματα στην προσωπική του ανάπτυξη και συμπεριφορά.

6. Η Προβολή

Το άτομο, για να αντιμετωπίσει προβλήματα, απαράδεκτες τάσεις και σκέψεις του, προβάλλει σε άλλους ιδέες και κίνητρα που έχει ο ίδιος και του δημιουργούν άγχος.

7. Η Υποκατάσταση

Όταν το άτομο αδυνατεί να πραγματοποιήσει τον επιδιωκόμενο σκοπό του, τότε υποκαθίσταται από κάποιον άλλο.

8. Η Παλινδρόμηση

Στην παλινδρόμηση, το άτομο απομακρύνεται από την πραγματικότητα, υποχωρεί μπροστά σε πιθανές απειλές και προβλήματα και καταφεύγει σε προγενέστερες μορφές συμπεριφοράς και σκέψης που χαρακτηρίζουν κύρια προγενέστερα και χαμηλότερα στάδια ωρίμανσης.

9. Η Εκλογίκευση

Η εκλογίκευση είναι η επικρατέστερη από το άτομο λογικοφανούς αιτιολόγησης προκειμένου να δικαιολογήσει απογοητεύσεις, απρεπή συμπεριφορά, παραλείψεις ή αποτυχίες.

10. Η Ταύτιση

Η ταύτιση αποτελεί έναν ψυχολογικά ασυνείδητο μηχανισμό, μέσω του οποίου το άτομο υιοθετεί, μιμείται και ταυτίζεται με κάποιο άλλο πρόσωπο, πρότυπο.

11. Η Υπεραναπλήρωση

Το άτομο προσπαθεί να αποκρύψει κοινωνικά απαράδεκτα συναισθήματά του, υιοθετώντας το διαμετρικά αντίθετό τους (Καλούρη-Αντωνοπούλου, 1993).

1.4.7. Σχέση διαχείρισης με μηχανισμούς άμυνας

Σύμφωνα με την Vaillant (1977), η διαχείριση σε γενικές γραμμές επιτυγχάνεται με τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, δηλαδή το σύνολο των ασυνείδητων γνωστικών διεργασιών, των οποίων ο σκοπός είναι να μειώσουν ή να καταργήσουν οτιδήποτε μπορεί να προξενήσει την ανάπτυξη του άγχους. Έχουν προσδιοριστεί διάφορες γνωστικές διαδικασίες, που προορίζονται να μειώσουν το άγχος, μερικές από τις οποίες είναι η άρνηση, η απώθηση, η εκλογίκευση κ.α. (Θεοδωράτου, 2003).

Η Paulhan (1992), υποστηρίζει ότι θεωρώντας τη διαχείριση σαν ένα αμυντικό σύστημα του οποίου το αντικείμενο είναι να επαναφέρει τη συναισθηματική ισορροπία, η προσοχή εστιάζεται κυρίως στη μείωση της έντασης και όχι στη λύση του προβλήματος. Σύμφωνα και με άλλους συγγραφείς όπως τους Cohen & Lazarus (1979) και τους Folkman & Lazarus (1986) είναι αναγκαίο, ένας πλήρης ορισμός της διαχείρισης να περιλαμβάνει ταυτόχρονα τις συνειδητές και ασυνείδητες λειτουργίες της συναισθηματικής ρύθμισης και επίλυσης του προβλήματος, τις οποίες θέτει σε λειτουργία κάποιος για να προσαρμοστεί σε ένα γεγονός που αντιλαμβάνεται ως απειλητικό.

Η Haan (1963) επιχείρησε να λύσει κάποια από τα προβλήματα που προκύπτουν από τη σύγκριση των μηχανισμών άμυνας και των στρατηγικών διαχείρισης. Γι' αυτή, οι στρατηγικές διαχείρισης είναι υγιείς ή επαρκείς μορφές της λειτουργίας του Εγώ, ενώ οι άμυνες αντιπροσωπεύουν ανεπαρκείς ή παθολογικούς τρόπους αντιμετώπισης της απειλής. Η Haan ανέλυσε τις ιδιότητες των αμυνών και των προσαρμοστικών μηχανισμών διαχείρισης.

Η σύγκριση των ιδιοτήτων των μηχανισμών άμυνας και των στρατηγικών διαχείρισης, ακολουθεί παρακάτω :

Ιδιότητες ενός μηχανισμού άμυνας

1. Η συμπεριφορά είναι άκαμπτη, αυτοματοποιημένη και συνδεδεμένη με το ερέθισμα.

2. Η συμπεριφορά ωθείται από το παρελθόν και το παρελθόν επιβάλλει τις ανάγκες του παρόντος.
3. Η συμπεριφορά διαστρεβλώνει την παρούσα κατάσταση.
4. Η συμπεριφορά περιλαμβάνει μια μεγαλύτερη ποσότητα πρωταρχικής διαδικασίας σκέψης, συμμετέχει σε ασυνείδητα στοιχεία και δε διαφοροποιείται σε απάντηση.
5. Η συμπεριφορά λειτουργεί με την υπόθεση ότι είναι πιθανόν να μετακινήσει κανείς τα ενοχλητικά συναισθήματα με μαγικό τρόπο.
6. Η συμπεριφορά επιτρέπει ικανοποίηση των ορμών με τεχνάσματα.

Ιδιότητες ενός μηχανισμού διαχείρισης

1. Η συμπεριφορά συμπεριλαμβάνει επιλογή κάνοντας την ευέλικτη και σκόπιμη.
2. Η συμπεριφορά ωθείται προς το μέλλον και υπολογίζει τις ανάγκες του παρόντος.
3. Η συμπεριφορά είναι προσανατολισμένη προς την πραγματικότητα του παρόντος.
4. Η συμπεριφορά περιλαμβάνει τη δευτερεύουσα διαδικασία σκέψης, συνειδητά και προσυνειδητά στοιχεία και διαφοροποιείται σε απάντηση.
5. Η συμπεριφορά λειτουργεί μέσα στα πλαίσια της ανάγκης του οργανισμού να «μετρά» την εμπειρία των ενοχλητικών συναισθημάτων.
6. Η συμπεριφορά επιτρέπει μορφές ικανοποίησης των ορμών με ανοιχτό, εύσημο και ευδιάθετο τρόπο.

Οι μηχανισμοί άμυνας, στους οποίους αναφέρεται η Haan (1963), είναι οι παραδοσιακοί μηχανισμοί για τους οποίους έγινε λόγος στην παραπάνω ενότητα και περιλαμβάνουν την απώθηση, την μετάθεση, την άρνηση, την φαντασίωση, την εξιδανίκευση, τη προβολή, την υποκατάσταση, την παλινδρόμηση, την εκλογίκευση και την ταύτιση.

Ο Lazarus (1966), σχολιάζοντας τις διακρίσεις που κάνει η Haan, δε δέχεται ότι οι μηχανισμοί άμυνας είναι απαραίτητα κακοί, υποστηρίζοντας ότι μερικές φορές είναι βοηθητικοί και επιτυχείς, ειδικά όταν επανεκτιμούν την κατάσταση.

Πολλοί συγγραφείς όμως (Cohen & Lazarus, 1979 · Folkman & Lazarus, 1986) και πολλές έρευνες δείχνουν ότι ένα άτομο δεν είναι δυνατό να συμπεριφέρεται συνέχεια με τον ίδιο τρόπο απέναντι σε οποιοδήποτε γεγονός. Η Paulhan (1992) αναφέρει κάποιους λόγους για να εξηγήσει ότι ο χαρακτήρας της διαχείρισης είναι μεταβαλλόμενος :

- Την πολυδιάστατη φύση της διαχείρισης. Στην περίπτωση μιας σωματικής ασθένειας, για παράδειγμα, ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίσει διάφορες πηγές του στρες που έχουν να κάνουν με τον πόνο, τις συνθήκες του νοσοκομείου. Ταυτόχρονα πρέπει να διατηρήσει και την συναισθηματική του ισορροπία. Χρειάζεται, επομένως να αναπτύξει διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης.
- Τον κινούμενο χαρακτήρα της διαδικασίας της διαχείρισης, η οποία εύκολα αλλάζει. Οι Folkman & Lazarus (1988) υποστηρίζουν ότι η διαχείριση επηρεάζεται πολύ από το περιβάλλον και από τις συνθήκες. Έτσι, το ίδιο άτομο σε κάποιες καταστάσεις μπορεί να υιοθετήσει γνωστικές στρατηγικές, που έχουν σαν στόχο να μειώσουν την ένταση και σε άλλες στρατηγικές συμπεριφορές, που έχουν σαν στόχο να λύσουν το πρόβλημα (Θεοδωράτου, 2003).

1.4.8. Αποτελεσματικότητα στρατηγικών διαχείρισης

Η μελέτη της αποτελεσματικότητας της διαχείρισης έγινε αντικείμενο πολυάριθμων ερευνών. Μια στρατηγική είναι καλή, εάν επιτρέπει στο άτομο να κυριαρχήσει ή να μειώσει την επίδραση της επίθεσης στη σωματική ή την ψυχολογική του ευεξία (Folkman et al, 1986· DiMatteo, 1991).

Τα κύρια κριτήρια που εκτιμήθηκαν, στις πολυάριθμες αυτές έρευνες, είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Έτσι, οι εργασίες του Schmidt (1988) πάνω σε άτομα που νοσηλεύτηκαν για μια χειρουργική παρέμβαση δείχνουν ότι αυτά που χρησιμοποιούν μια ενεργητική στρατηγική διαχείρισης (έρευνα πληροφοριών για τη διαδικασία της εγχείρησης) είναι σημαντικά λιγότερο αγχωμένα και παρουσιάζουν λιγότερες επιπλοκές μετά την εγχείρηση, σε σύγκριση με εκείνα που χρησιμοποιούν μια παθητική στρατηγική (στάση παραίτησης και μοιρολατρία). Φαίνεται, λοιπόν, ότι ένα στυλ διαχείρισης ενεργητικό, που εστιάζεται στο πρόβλημα, παρουσιάζεται πιο αποτελεσματικό από ένα στυλ διαχείρισης εστιασμένο στο συναίσθημα, με σκοπό να μειώσει την συναισθηματική ένταση που προκαλείται από το γεγονός.

Η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών διαχείρισης εξαρτάται, επίσης, από τα χαρακτηριστικά της περίπτωσης, όπως η διάρκεια και η δυνατότητα ελέγχου του στρεσογόνου γεγονότος (Paulhan, 1992). Έτσι, η αποφυγή είναι πιο

αποτελεσματική για σύντομο χρονικό διάστημα και οι ενεργητικές στρατηγικές για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), οι ενεργητικές στρατηγικές είναι αποτελεσματικές παρά μόνο όταν το γεγονός είναι κάτω από τον έλεγχο του υποκειμένου, διαφορετικά οι παθητικές στρατηγικές βοηθούν καλύτερα στην προσαρμογή.

Τέλος, όσον αφορά την επίδραση της διαχείρισης στη σωματική υγεία, οι Lazarus & Folkman (1984) αναφέρουν ότι:

1. Μπορεί να επηρεάσει τη συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια των σωματικών αντιδράσεων (καρδιακοί παλμοί, αρτηριακή πίεση) και τις νευροχημικές αντιδράσεις του στρες στην περίπτωση που:

α) το υποκείμενο δεν μπορεί να προλάβει ή να βελτιώσει τις περιβαλλοντικές αγχογόνες συνθήκες λόγω έλλειψης ή ανεπάρκειας των στρατηγικών που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα.

β) ένα γεγονός δεν ελέγχεται και το υποκείμενο δεν μπορεί να ρυθμίσει τη δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση.

γ) το υποκείμενο έχει ένα στυλ ζωής ή ύφος διαχείρισης, που είναι από μόνο του επικίνδυνο.

2. Μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο θνησιμότητας, για παράδειγμα με την υπερβολική χρήση βλαβερών ουσιών (π.χ. καπνός, αλκοόλ, ναρκωτικά).

3. Οι μορφές της διαχείρισης που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα μπορεί να απειλήσουν την υγεία, όταν εμποδίζουν την υιοθέτηση προσαρμοστικών μηχανισμών. Πρόκειται για την περίπτωση του μηχανισμού άρνησης ή της αποφυγής που μπορεί να οδηγήσουν το υποκείμενο να μην αντιληφθεί τα συμπτώματα και να μην απευθυνθεί έγκαιρα στο γιατρό (Θεοδωράτου, 2003).

Όπως έχει ήδη σημειωθεί ένας σημαντικός παράγοντας, που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών διαχείρισης είναι η ελεγχσιμότητα. Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι, όταν το γεγονός θεωρείται ελέγξιμο, είναι πιθανότερο να χρησιμοποιηθούν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα. Όταν, αντίθετα η κατάσταση αντικειμενικά δεν μπορεί να τροποποιηθεί, σύμφωνα με τον Terry (1991), επιλέγεται συνηθέστερα κάποια στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος (Μπεζεβέγκης, 2001). Στην πραγματικότητα, όμως, όπως αναφέρει ο Paulhan (1992), δεν υπάρχει στρατηγική

διαχείρισης που να είναι αποτελεσματική από μόνη της, ανεξάρτητα από τις αντιληπτικές και γνωστικές πλευρές (τόπος ελέγχου, κοινωνική στήριξη) της προσωπικότητας του ατόμου, οι οποίες προσδιορίζουν το τελικό αποτέλεσμα (Θεοδωράτου, 2003).

1.5. Στρατηγικές διαχείρισης γονέων των παιδιών με δυσκολίες

1.5.1. Το Μοντέλο της Αντιμετώπισης του Άγχους

Αντίθετα με προηγούμενες μελέτες για την οικογένεια, οι πρόσφατες έρευνες χρησιμοποίησαν διαφορετική μεθοδολογία (που ονομάζεται «πολυπαραγοντική» ή πολλών μεταβλητών), σύμφωνα με την οποία λαμβάνονται υπόψη πολλοί παράγοντες για την οικογένεια, για να εξετασθεί η διαφοροποίηση των αντιδράσεων μεταξύ των οικογενειών σχετικά με το να έχουν ένα παιδί με δυσλειτουργίες και στις διαφορές σε σχέση με τα πιθανά αίτια. Το κύριο πόρισμα που βγήκε από αυτή την προσέγγιση έχει να κάνει με τη διακύμανση του τρόπου αντιμετώπισης των ίδιων των ατόμων και μεταξύ τους μέσα στο χρόνο (Byrne & Cunningham, 1985 · McConachie, 1991b). Πολλές οικογένειες προσαρμόζονται αξιοθαύμαστα και δε δείχνουν φανερά διαφορά από συνηθισμένες οικογένειες της κοινωνίας με βάση πολλά από τα κριτήρια (Byrnes et al., 1988). Μετά από μια πολλή δύσκολη πορεία προσαρμογής και επαναπροσανατολισμού, πολλές οικογένειες παιδιών με το σύνδρομο Down (στην ομαδική μελέτη του Manchester) ανάκτησαν μια ποικίλη, πλούσια και «συνηθισμένη» ζωή και έδειξαν μεγάλη αντοχή στην αντιμετώπιση των καθημερινών πιέσεων.

Κατά μέσο όρο, οι μητέρες δεν είχαν περισσότερο άγχος από άλλες αστές μητέρες φυσιολογικών παιδιών. Οι οικογενειακές σχέσεις χαρακτηρίστηκαν γενικά ως «ικανοποιητικές» και η πλειοψηφία ανέφερε εξαιρετικά καλές σχέσεις μεταξύ των αδελφών. Στη μελέτη του Κεντ πάνω σε μητέρες με παιδιά με σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες (Quine & Pahl, 1985), δεν έδειξαν όλες οι μητέρες υψηλότερα επίπεδα άγχους από το κανονικό. Στη θέση ενός «παθολογικού» μοντέλου, είναι προτιμότερο να εξετάζουμε τις οικογένειες αυτές ως «συνηθισμένες» οικογένειες που κατά καιρούς αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες κρίσεις σε σχέση με την απόκτηση ενός παιδιού με δυσλειτουργίες (Seligman & Darling, 1989). Παρόλο, όμως, που μερικές επανακτούν μια συνηθισμένη οικογενειακή ζωή, μια μειοψηφία οικογενειών εξακολουθούν να είναι εξαιρετικά ευάλωτες και να έχουν πολλές δυσκολίες

προσαρμογής.

Ο Burden (1980) ανακάλυψε ότι η γέννηση ενός παιδιού με δυσλειτουργία δημιουργεί υπερβολικό άγχος στις περισσότερες οικογένειες και η πιθανότητα συναισθηματικών προβλημάτων είναι πολύ αυξημένη τις πρώτες ημέρες μετά τη διάγνωση. Όμως, το εάν οι γονείς εμφάνισαν σοβαρά προβλήματα μακροπρόθεσμα, έμοιαζε να είναι συνδεδεμένο με άλλα πολύ σημαντικά τεκταινόμενα μέσα και έξω από την οικογένεια, καθώς επίσης και με την ίδια την προσωπικότητα των γονέων.

1.5.2. Ανθεκτικότητα και διαχείριση (προσαρμογή)

Ανεξάρτητα από κοινωνική και πολιτισμική καταγωγή, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις οικογενειών που φαίνεται να αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις πολύ αποτελεσματικά. Παράγοντες που συντελούν στην ανθεκτικότητα απέναντι σε γεγονότα που προκαλούν στρες και αύξηση της ικανότητας αντιμετώπισής τους είναι οι εξής:

- Κοινωνικό δίκτυο (πλαίσιο) υποστήριξης, δηλαδή φίλοι και συγγενείς οι οποίοι συμπαραστέκονται (τα κοινωνικά δίκτυα μπορεί να αποτελούν πηγή άγχους και συγχρόνως υποστήριξης – γονείς με υψηλό δίκτυο υποστήριξης είχαν πολύ πιο θετικά αισθήματα για το παιδί τους, εξέφρασαν, όμως, επίσης και περισσότερα συμπτώματα στρες (Waisbren, 1980)).
- Εμπύχωση λόγω της φιλίας με άλλους γονείς παιδιών με δυσλειτουργίες (Bristol, 1984).
- Ικανότητα απόκτησης κοινωνικής υποστήριξης, π.χ. όταν μπορούν να ζητήσουν βοήθεια από φίλους και να συνεργάζονται με επαγγελματίες.
- Ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση.
- Συνεκτικό και ευπροσάρμοστο οικογενειακό σύστημα στο οποίο περιλαμβάνονται η ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ των μελών και η αρμονική σχέση μεταξύ των γονέων.
- Πρακτικά μέσα διαβίωσης, π.χ. εργασία (συμπεριλαμβανομένης και της μητέρας), επάρκεια οικονομικών πόρων, κατάλληλη στέγαση, ύπαρξη αυτοκινήτου.
- Θετική αντιμετώπιση, π.χ. συγκρίσεις όπως «Λοιπόν, η Μαρία δεν είναι τόσο άσχημα όσο άλλοι – μπορεί τουλάχιστον να κινείται με την αναπηρική καρέκλα», και θετικές απόψεις όπως «Το ήξερα ότι θα αποκτούσαμε ένα ιδιαίτερο παιδί... έφερε πολύ αγάπη στην οικογένειά μας».

- Πρακτικό τρόπο αντιμετώπισης, π.χ. «Είμαι εντάξει όσο μπορώ να βγαίνω ένα βράδυ την εβδομάδα, να διασκεδάζω και να αφήνω τα μαλλιά μου ελεύθερα... αυτό μου αρκεί για να αντέχω τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας».
- Ικανότητες επίλυσης προβλημάτων για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και ενεργητικότητα των μελών της οικογένειας.
- Ύπαρξη λίγων ανεκπλήρωτων αναγκών που καλούνται να ικανοποιηθούν από υπηρεσίες. (Nihira et al., 1980· Bristol, 1984· McKinney & Peterson, 1987· Frey et al, 1989· Sloper et al, 1991· Sloper & Turner, 1993).

2. Μέθοδος

2.1. Εισαγωγή

Κάθε επιστημονική έρευνα, σε οποιοδήποτε γνωστικό αντικείμενο, εκπονείται με βάση μια συγκεκριμένη συλλογιστική που προκύπτει από την εμπειρική παρατήρηση ενός πλήθους μεταβλητών, που χαρακτηρίζουν το περιβάλλον ανάπτυξης της κάθε επιστήμης, αλλά κυρίως από τη συνεχώς διογκούμενη και επεκτεινόμενη βιβλιογραφία που άπτεται των ενδιαφερόντων του ή των ερευνητών. Γενικά, «ο επιστημονικός τρόπος ζωής κυβερνιέται από τρεις μεγάλες κατηγορίες αλληλοεπηρεαζόμενων κινήτρων:

- την περιέργεια: την επιθυμία να γνωρίσει κανείς όσα οι αισθήσεις και η διαίσθηση δεν φθάνουν,
- την πρακτική χρησιμότητα: την επιθυμία ώστε το αποτέλεσμα των προσπαθειών και των ερευνών, να είναι χρήσιμο και σημαντικό, να προσθέτει δηλαδή κάτι,
- την εσωτερική δομή (τάξη): την επιθυμία να αναχθεί μια πληθώρα στοιχείων επιφανειακά περίπλοκη, που κυριαρχείται από μια (νομοτελειακή) τάξη και υπάγεται σε ορισμένους κανόνες» (Φιλίας, 1997).

Με βάση την παραπάνω συλλογιστική, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας για την λήψη πτυχίου, είχε ως σκοπό της να γίνει προσπάθεια διερεύνησης των τρόπων διαχείρισης που χρησιμοποιούν οι γονείς παιδιών που βρίσκονται σε λογοθεραπεία, την ύπαρξη κατάθλιψης σε αυτούς, με απώτερο σκοπό την διερεύνηση της αναγκαιότητας τους για συμβουλευτική ή περαιτέρω πληροφόρηση για την διαχείριση του προβλήματος

του παιδιού τους ή και άλλων αναγκών τους με βάση αυτά τα χαρακτηριστικά τους.

Το θέμα επιλέχθηκε με βάση το προσωπικό ενδιαφέρον, καθώς τόσο η ερευνήτρια, ούσα ήδη επαγγελματίας ψυχολόγος, ερχόταν συχνά αντιμέτωπη με δυσκολίες των ίδιων των γονιών αλλά και τις εξατομικευμένες ανάγκες τους, ανάλογα με τη φύση του προβλήματος του παιδιού αλλά και των χαρακτηριστικών των ίδιων των γονέων, όσο και γιατί στα πλαίσια φοίτησης της παρατήρησε ότι οι γνώσεις που παρέχονται στους υποψήφιους λογοθεραπευτές, όσον αφορά αυτό τον τομέα της συμβουλευτικής, ήταν μειωμένες.

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι δεν βρέθηκε έρευνα που να έχει ασχοληθεί συγκεκριμένα με το θέμα της μελέτης μας. Επίσης, η έρευνα αυτή θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια προερευνητική εργασία, που μπορεί να επιδέχεται εκτενέστερη ανάλυση και εμβάθυνση των παραμέτρων της και των αποτελεσμάτων της.

Η παρούσα μελέτη εστιάζει την έρευνα στους γονείς παιδιών που παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα λογοθεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που έγιναν ήταν οι εξής :

Εάν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στους δείκτες (Δράσης, Πληροφόρησης, Συναισθήματος, Θετικών στρατηγικών, Αρνητικών στρατηγικών, Σύνολο στρατηγικών διαχείρισης, Ελέγχου, Αλλαγής, Εστίασης, Άρνησης, Απόσυρσης και Κοινωνικής Στήριξης) και :

Χαρακτηριστικά του γονέα που συμπληρώνει ερωτηματολόγιο:

το φύλο,

η ηλικία,

η οικογενειακή κατάσταση,

το μορφωτικό του επίπεδο,

η επαγγελματική κατάσταση,

η ύπαρξη και άλλου παιδιού που παρακολουθεί κάποιο πρόγραμμα αποκατάστασης

το είδος της δυσκολίας που ανέφεραν

χαρακτηριστικά παιδιού που παρακολουθεί λογοθεραπεία

το φύλο,
η ηλικία,
η τάξη που φοιτά,

χαρακτηριστικά θεραπευτικού προγράμματος

το/α είδος/η του προγράμματος που παρακολουθεί,
την διάρκεια παρακολούθησης,
τον/ους λόγο/ους που άρχισε,

Για την καλύτερη δυνατή ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, έγιναν κάποιες κατηγοριοποιήσεις όσον αφορά αυτά τα χαρακτηριστικά οι οποίες αναφέρονται αναλυτικά στο Δείγμα.

2.2. Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 3 ιδιωτικά κέντρα της Αττικής (Άγιο Δημήτριο, Αθήνα και Ελευσίνα) κατά το χρονικό διάστημα Μάιος 2011 με Δεκέμβριο 2011. Τα ερωτηματολόγια ήταν αυτοσυμπληρούμενα, οπότε ο κάθε γονιός που συμφωνούσε να συμμετέχει στην έρευνα το συμπλήρωνε μόνος του, είτε κατά την διάρκεια αναμονής του παιδιού του, είτε το έπαιρνε μαζί του και το επέστρεφε συμπληρωμένο.

Η ερευνήτρια καθόλη την διάρκεια της χορήγησης και της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων δεν ερχόταν σε επαφή με τα υποκείμενα (η ενημέρωση για τη φύση και τον σκοπό γινόταν κυρίως από την γραμματέα του κάθε κέντρου). Για αυτό τον λόγο, είχε μεριμνήσει και στην αρχή του ερωτηματολογίου ανέφερε ότι η έρευνα έχει ως σκοπό την διερεύνηση των συμπεριφορών που σχετίζονται με τον τρόπο που αντιδρούν σε δύσκολες καταστάσεις και πως τις χειρίζονται συναισθηματικά (υπάρχει και παρόμοια οδηγία πάνω από τα δημογραφικά). Επιπλέον, τα υποκείμενα ενημερωνόταν με σχετική οδηγία ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα ενώ τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας (όχι εξατομικευμένα αλλά οι απαντήσεις τους θα αναφερθούν υπό την μορφή μέσων όρων ή άλλων αντιπροσωπευτικών τιμών) και ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Τέλος, πριν αρχίσουν να το συμπληρώνουν ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι προαιρετική, δηλαδή όποιος θέλει το συμπληρώνει.

Κατά την αξιολόγηση των ερωτηματολογίων δεν συμπεριλήφθηκαν δέκα οχτώ ερωτηματολόγια που κρίθηκε ότι ελλιπώς συμπληρωμένα.

Η έρευνα έγινε σε 3 ιδιωτικά κέντρα της Αττικής. Τα ιδιωτικά κέντρα αλλά και τα υποκείμενα επιλέχθηκαν με συμπτωματική δειγματοληψία, λόγω εύκολης πρόσβασης σε αυτά. Επιπλέον πρέπει να ληφθεί υπόψη, το γεγονός, ότι 7 ερωτηματολόγια δεν συμπεριλήφθησαν στην έρευνα, διότι ήταν ελλιπή όσον αφορά την συμπλήρωση τους (παραλήψεις, κενά). Είναι εμφανείς, λοιπόν, οι περιορισμοί που προκύπτουν από αυτή την επιλογή μεθόδου δειγματοληψίας, όσον αφορά τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ευρύτερους πληθυσμούς.

2.3. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 82 ενήλικες και η μόνη προϋπόθεση ήταν να έχουν στην οικογένεια τους ένα παιδί που παρακολουθεί κάποιο λογοθεραπευτικό πρόγραμμα. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Ο αρχικός αριθμός του δείγματος ήταν 89, εκ των οποίων 7 εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης. Παρόλο που δεν υπήρχε υπόδειξη για το ποιος θα συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο, οι μητέρες υπερείχαν σε αριθμό. Έτσι, από τους ογδόντα δύο συμμετέχοντες το 32,93 % του δείγματος το αποτελούν άνδρες (27 άτομα) και το 67,07% γυναίκες (55 άτομα). Η ηλικία τους κυμαίνεται από 24 έως 48 ετών και ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 37.43 ετών. Κατηγοριοποιώντας την ηλικία των ατόμων, βρέθηκε ότι το 59,76 (49 άτομα) είναι ηλικίας από 30 έως και 40 ετών, το 31,71% (26 άτομα, από 40 έως 48 ετών και το 8,54% (7 άτομα) από 24 έως 30 ετών. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση του γονέα χωρισμένοι είναι το 12,2% (10), παντρεμένοι το 85,37 (70 άτομα) και το 2,44% είναι χήροι (2 άτομα). Εξετάζοντας την επαγγελματική τους κατάσταση το 7,32% (6 άτομα) είναι απόφοιτοι Δημοτικού, το 13,41% (11 άτομα) είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, το 25,61% (21 άτομα) είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 47,56 απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ και το 6,1% (5 άτομα) κάτοχοι Μεταπτυχιακού. Αναφορικά με την επαγγελματική τους κατάσταση το 4,88% (4 άτομα) είναι άνεργοι, το 23,17% (19 άτομα) απασχολούνταν με τα οικιακά, το 12,2% (10 άτομα) είναι Δημόσιοι υπάλληλοι, το 48,78% είναι Ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 10,98 (9 άτομα) Ελεύθεροι Επαγγελματίες. Αναφορικά με τον αριθμό ατόμων που διαμένουν σε κάθε νοικοκυριό, αποτελείται από 2 άτομα στο 3,66% (2 άτομα), από 3 άτομα στο 28,05% (23 άτομα), από 4 άτομα στο 50% (41 άτομα), από 5 άτομα στο 114,63 (12 άτομα), από 6 άτομα

στο 1,22% (1 άτομο) και από 7 άτομα 2,44 (2 άτομα). Εξετάζοντας τον αριθμό των παιδιών που έχει ο γονέας βρέθηκε ότι το 34,15 (28 άτομα) έχουν 1 παιδί, το 56,10 (46 άτομα) έχουν 2 παιδιά και το 9,76% (8 άτομα) έχουν 3 παιδιά.

Εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά του παιδιού που βρίσκεται σε λογοθεραπευτικό πρόγραμμα το 64,63 (53 άτομα) είναι αγόρια και το 35,37 (29 άτομα) είναι κορίτσια. Η ηλικία τους κυμαίνεται από 3 έως 12 ετών με μέση τιμή τα 6,16 έτη. Όσον αφορά την τάξη φοίτησης του παιδιού η πλειοψηφία το 67,07% φοιτούν σε κάποια προσχολική τάξη (55 άτομα), το 13,41% (11 άτομα) στην Α΄ Δημοτικού, το 3,66 (3 άτομα) στη Β΄ Δημοτικού, το 4,88% (4 άτομα) στην Γ΄ Δημοτικού, το 4,88% (4 άτομα) στη Δ΄ Δημοτικού, το 1,22% (1 άτομο) στην Ε΄ Δημοτικού και το 4,88% (4 άτομα) στην ΣΤ΄ Δημοτικού.

Εξετάζοντας κάποια χαρακτηριστικά της θεραπείας, η διάρκεια από τη έναρξη της θεραπείας είναι κατά το πλείστον περισσότερο από ένα χρόνο 54,55% (45 άτομα), 6 μήνες με 1 χρόνο είναι το 13,41% (11 άτομα), το 20,73% (17 άτομα) από 3 μήνες ως 6 μήνες και λιγότερο από 3 μήνες είναι το 10,25% (9 άτομα). Όλα τα παιδιά, όπως έχει αναφερθεί και πιο πάνω, παρακολουθούν κάποιο λογοθεραπευτικό πρόγραμμα, το 12,2% (10 άτομα) παρακολουθούν μόνο πρόγραμμα λογοθεραπείας. Το 39,02% (32 άτομα) παρακολουθούν δύο προγράμματα, και συγκεκριμένα το 13,41% (11 άτομα) του συνόλου παρακολουθούν λογοθεραπεία με εργοθεραπεία και το 25,6% (21 άτομα) του συνόλου λογοθεραπεία και ψυχοθεραπεία. Τέλος, το 48,78% (40 άτομα) παρακολουθούν 3 προγράμματα και συγκεκριμένα το 21,95% (18 άτομα) του συνόλου λογοθεραπεία, ψυχοθεραπεία και εργοθεραπεία, το 19,51% (16 άτομα) λογοθεραπεία, ψυχοθεραπεία και μαθησιακό και το 7,32% (6 άτομα) λογοθεραπεία, εργοθεραπεία και ειδικό παιδαγωγικό (Βλέπε Σχήμα1). Όσον αφορά τον αριθμό του/των λόγου/ων έναρξης της θεραπείας το 39,02% (32 άτομα) άρχισαν για ένα πρόβλημα, το 45,12% (37 άτομο) για δύο προβλήματα και το 15,85% (13 άτομα) για 3 προβλήματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό ξεκίνησε το πρόγραμμα για προβλήματα μόνο στην ομιλία 29,27% (24 άτομα), το 15,85% (13 άτομα) για προβλήματα στην ομιλία και τον λόγο και το 7,32% (6 άτομα) για προβλήματα στην ομιλία, στον λόγο και την ΔΕΠ-Υ. Αναλυτικά τα ποσοστά λόγων έναρξης στα Σχήματα 2, 3 & 4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά γονιών

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	N	%
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	27	32,93
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	55	67,07
ΗΛΙΚΙΑ	<30	7	8,54
	30-40	49	59,76
	>40	26	31,71
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	10	12,2
	ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ	70	85,37
	ΧΗΡΟΣ	2	2,44
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	6	7,32
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	11	13,41
	ΛΥΚΕΙΟ	21	25,61
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	39	47,56
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	5	6,10
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	19	23,17
	ΑΝΕΡΓΟΣ	4	4,88
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛ.	40	48,78
	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛ.	10	12,2
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓ.	9	10,98
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΖΟΥΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	2	3	3,66
	3	23	28,05
	4	41	14,63
	5	12	14,63
	6	1	1,22
	7	2	2,44
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	1	28
2		46	56,10
3		8	9,76
ΥΠΑΡΞΗ 2^{ΟΥ} ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΝΑΙ	5	6,10
	ΟΧΙ	77	93,90

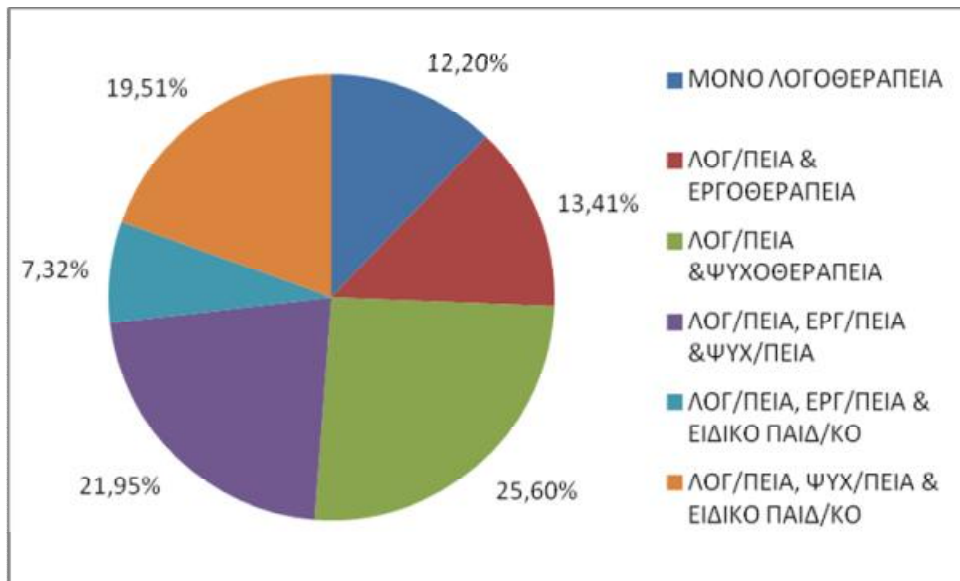
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά παιδιών

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	N	%	
ΦΥΛΟ	ΚΟΡΙΤΣΙ	29	35,37	
	ΑΓΟΡΙ	53	64,63	
ΗΛΙΚΙΑ	<4	19	23,17	
	5	21	25,61	
	6	15	18,29	
	7	11	13,41	
	8	3	3,66	
	9	6	7,32	
	10	2	2,44	
	11	1	1,22	
	12	4	4,88	
	ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ	ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ	55	67,07
		Α΄ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	11	13,41
		Β΄ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	3	3,66
Γ΄ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ		4	4,88	
Δ΄ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ		4	4,88	
Ε΄ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ		1	1,22	
ΣΤ΄ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ		4	4,88	

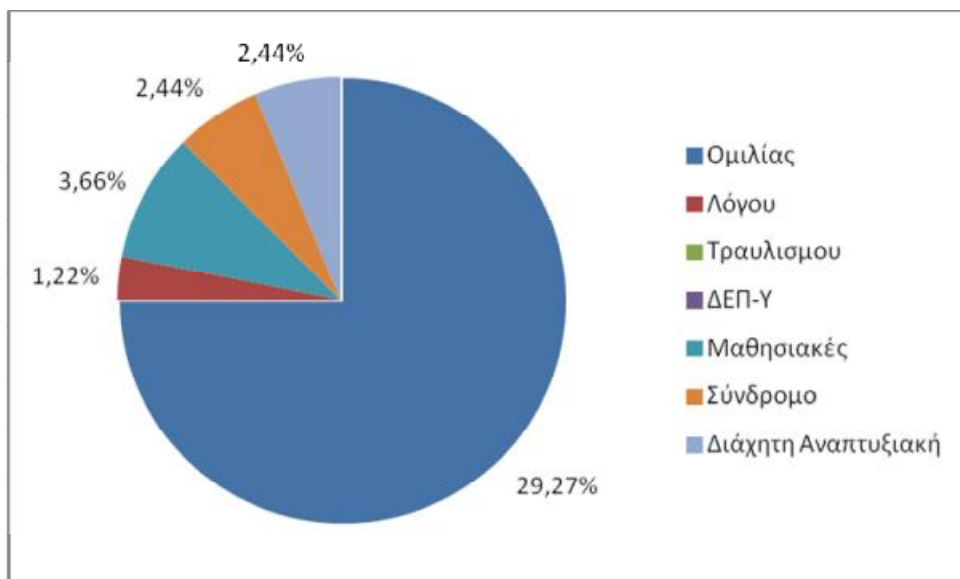
Πίνακας 3.3. Χαρακτηριστικά θεραπείας

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	N	%
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	<3 ΜΗΝΕΣ	9	10,25
	3-6 ΜΗΝΕΣ	17	20,73
	6 ΜΗΝΕΣ-1 ΧΡΟΝΟ	11	13,41
	>1 ΧΡΟΝΟ	45	54,55
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΔΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΕΚΤΟΣ ΛΟΓ/ΠΕΙΑΣ)	0	10	12,2
	2	32	39,02
	3	40	48,78
ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΟΥ/ΛΟΓΩΝ ΕΝΑΡΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1	32	39,02
	2	37	45,12
	3	13	15,85

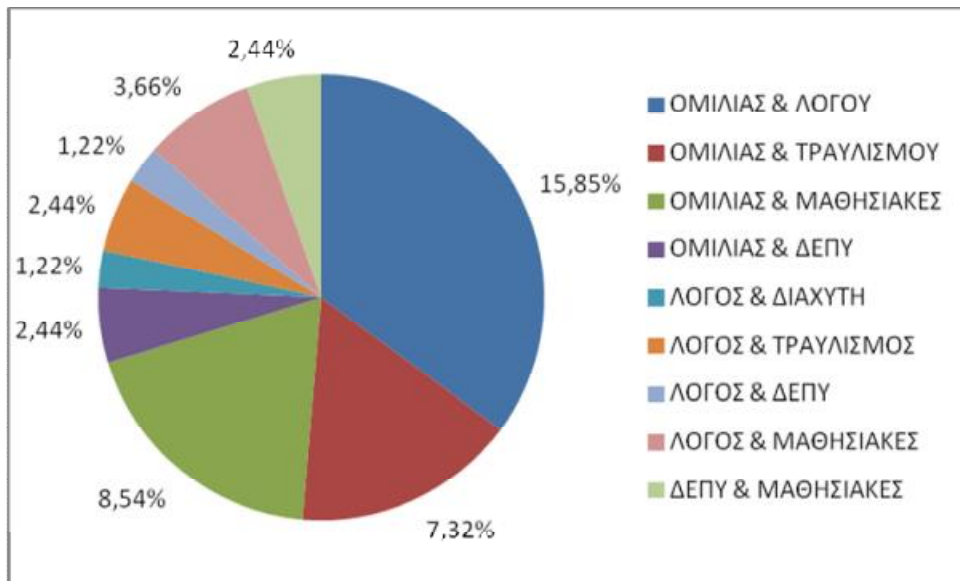
ΣΧΗΜΑ2. Ποσοστιαία κατανομή των διάφορων θεραπευτικών προγραμμάτων



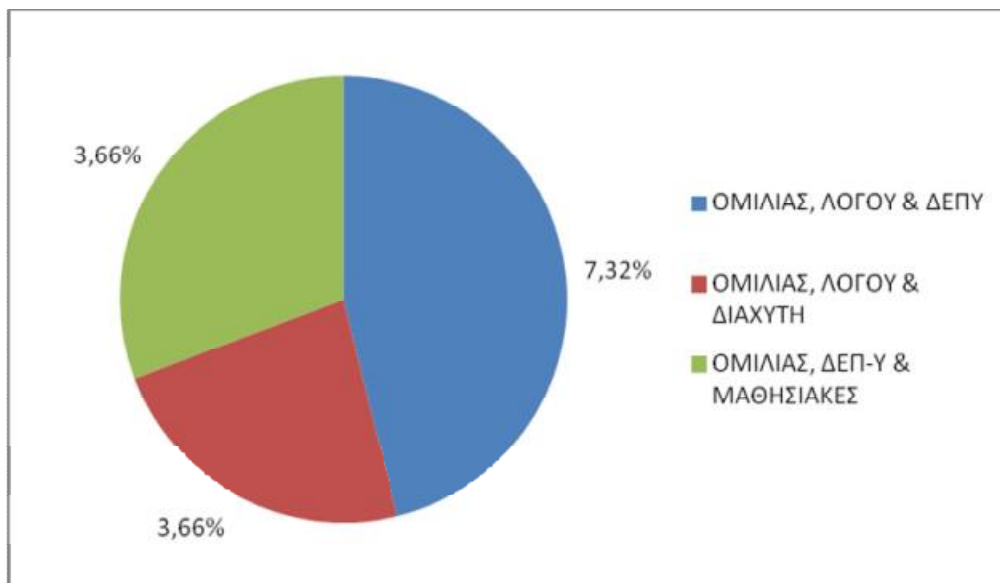
ΣΧΗΜΑ 2 Ποσοστιαία κατανομή του ενός λόγου έναρξης της θεραπείας



ΣΧΗΜΑ 3 Ποσοστιαία κατανομή των δύο λόγων έναρξης της θεραπείας



ΣΧΗΜΑ 4 Ποσοστιαία κατανομή των τριών λόγων έναρξης της θεραπείας



2.4. Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα) περιλαμβάνονται τα δημογραφικά στοιχεία του γονέα που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο (ζητήθηκε το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό του επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση, ο αριθμός των ατόμων που μένουν στο σπίτι και η ύπαρξη δεύτερου παιδιού σε θεραπεία), τα χαρακτηριστικά του παιδιού που παρακολουθεί το πρόγραμμα (το φύλο, η ηλικία, η τάξη που φοιτά) καθώς και τα χαρακτηριστικά της

θεραπείας (το είδος του προγράμματος που παρακολουθεί, την διάρκεια παρακολούθησης, τον λόγο έναρξης)

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει την Κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση (E.T.C.) και το BDI του Beck. Τα δυο αυτά μέρη συνοδεύονται από ένα σύντομο εισαγωγικό, όπου δίνονται επεξηγήσεις για το σκοπό της έρευνας και τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, καθώς και διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας.

2.4.1. Κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση (E.T.C.)

Η κλίμακα που δόθηκε στο δείγμα και που εκτιμά τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν σημαντικά προβλήματα της ζωής τους ήταν η κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση προβλημάτων (Esparbes et al., 1993).

Ο λόγος που επιλέχτηκε η συγκεκριμένη κλίμακα είναι γιατί έχει μία ψυχοδυναμική θεώρηση : η κατασκευή της βασίζεται στη συσχέτιση της πορείας για την προσωποποίηση και την αυτονόμηση με τις στρατηγικές διαχείρισης (Tap et al., 1991,1993,1995). Επιπρόσθετα, η κλίμακα αυτή δοκιμάστηκε σε ελληνικό δείγμα 290 σπουδαστών Τ.Ε.Ι. Πάτρας και βρέθηκε ότι κατόπιν ελέγχου της εσωτερικής αξιοπιστίας των στρατηγικών διαχείρισης οι τιμές ήταν πολύ ικανοποιητικές (Cronbach's alpha > 0.80).

Η κλίμακα αυτή αποτελείται από δράσης), την πληροφόρηση 3 τομείς : τη δράση (τομέας (τομέας γνωστικός) και το συναίσθημα (τομέας συναισθηματικός). Η σύνθεση αυτών επιτρέπει την εμφάνιση 6 στρατηγικών διαχείρισης προβλημάτων (εστίαση, κοινωνική στήριξη, απόσυρση, έλεγχος και άρνηση). Στον πίνακα που ακολουθεί, φαίνεται ότι ο κάθε τομέας αποτελείται από 6 διαστάσεις (κάθετα) και κάθε στρατηγική περιλαμβάνει 3 διαστάσεις (οριζόντια). Η κλίμακα επομένως αποτελείται από 18 διαστάσεις. Κάθε διάσταση εξετάζεται με βάση 3 προτάσεις στις οποίες το υποκείμενο πρέπει να απαντήσει με βάση μια κλίμακα 5 βαθμίδων (1: καθόλου, 2: σπάνια, 3: που και που, 4: συχνά, 5: πολύ συχνά).

Συμπερασματικά αναφέρουμε ότι εξετάζονται οι εξής δείκτες (στην ανάλυση των δεδομένων) :

- A) οι τρεις τομείς
- B) οι έξι στρατηγικές διαχείρισης
- Γ) 1. οι θετικές και
2. οι αρνητικές στρατηγικές (στο σύνολο τους είναι 18)

2.4.2. Παρουσίαση των τομέων, των στρατηγικών και των διαστάσεων

Η κλίμακα συνδέει τρεις τομείς :

1. Το συμπεριφοριστικό τομέα που αντιπροσωπεύει το σύνολο των διαδικασιών, με τις οποίες το άτομο αρχίζει να ενεργεί, δηλ. η προετοιμασία της δράσης, η κίνηση και η συνέπεια αυτής της δράσης.
2. Τον τομέα της πληροφόρησης (ή γνωστικό τομέα), που προσδιορίζει τις διαδικασίες εκείνες με τις οποίες το άτομο αποκτά τις πληροφορίες για το περιβάλλον του και τις επεξεργάζεται για να ρυθμίσει τη συμπεριφορά του.
3. Τον συναισθηματικό τομέα που είναι σύνολο των μη γνωστικών και μη ενεργών διαδικασιών που ποικίλουν από τις ξαφνικές συναισθηματικές αντιδράσεις έως τα συνήθη συναισθήματα του ατόμου.

Ο συντονισμός μεταξύ των τομέων επιτρέπει την εμφάνιση έξι στρατηγικών, που η κάθε μια περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις σε σχέση με τους ανωτέρω τομείς. Κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις εξετάζεται με βάση τρεις προτάσεις στις οποίες το υποκείμενο πρέπει να απαντήσει μέσα σε ένα πλαίσιο μιας κλίμακας πέντε σημείων, όπως αναφέρεται πιο πάνω αναλυτικά.

Το σύνολο αποτελείται λοιπόν από 54 ερωτήσεις.

	Τομείς		
Στρατηγικές	Δράση	Πληροφόρηση	Συναίσθημα
Εστίαση	A Ενεργός Εστίαση	Z Γνωστική Εστίαση	M Συναισθηματική Εστίαση
	B	H	N

Κοινωνική Στήριξη	Συνεργασία	Κοινωνική Πληροφοριακή Στήριξη	Συναισθηματική Κοινωνική Στήριξη
Απόσυρση	Γ Συμπεριφορική και Κοινωνική Απόσυρση	Θ Διανοητική Απόσυρση	Ξ Εθισμός σε ουσίες
Μεταστροφή	Δ Συμπεριφορική Αλλαγή	Ι Αποδοχή	Ο Αλλαγή αξιών
Έλεγχος	Ε Ρύθμιση δραστηριοτήτων	Κ Γνωστικός Έλεγχος και Σχεδιασμός	Π Συναισθηματικός Έλεγχος
Άρνηση	ΣΤ Διασκέδαση	Λ Άρνηση	Ρ Αλεξιθυμία

Οι στρατηγικές είναι οι εξής :

1. Η Εστίαση υπονοεί ότι το άτομο συγκεντρώνεται στο πρόβλημα και στους τρόπους επίλυσης του προβλήματος. Η συναισθηματική εστίαση υπονοεί όντως την διείσδυση ειδικών συναισθημάτων (επιθετικότητας και ενοχής).

Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις :

Α. Ενεργός Εστίαση : Όταν αντιμετωπίζει κανείς το πρόβλημα και πηγαίνει κατευθείαν σε αυτό.

Ζ. Γνωστική Εστίαση : Όταν αναλύει κανείς την κατάσταση, χρησιμοποιεί παρελθοντικές εμπειρίες, εφαρμόζει στρατηγικές για να λύσει καλύτερα το πρόβλημα.

Μ. Συναισθηματική Εστίαση : Όταν κανείς γίνεται ευερέθιστος ή επιθετικός απέναντι στους άλλους ή όταν κλείνεται στον εαυτό του βιώνοντας ενοχές.

2. Η Κοινωνική στήριξη υπονοεί την αναζήτηση βοήθειας με όρους γνωστικούς (συμβουλές, πληροφόρηση) ή συναισθηματικούς (η ανάγκη του ανθρώπου

να τον ακούσει κάποιος και να τον αναγνωρίσει). Υπονοεί επίσης, τη χρήση πράξεων συνεργασίας ως μέσο καταπολέμησης του στρες.

Η στρατηγική αυτή περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις :

Β. Συνεργασία : Όταν κάποιος έχει την ανάγκη να εργαστεί μαζί με τους άλλους.

Η. Πληροφοριακή Κοινωνική Στήριξη : Όταν κάποιος απευθύνεται σε πρόσωπα για να πάρει πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση που του δημιουργεί πρόβλημα.

Ν. Συναισθηματική Κοινωνική Στήριξη : Όταν κάποιος έχει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, να απευθυνθεί σε πρόσωπα που μπορούν να δώσουν παρηγοριά.

3. Η Απόσυρση υπονοεί ότι το υποκείμενο κλείνεται στον εαυτό του, προσπαθεί να μη σκέφτεται το πρόβλημα καταφεύγοντας στο όνειρο ή στη φαντασία ή υιοθετώντας συμπεριφορές που προσφέρουν υποκατάστατα (τροφή, ναρκωτικά, κάπνισμα, φάρμακα..). Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

Γ. Συμπεριφορική και Κοινωνική Απόσυρση: Όταν το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, απομακρύνεται από τους άλλους, αποσύρεται σε σχέση με τους άλλους.

Θ. Διανοητική απόσυρση: Όταν το άτομο προσπαθεί να διώξει το πρόβλημα από το μυαλό του, αρνείται να το σκέφτεται, θέλει να το ξεχάσει. Όταν ευχαριστείται με τις ονειροπολήσεις με τη φαντασία του προκειμένου να ξεχάσει τις δυσκολίες.

Ξ. Εθισμός σε ουσίες: Όταν το άτομο αναζητά υποκατάστατα μέσα από την τροφή, τα φάρμακα, τα ναρκωτικά, τον καπνό.

4. Η Μεταστροφή υπονοεί την αλλαγή, την τροποποίηση της συμπεριφοράς, των γνωστικών θέσεων (αποδοχή) ή των αξιών (όταν το άτομο στρέφεται προς το Θεό, αποκτά μια φιλοσοφία ζωής, αστειεύεται σχετικά με το πρόβλημα).

Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

Δ. Συμπεριφορική Αλλαγή: Όταν τροποποιεί τις πράξεις του, τη συμπεριφορά του, τον τρόπο ζωής του σχετικά με το πρόβλημα.

Ι. Αποδοχή: Όταν αποδέχεται το πρόβλημα όποιο κι αν είναι ή μαθαίνει να ζει με αυτό.

Ο. Αλλαγή των αξιών: Όταν κάποιος εμπιστεύεται το Θεό (στάση πίστης), στρέφεται σε μια άλλη φιλοσοφία ζωής, σχετικοποιεί με τρόπο διασκεδαστικό την κατάσταση (χιούμορ).

5. Ο Έλεγχος υπονοεί την κυριαρχία στην κατάσταση, τον συντονισμό των συμπεριφορών ή των δραστηριοτήτων και την συγκράτηση των συναισθημάτων. Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

Ε. Ρύθμιση των δραστηριοτήτων: Όταν το άτομο αντιστέκεται στην παρόρμηση να

κάνει απερίσκεπτες κρίσεις ή να πάρει αποφάσεις βεβιασμένες, όταν παίρνει μια απόσταση σε σχέση με την κατάσταση και παίρνει κάποιο χρόνο για να δράσει. Αυτή η στρατηγική έχει σαν σκοπό να συγκρατήσει την δραστηριότητα όταν αυτή μπορεί να κάνει περισσότερο κακό παρά καλό.

Κ. Γνωστικός έλεγχος και σχεδιασμός: Όταν το άτομο θέτει στόχους, κάνει ένα σχεδιασμό. Όταν χειρίζεται το πρόβλημα με τρόπο αφηρημένο και λογικό (διανοητικοποίηση).

Π. Συναισθηματικός έλεγχος: Όταν το άτομο αφενός δεν πανικοβάλλεται, αφετέρου δεν δείχνει στους άλλους τα συναισθήματα που το διακατέχουν.

6. Η Άρνηση: Όταν το υποκείμενο κάνει σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα, διασκεδάζει κάνοντας κάτι πιο ευχάριστο. Έχει δυσκολίες για να περιγράψει τα συναισθήματά του. Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

ΣΤ. Διασκέδαση: Όταν κάποιος ψάχνει να σκεφτεί κάτι άλλο εκτός από το πρόβλημα, όταν ασχολείται με άλλες δραστηριότητες για να μην το σκέφτεται. Όταν ψάχνει για ικανοποιήσεις σε άλλους τομείς της ύπαρξης.

Λ. Άρνηση: Όταν κάποιος κάνει σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα.

Ρ. Αλεξιθυμία: Όταν κάποιος δεν μπορεί να περιγράψει τα συναισθήματά του.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων μιας μελέτης που έκανε ο Tap με 260 κριτές προκειμένου να προσδιοριστεί ο θετικός ή αρνητικός χαρακτήρας των αντιδράσεων απέναντι στο στρες επιτρέπει τρεις διαπιστώσεις :

1. Η θετική διαχείριση (coping) συνδέει τις γνωστικές πλευρές με τη κοινωνική στήριξη (συνεργασία, βοήθεια μέσω πληροφόρησης, συναισθηματική στήριξη). Η ενεργός εστίαση και ο συναισθηματικός έλεγχος έρχονται να συμπληρώσουν αυτή την πρώτη δομή. Χάρη στη βοήθεια των άλλων (κοινωνική στήριξη), η ενεργός εστίαση εισάγει την προσαρμοστική προσπάθεια, την αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε αυτή τη δομή βρίσκουμε την ενεργό-γνωστική εστίαση και τον συναισθηματικό έλεγχο, λειτουργίες που έχουν περιγραφεί από τον Lazarus (1984).

2. Η αρνητική διαχείριση υπονοεί την σύνδεση απόσυρσης και άρνησης, αλλά αυτή η δεύτερη δομή οργανώνεται γύρω από την άρνηση, την διανοητική απόσυρση και την αλεξιθυμία (δυσκολία διαχείρισης των ιδίων συναισθημάτων, Sifneos (1973)).

3. Κάποιες συγκεκριμένες διαστάσεις, ιδιαίτερα η συμπεριφορική αλλαγή, η

αλλαγή των αξιών, η διασκέδαση και η αποδοχή γίνονται αντιληπτές με τρόπο πιο διαφορούμενο και λειτουργούν ως στρατηγικές ενδιάμεσες ανάμεσα στο θετικό και αρνητικό πρότυπο της διαχείρισης. Παραδείγματος χάρη η αποδοχή της κατάστασης γίνεται αντιληπτή θετικά όταν συσχετίζεται με τον συναισθηματικό έλεγχο. Αποδέχομαι σημαίνει, ελέγχω τα συναισθήματά μου, τις άμυνες μου, ρυθμίζω τις επιθυμίες μου. Όμως, η αποδοχή γίνεται αντιληπτή αρνητικά, όταν συσχετίζεται με την συγκράτηση. Αποδοχή της προβληματικής κατάστασης σημαίνει τότε παραίτηση.

Θετικές στρατηγικές

- A. Ενεργός Εστίαση
- B. Συνεργασία
- H. Κοινωνική πληροφοριακή στήριξη
- I. Αποδοχή
- Π. Συναισθηματικός έλεγχος
- K. Γνωστικός έλεγχος και σχεδιασμός
- ΣΤ. Διασκέδαση
- Z. Γνωστική Εστίαση
- N. Κοινωνική Συναισθηματική Στήριξη

Αρνητικές Στρατηγικές

- Ξ. Εθισμός στις ουσίες
- Θ. Διανοητική απόσυρση
- Ο. Αλλαγή Αξιών
- Γ. Συμπεριφορική και Κοινωνική Απόσυρση
- Δ. Συμπεριφορική Αλλαγή
- P. Αλεξιθυμία
- E. Ρύθμιση των δραστηριοτήτων
- Λ. Άρνηση
- M. Συναισθηματική Εστίαση

(Πηγή : Θεοδωράτου, 2003)

2.4.2. Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι το BDI του Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι το BDI είναι μια κλίμακα 21 στοιχείων από αναφορές που κάνουν τα άτομα μόνα τους αναφορικά με την διάθεση τους την τελευταία εβδομάδα και μετρά την σοβαρότητα της κατάθλιψης στους ενήλικους (Ambrosini, Metz, Bianchi, Rabinovich, & Undie, 1991· Haavisto, Sourander, Multimäki, Parkkola, Santalahti, Helenius, Nikalakaros, Kumpulainen, Moilanen, Piha et al., 2003· Kashani, Sherman, Parker, & Reid, 1990). Το BDI το οποίο έχει καλή αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια. ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0.84. Τα 21 ερωτήματα αναφέρονται στους εξής τομείς: Συναίσθημα, Απαισιοδοξία, Αίσθημα αποτυχίας, Απώλεια ικανοποίησης, Αίσθημα ενοχής, Αίσθημα τιμωρίας, Μίσος για τον εαυτό, Αυτοκατηγορία, Ευχές αυτοτιμωρίας, Κλάμα, Ευερεθιστότητα, Κοινωνική απόσυρση, Αναποφασιστικότητα, Σωματικό εγώ, Μείωση της εργατικότητας, Διαταραχές του ύπνου, Εύκολη κόπωση, Απώλεια όρεξης, Απώλεια βάρους, Υποχονδριακές ενασχολήσεις, Απώλεια της Libido. Όμως, επειδή αν δινόταν με αυτές τις ονομασίες τα υποκείμενα θα επηρεαζόταν, το κάθε ερώτημα ονομάστηκε ως «Ερώτημα» με αύξοντα αριθμό, π.χ. αντί για «1. Συναίσθημα» «Ερώτημα 1», αντί για «5. Αίσθημα ενοχής» «Ερώτημα 5». Τα υποκείμενα κλήθηκαν να κυκλώσουν την απάντηση που τους αντιπροσώπευε πιο πολύ. Οι απαντήσεις ήταν βαθμολογημένες με μια τετραβάθμια κλίμακα likert 0 έως 3, εκτός από κάποιες εξαιρέσεις όπου κάποιες βαθμίδες είχαν α και β. Το μέγιστο αποτέλεσμα είναι 63 και τα συνολικά αποτελέσματα ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την διαβάθμιση που αναφέρεται στο βιβλίο του Σταλικά (2002) 0 έως 9 καθόλου κατάθλιψη, 10 έως 15 ελαφρά κατάθλιψη, 16 έως 24 μέτρια κατάθλιψη και πάνω από 24 σοβαρή κατάθλιψη.

2.5. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού υποκειμένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν να είναι ενήλικος- γονέας παιδιού το οποίο βρίσκεται σε λογοθεραπευτικό πρόγραμμα και τα κριτήρια αποκλεισμού μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν 82 ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν,

διότι τα 7 κρίθηκαν ακατάλληλα σύμφωνα με τα κριτήρια αποκλεισμού.

2.6 Περιορισμοί της έρευνας

Πριν αρχίσει η έρευνα έχουν ληφθεί υπόψη κάποια στοιχεία που περιορίζαν την έρευνα. Τα στοιχεία αυτά ήταν ότι το δείγμα ελήφθη από ιδιωτικά κέντρα λογοθεραπείας και το ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε σε γονείς που ήδη πήγαιναν τα παιδιά τους σε λογοθεραπευτή.

2.7. Ζητήματα βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

2.8. Στατιστική μεθοδολογία

Στους πίνακες που ακολουθούν (Βλέπε Ευρήματα) οι μεν ποσοτικές μεταβλητές (συνεχείς και διακριτές) παρουσιάζονται με τη μέση τιμή τους (Μέση Τιμή value), την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε ποιοτικές μεταβλητές (διατεταγμένες ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα εμφάνισης τους καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών στις τιμές των δεικτών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων και υποομάδων ήταν t-test (student's t-test). Συγκεκριμένα για κάποιες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν κατά ζεύγη συγκρίσεις των μέσων των 12 δεικτών (Pairwise comparisons of means) ανά κατηγορία με τροποποίηση κατά Tukey.

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του pearson (r) (Pearson's correlation coefficient).

Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ανήκουν

στο διάστημα [-1, +1]. Οι τιμές +1, -1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο, ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Για να εκτιμηθεί η εσωτερική συνέπεια των ερωτήσεων των δυο ερωτηματολογίων υπολογίστηκε ο συντελεστής άλφα (Cronbach's alpha).

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε $p\text{-value} < 0.05$ (όπως αυτό προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο STATA/Special Edition 12.0 για Windows.

3. Ευρήματα

3.1. Επιπλέον κατηγορίες

3.1.1. Με βάση την Κλίμακα της Τουλούζης

Με βάση την Κλίμακα της Τουλούζης και το ανοικτό ερώτημα «Παρακαλούμε να σημειώσετε μία δύσκολη κατάσταση που αντιμετωπίζετε ή αντιμετωπίσατε πρόσφατα» προέκυψαν οι εξής κατηγορίες: Διαπροσωπικές σχέσεις, Επαγγελματικά, Θάνατος, Οικογενειακά, Οικονομικά, Προβλήματα/ Διαχείριση παιδιού και Υγεία. Η κατανομή του δείγματος ως προς τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3.1.1.1.

Πίνακας 3.1.1. Κατανομή υποκειμένων με βάση των δηλωθέντων Δύσκολων καταστάσεων

ΔΥΣΚΟΛΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	22	26,83
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ	9	11,98
ΘΑΝΑΤΟΣ	4	4,88
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ	11	12,2
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ	10	12,2
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ/ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ	20	24,39
ΥΓΕΙΑ	6	7,32

3.1.2. Με βάση το ερωτηματολόγιο της Κατάθλιψης

Όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο της Κατάθλιψης υπολογίστηκε το συνολικό σκορ του κάθε υποκειμένου και ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την διαβάθμιση που αναφέρεται στο βιβλίο του Σταλικά (2002) 0 έως 9 «καθόλου» κατάθλιψη, 10 έως 15 «ελαφρά» κατάθλιψη, 16 έως 24 «μέτρια» κατάθλιψη και πάνω από 24 «σοβαρή» κατάθλιψη. Η κατανομή του δείγματος ως προς τις κατηγορίες της Κατάθλιψης παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3.1.2.

Εξετάζοντας το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου της κατάθλιψης των υποκειμένων, κυμαίνεται από 0 έως 25 με μέση τιμή τα 10,90.

Πίνακας 3.1.2. Κατανομή υποκειμένων με βάση τις κατηγορίες της Κατάθλιψης

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	34	41,46
ΕΛΑΦΡΑ	32	39,93
ΜΕΤΡΙΑ	15	18,29
ΣΟΒΑΡΗ	1	1,22

3.2. α) Στοιχεία σχετικά με τις στρατηγικές

Στην προσπάθεια να σταθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά τον δείκτη Δράσης, τον δείκτη Πληροφόρησης και τον δείκτη Συναισθήματος, χωρίσαμε την κλίμακα σε πέντε διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score από 18,0 έως 28,6 θεωρήθηκαν ότι έχουν «πολύ χαμηλό» επίπεδο στον δείκτη Δράσης, στον δείκτη Πληροφόρησης και στον δείκτη Συναισθήματος, ενώ οι ερωτώμενοι που είχαν συνολικό score από 28,6 έως 39,4 θεωρήθηκαν ότι έχουν «χαμηλό» επίπεδο στον δείκτη Δράσης, στον δείκτη Πληροφόρησης και στον δείκτη Συναισθήματος. Ερωτώμενοι με συνολικό score από 39,5 έως 50,6 θεωρήθηκαν ότι έχουν «μέτριο» επίπεδο στον δείκτη Δράσης, στον δείκτη Πληροφόρησης και στον δείκτη Συναισθήματος. Τέλος, οι ερωτώμενοι με συνολικό score από 50,6 έως 61,4 θεωρήθηκαν ότι έχουν «υψηλό» επίπεδο στον δείκτη Δράσης, στον δείκτη Πληροφόρησης και στον δείκτη Συναισθήματος και οι ερωτώμενοι με συνολικό score από 61,5 έως 72 θεωρήθηκαν ότι έχουν «πολύ υψηλό» επίπεδο στον δείκτη Δράσης, στον δείκτη Πληροφόρησης και στον δείκτη Συναισθήματος (Πίνακας 3.2.1.).

Πίνακας 3.2.1. Επίπεδα κατηγοριών δείκτη Δράσης, δείκτη Πληροφόρησης και δείκτη Συναισθήματος

ΔΡΑΣΗ, ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ και ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ (N=82)	ΑΠΟ	ΕΩΣ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	18	28,6
ΧΑΜΗΛΟ	28,7	39,4
ΜΕΤΡΙΟ	39,5	50,6
ΥΨΗΛΟ	50,7	61,4
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	61,5	72

Ο δείκτης Δράσης (Action) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 35 και 63, με μέσο όρο τα 47,39 και τυπική απόκλιση 6,29 (Πίνακας 3.2.2.).

Πίνακας 3.2.2. Δείκτης Δράσης

ΔΡΑΣΗ	N=82
Μέση Τιμή	47,39
Τυπική Απόκλιση	6,29
Ελάχιστη Τιμή	35
Μέγιστη Τιμή	63

Οι μισοί των ερωτηθέντων με ποσοστό 54,88% (45 άτομα) αναφορικά με το επίπεδο του δείκτη Δράσης υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 13,41 (11 άτομα) ο δείκτης δράσης υπολογίστηκε «χαμηλός», στο 30,49% (25 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός» και στο 1,22% (1 άτομο) «πολύ υψηλός» (Πίνακας 3.2.3.).

Πίνακας 3.2.3. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Δράσης

ΔΡΑΣΗ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	0	0
ΧΑΜΗΛΟ	11	13,41
ΜΕΤΡΙΟ	45	54,88
ΥΨΗΛΟ	25	30,49
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	1	1,22

Ο δείκτης Πληροφόρησης (Information) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 33 και 62, με μέσο όρο τα 46,1 και τυπική απόκλιση 6,43 (Πίνακας 3.2.4.).

Πίνακας 3.2.4. Δείκτης Πληροφόρησης

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ	N=82
Μέση Τιμή	46,1
Τυπική Απόκλιση	6,43
Ελάχιστη Τιμή	33
Μέγιστη Τιμή	62

Οι μισοί των ερωτηθέντων με ποσοστό 52,44% (43 άτομα) όσον αφορά στο επίπεδο του δείκτη Πληροφόρησης υπολογίστηκε «μέτριο». Στο 19,51 (16 άτομα) ο δείκτης Πληροφόρησης υπολογίστηκε «χαμηλός», στο 25,61% (21 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός» και στο 2,44% (2 άτομα) «πολύ υψηλός» (Πίνακας 3.2.5.).

Πίνακας 3.2.5. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Πληροφόρησης

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	0	0
ΧΑΜΗΛΟ	16	19,51
ΜΕΤΡΙΟ	43	52,44
ΥΨΗΛΟ	21	25,61
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	2	2,44

Ο δείκτης Συναισθήματος (Emotion) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 32 και 55, με μέσο όρο τα 40,48 και τυπική απόκλιση 5,03 (Πίνακας 3.2.6.).

Πίνακας 3.2.6. Δείκτης Συναισθήματος

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ	N=82
Μέση Τιμή	40,48
Τυπική Απόκλιση	5,03
Ελάχιστη Τιμή	32
Μέγιστη Τιμή	55

Στο 59,76% (49 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Συναισθήματος υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 37,8% (31 άτομα) ο δείκτης Συναισθήματος υπολογίστηκε «χαμηλός» και στο 2,44% (2 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός» (Πίνακας 3.2.7.).

Πίνακας 3.2.7. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Συναισθήματος

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	0	0
ΧΑΜΗΛΟ	31	37,8
ΜΕΤΡΙΟ	49	59,76
ΥΨΗΛΟ	2	2,44
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	0	0

Στην προσπάθεια να σταθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά τον δείκτη Θετικών Στρατηγικών και τον δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών, χωρίσαμε την κλίμακα σε πέντε διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score από 27 έως 43,2 θεωρήθηκαν ότι έχουν «πολύ χαμηλό» επίπεδο στον δείκτη Θετικών Στρατηγικών και στον δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών, ενώ οι ερωτώμενοι που είχαν συνολικό score από 43,3 έως 59,4 θεωρήθηκαν ότι έχουν «χαμηλό» επίπεδο στον δείκτη Θετικών Στρατηγικών και στον δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών. Ερωτώμενοι με συνολικό score από 59,5 έως 75,6 θεωρήθηκαν ότι έχουν «μέτριο» επίπεδο στον δείκτη Θετικών Στρατηγικών και στον δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών. Τέλος, οι ερωτώμενοι με συνολικό score από 75,7 έως 91,8 θεωρήθηκαν ότι έχουν «υψηλό» επίπεδο στον δείκτη Θετικών Στρατηγικών και στον δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών και οι ερωτώμενοι με συνολικό score από 91,9 έως 108 θεωρήθηκαν ότι έχουν «πολύ υψηλό» επίπεδο στον δείκτη Θετικών Στρατηγικών και στον δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών (Πίνακας 3.2.8.).

Πίνακας 3.2.8. Επίπεδα κατηγοριών δείκτη Θετικών Στρατηγικών και τον δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών

ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ & ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ(N=82)	ΑΠΟ	ΕΩΣ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	27	43,2
ΧΑΜΗΛΟ	43,3	59,4
ΜΕΤΡΙΟ	59,5	75,6
ΥΨΗΛΟ	75,7	91,8
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	91,9	108

Ο δείκτης Θετικών Στρατηγικών (Positif) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 54 και 100, με μέσο όρο τα 74,98 και τυπική απόκλιση 10,52 (Πίνακας 3.2.9.).

Πίνακας 3.2.9. Δείκτης Θετικών Στρατηγικών

ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ	N=82
Μέση Τιμή	74,98
Τυπική Απόκλιση	10,42
Ελάχιστη Τιμή	54
Μέγιστη Τιμή	100

Στο 46,34% (38 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Θετικών Στρατηγικών υπολογίστηκε ως «υψηλό». Στο 36,59% (30 άτομα) ο δείκτης Θετικών Στρατηγικών υπολογίστηκε «μέτριος», στο 12,20% (10 άτομα) υπολογίστηκε «χαμηλός» και στο 4,88% (4 άτομα) υπολογίστηκε «πολύ υψηλός» (Πίνακας 3.2.10.).

Πίνακας 3.2.10. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Θετικών Στρατηγικών

ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	0	0
ΧΑΜΗΛΟ	10	12,20
ΜΕΤΡΙΟ	30	36,59
ΥΨΗΛΟ	38	46,34

ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	4	4,88
------------	---	------

Ο δείκτης Αρνητικών Στρατηγικών (Negatif) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 46 και 80, με μέσο όρο τα 58,99 και τυπική απόκλιση 7.49 (Πίνακας 3.2.11.).

Πίνακας 3.2.11. Δείκτης Αρνητικών Στρατηγικών

ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ	N=82
Μέση Τιμή	58,99
Τυπική Απόκλιση	7,49
Ελάχιστη Τιμή	46
Μέγιστη Τιμή	80

Στο 53,66% (44 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 43,90% (36 άτομα) ο δείκτης Αρνητικών Στρατηγικών υπολογίστηκε «χαμηλός» και στο 2,44% (2 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός» (Πίνακας 3.2.12.).

Πίνακας 3.2.12. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών

ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	0	0
ΧΑΜΗΛΟ	36	43,90
ΜΕΤΡΙΟ	44	53,66
ΥΨΗΛΟ	2	2,44
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	0	0

Στην προσπάθεια να σταθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά τον δείκτη του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης, χωρίσαμε την κλίμακα σε πέντε διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score από 54 έως 86,4 θεωρήθηκαν ότι έχουν «πολύ χαμηλό» επίπεδο στον δείκτη του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης, ενώ οι ερωτώμενοι που είχαν

συνολικό score από 86,5 έως 118,8 θεωρήθηκαν ότι έχουν «χαμηλό» επίπεδο στον δείκτη του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης. Ερωτώμενοι με συνολικό score από 118,9 έως 151,1 θεωρήθηκαν ότι έχουν « μέτριο» επίπεδο στον δείκτη του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης. Τέλος, οι ερωτώμενοι με συνολικό score από 151,2 έως 183,5 θεωρήθηκαν ότι έχουν «υψηλό» επίπεδο στον δείκτη του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης και οι ερωτώμενοι με συνολικό score από 183,6 έως 216 θεωρήθηκαν ότι έχουν «πολύ υψηλό» επίπεδο στον δείκτη του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης (Πίνακας 3.2.13.).

Πίνακας 3.2.13. Επίπεδα κατηγοριών του δείκτη του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης

ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ (N=82)	ΑΠΟ	ΕΩΣ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	54	86,4
ΧΑΜΗΛΟ	86,5	118,8
ΜΕΤΡΙΟ	118,9	151,1
ΥΨΗΛΟ	151,2	183,5
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	183,6	216

Το Σύνολο των Στρατηγικών Διαχείρισης (Total g) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 105 και 180, με μέσο όρο τα 133.96 και τυπική απόκλιση 16,07 (Πίνακας 3.2.14.).

Πίνακας 3.2.14. Σύνολο των Στρατηγικών Διαχείρισης

Σανέλο των Στρατηγικών Διαχείρισης	N=82
Μέση Τιμή	133,96
Τυπική Απόκλιση	16,07
Ελάχιστη Τιμή	105
Μέγιστη Τιμή	180

Στο 74,39% (61 άτομα) των ερωτηθέντων στο επίπεδο του δείκτη του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 15,85% (13 άτομα) ο

δείκτης του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης υπολογίστηκε «χαμηλός» και στο 9,76% (8 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός» (Πίνακας 3.2.15.).

Πίνακας 3.2.15. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης

ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	0	0
ΧΑΜΗΛΟ	13	15,85
ΜΕΤΡΙΟ	61	74,39
ΥΨΗΛΟ	8	9,76
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	0	0

Στην προσπάθεια να σταθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά τον δείκτη της Εστίασης, της Κοινωνική Στήριξης, της Απόσυρσης, της Μεταστροφής, του Ελέγχου και της Άρνησης, χωρίσαμε την κλίμακα σε πέντε διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score από 9 έως 14,3 θεωρήθηκαν ότι έχουν «πολύ χαμηλό» επίπεδο στον δείκτη Εστίασης, Κοινωνικής Στήριξης, Απόσυρσης, Μεταστροφής, Ελέγχου και Άρνησης, ενώ οι ερωτώμενοι που είχαν συνολικό score από 14,4 έως 19,7 θεωρήθηκαν ότι έχουν «χαμηλό» επίπεδο στον δείκτη Εστίασης, Κοινωνικής Στήριξης, Απόσυρσης, Μεταστροφής, Ελέγχου και Άρνησης. Ερωτώμενοι με συνολικό score από 19,8 έως 25,2 θεωρήθηκαν ότι έχουν «μέτριο» επίπεδο στον δείκτη Εστίασης, Κοινωνικής Στήριξης, Απόσυρσης, Μεταστροφής, Ελέγχου και Άρνησης. Τέλος, οι ερωτώμενοι με συνολικό score από 25,3 έως 30,6 θεωρήθηκαν ότι έχουν «υψηλό» επίπεδο στον δείκτη του Δείκτη Εστίασης, Κοινωνικής Στήριξης, Απόσυρσης, Μεταστροφής, Ελέγχου και Άρνησης και οι ερωτώμενοι με συνολικό score από 30,7 έως 36 θεωρήθηκαν ότι έχουν «πολύ υψηλό» επίπεδο στον δείκτη του Δείκτη Εστίασης, Κοινωνικής Στήριξης, Απόσυρσης, Μεταστροφής, Ελέγχου και Άρνησης (Πίνακας 3.2.16.).

Πίνακας 3.2.16. Επίπεδα κατηγοριών δείκτη της Εστίασης, της Κοινωνική Στήριξης, της Απόσυρσης, της Μεταστροφής, του Ελέγχου και της Άρνησης

ΕΣΤΙΑΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ, ΑΠΟΣΥΡΣΗ, ΜΕΤΑΣΤΡΟΦΗ, ΕΛΕΓΧΟΣ & ΑΡΝΗΣΗ (N=82)	ΑΠΟ	ΕΩΣ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	9	14,3
ΧΑΜΗΛΟ	14,4	19,7
ΜΕΤΡΙΟ	19,8	25,2
ΥΨΗΛΟ	25,3	30,6
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	30,7	36

Ο δείκτης Εστίασης (focalization) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 18 και 35, με μέσο όρο τα 25,12 και τυπική απόκλιση 3,77 (Πίνακας 3.2.17.).

Πίνακας 3.2.17. Δείκτης Εστίασης

ΕΣΤΙΑΣΗ	N=82
Μέση Τιμή	25,12
Τυπική Απόκλιση	3,77
Ελάχιστη Τιμή	18
Μέγιστη Τιμή	35

Στο 53,66% (44 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Εστίασης υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 31,71% (26 άτομα) ο δείκτης του δείκτη Εστίασης υπολογίστηκε «υψηλός» και από 7,32% (6 άτομα) υπολογίστηκε το «πολύ υψηλός» και το «χαμηλός» (Πίνακας 3.2.18.).

Πίνακας 3.2.18. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Εστίαση

ΕΣΤΙΑΣΗ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	0	0
ΧΑΜΗΛΟ	6	7,32
ΜΕΤΡΙΟ	44	53,66
ΥΨΗΛΟ	26	31,71
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	6	7,32

Ο δείκτης Κοινωνικής Στήριξης (support social) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 14 και 34, με μέσο όρο τα 24,05 και τυπική απόκλιση 5,74 (Πίνακας 3.2.19.).

Πίνακας 3.2.19. Κοινωνικής Στήριξης

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ	N=82
Μέση Τιμή	24,05
Τυπική Απόκλιση	5,74
Ελάχιστη Τιμή	14
Μέγιστη Τιμή	34

Στο 34,15% (28 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Κοινωνικής Στήριξης υπολογίστηκε ως «υψηλό». Στο 28,05% (23 άτομα) ο δείκτης Κοινωνικής Στήριξης υπολογίστηκε «χαμηλός», στο 23,17% (19 άτομα) υπολογίστηκε « μέτριος», στο 12,20% (10 άτομα) υπολογίστηκε πολύ υψηλό και στο 2,44% (2 άτομα) υπολογίστηκε «πολύ χαμηλός» (Πίνακας 3.2.20.).

Πίνακας 3.2.20. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Κοινωνικής Στήριξης

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	2	2,44
ΧΑΜΗΛΟ	23	28,05
ΜΕΤΡΙΟ	19	23,17
ΥΨΗΛΟ	28	34,15
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	10	12,20

Ο δείκτης Απόσυρσης (Retrait) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 10 και 24, με μέσο όρο τα 16,32 και τυπική απόκλιση 3,58 (Πίνακας 3.2.21.).

Πίνακας 3.2.21. Δείκτης Απόσυρσης

ΑΠΟΣΥΡΣΗ	N=82
Μέση Τιμή	16,32
Τυπική Απόκλιση	3,58
Ελάχιστη Τιμή	19
Μέγιστη Τιμή	24

Στο 56,10% (46 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Απόσυρσης υπολογίστηκε ως «χαμηλό». Στο 25,61% (21 άτομα) ο δείκτης Απόσυρσης υπολογίστηκε πολύ «χαμηλός» και στο 18,29% (15 άτομα) υπολογίστηκε « μέτριος», (Πίνακας 3.2.22.).

Πίνακας 3.2.22. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Απόσυρσης

ΑΠΟΣΥΡΣΗ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	21	25,61
ΧΑΜΗΛΟ	46	56,10
ΜΕΤΡΙΟ	15	18,29
ΥΨΗΛΟ	0	0
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	0	0

Ο δείκτης Μεταστροφής (Conversio) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 15 και 32, με μέσο όρο τα 23,95 και τυπική απόκλιση 4,33 (Πίνακας 3.2.23.).

Πίνακας 3.2.23. Δείκτης Μεταστροφής

ΜΕΤΑΣΤΡΟΦΗ	N=82
Μέση Τιμή	23,95
Τυπική Απόκλιση	4,33
Ελάχιστη Τιμή	15
Μέγιστη Τιμή	32

Στο 42,68% (35 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Μεταστροφής υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 36,59% (30 άτομα) ο δείκτης Μεταστροφής υπολογίστηκε «υψηλός», στο 17,07% (14 άτομα) υπολογίστηκε « χαμηλός», στο 3,66% (3 άτομα) υπολογίστηκε «πολύ υψηλός» (Πίνακας 3.2.24.).

Πίνακας 3.2.24. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Μεταστροφής

ΜΕΤΑΣΤΡΟΦΗ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	0	0
ΧΑΜΗΛΟ	14	17,07
ΜΕΤΡΙΟ	35	42,69
ΥΨΗΛΟ	30	36,59
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	3	3,66

Ο δείκτης Ελέγχου (Controle) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 16 και 34, με μέσο όρο τα 23,89 και τυπική απόκλιση 3,66 (Πίνακας 3.2.25.).

Πίνακας 3.2.25. Δείκτης Ελέγχου

ΕΛΕΓΧΟΣ	N=82
Μέση Τιμή	23,89
Τυπική Απόκλιση	3,66
Ελάχιστη Τιμή	16
Μέγιστη Τιμή	34

Στο 60,98% (50 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Ελέγχου υπολογίστηκε ως «μέτριος». Στο 21,95% (18 άτομα) ο δείκτης Ελέγχου υπολογίστηκε «υψηλός», στο 10,98% (9 άτομα) υπολογίστηκε «χαμηλός» και στο 6,10% (5 άτομα) υπολογίστηκε «πολύ υψηλός» (Πίνακας 3.2.26.).

Πίνακας 3.2.26. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Ελέγχου

ΕΛΕΓΧΟΣ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	0	0
ΧΑΜΗΛΟ	9	10,98
ΜΕΤΡΙΟ	50	60,98
ΥΨΗΛΟ	18	21,95
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	5	6,10

Ο δείκτης Άρνησης (Refus) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 12 και 29, με μέσο όρο τα 20,63 και τυπική απόκλιση 3,51 (Πίνακας 3.2.27.).

Πίνακας 3.2.27. Δείκτης Άρνησης

ΑΡΝΗΣΗ	N=82
Μέση Τιμή	20,63
Τυπική Απόκλιση	3,51
Ελάχιστη Τιμή	12
Μέγιστη Τιμή	29

Στο 48,78% (40 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Άρνησης υπολογίστηκε ως «χαμηλό». Στο 36,59% (30 άτομα) ο δείκτης Άρνησης υπολογίστηκε «μέτριος», στο 12,20% (10 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός» και στο 2,44% (2 άτομα) υπολογίστηκε «πολύ χαμηλός» (Πίνακας 3.2.28.).

Πίνακας 3.2.28. Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη Άρνησης

ΑΡΝΗΣΗ (N=82)	N=82	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	2	2,44
ΧΑΜΗΛΟ	40	48,78
ΜΕΤΡΙΟ	30	36,59
ΥΨΗΛΟ	10	12,20
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	0	0

3.2. β) Ανάλυση αποτελεσμάτων με βάση τα στοιχεία σχετικά με τις στρατηγικές

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, το 74,39% (61 άτομα), το επίπεδο του δείκτη του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 15,85% (13 άτομα) ο δείκτης του Συνόλου των Στρατηγικών Διαχείρισης υπολογίστηκε «χαμηλός» και στο 9,76% (8 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός». Παρατηρείται, ότι ο μέσος γονιός σε περίπτωση δύσκολης κατάστασης χρησιμοποιεί ενδιάμεσες ανάμεσα στο θετικό και αρνητικό τρόπο διαχείρισης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 46,34% (38 άτομα), στο επίπεδο του δείκτη Θετικών Στρατηγικών υπολογίστηκε ως «υψηλό». Στο 36,59% (30 άτομα) ο δείκτης Θετικών Στρατηγικών υπολογίστηκε «μέτριος», στο 12,20% (10 άτομα) υπολογίστηκε «χαμηλός» και στο 4,88% (4 άτομα) υπολογίστηκε πολύ «υψηλός» (Πίνακας 3.2.10.). Παρατηρείται, λοιπόν, ότι ο μέσος γονέας χρησιμοποιεί τις θετικές στρατηγικές (π.χ. κοινωνική συναισθηματική στήριξη, συνεργασία, συναισθηματικός έλεγχος), δηλαδή τον συνδυασμό των γνωστικών πλευρών με τη κοινωνική στήριξη (συνεργασία, βοήθεια μέσω πληροφόρησης και συναισθηματική στήριξη) σε υψηλά προς μέτρια επίπεδα.

Στο 53,66% (44 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 43,90% (38 άτομα) ο δείκτης Αρνητικών Στρατηγικών υπολογίστηκε «χαμηλός» και στο 2,44% (2 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός» (Πίνακας 3.2.12.). Από την ανάλυση αυτή προκύπτει ότι ο μέσος γονιός παιδιών που βρίσκεται σε λογοθεραπεία χρησιμοποιεί μέτρια ή λίγο τις Αρνητικές στρατηγικές, (π.χ. εθισμός στις ουσίες, αλεξιθυμία), δηλαδή την σύνδεση απόσυρσης και άρνησης.

Οι μισοί των ερωτηθέντων με ποσοστό 54,88% (45 άτομα), αναφορικά με το επίπεδο του δείκτη Δράσης, υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 13,41% (11 άτομα) ο δείκτης δράσης υπολογίστηκε «χαμηλός», στο 30,49% (25 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός» και στο 1,22% (1 άτομο) «πολύ υψηλός». Από την ανάλυση αυτή, προκύπτει ότι ο μέσος γονιός χρησιμοποιεί σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης τον δείκτη Δράσης, δηλαδή το σύνολο των διαδικασιών, με τις οποίες αρχίζει να ενεργεί, σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα.

Οι μισοί των ερωτηθέντων με ποσοστό 52,44% (43 άτομα) όσον αφορά στο

επίπεδο του δείκτη Πληροφόρησης υπολογίστηκε «μέτριο». Στο 19,51 (16 άτομα) ο δείκτης Πληροφόρησης υπολογίστηκε «χαμηλός», στο 25,61% (21 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός» και στο 2,44% (2 άτομα) «πολύ υψηλός». Προκύπτει ότι ο μέσος γονιός χρησιμοποιεί σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης τον δείκτη Πληροφόρησης, δηλαδή τις διαδικασίες εκείνες με τις οποίες το άτομο αποκτά πληροφορίες για το περιβάλλον του και τις επεξεργάζεται για να ρυθμίσει την συμπεριφορά του, σε μέτρια επίπεδα προς χαμηλά.

Στο 59,76% (49 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Συναισθήματος υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 37,8% (31 άτομα) ο δείκτης Συναισθήματος υπολογίστηκε «χαμηλός» και στο 2,44% (2 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός». Προκύπτει ότι ο μέσος γονιός χρησιμοποιεί σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης τον δείκτη Συναισθήματος, δηλαδή το σύνολο των μη γνωστικών και μη ενεργών διαδικασιών που ποικίλουν από τις ξαφνικές συναισθηματικές αντιδράσεις έως τα συνήθη συναισθήματα του ατόμου, σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα.

Στο 53,66% (44 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Εστίασης υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 31,71% (26 άτομα) ο δείκτης του δείκτη Εστίασης υπολογίστηκε «υψηλός» και από 7,32% (6 άτομα) υπολογίστηκε το «πολύ υψηλός» και το «χαμηλός». Παρατηρείται, επομένως, ότι ο μέσος γονιός χρησιμοποιεί σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης τον δείκτη Εστίασης, δηλαδή το να συγκεντρώνεται στο πρόβλημα και στους τρόπους επίλυσης του, σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα.

Στο 34,15% (28 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Κοινωνικής Στήριξης υπολογίστηκε ως «υψηλό». Στο 28,05% (23 άτομα) ο δείκτης Κοινωνικής Στήριξης υπολογίστηκε «χαμηλός», στο 23,17% (19 άτομα) υπολογίστηκε «μέτριος», στο 12,20% (10 άτομα) υπολογίστηκε «πολύ υψηλό» και στο 2,44% (2 άτομα) υπολογίστηκε «πολύ χαμηλό». Προκύπτει ότι ο μέσος γονιός χρησιμοποιεί σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης τον δείκτη Κοινωνικής Στήριξης, δηλαδή την αναζήτηση βοήθειας με όρους γνωστικούς (συμβουλές πληροφόρηση) ή συναισθηματικούς (την ανάγκη του ανθρώπου να τον ακούσει κάποιος και να τον αναγνωρίσει), σε μεγάλο εύρος (από πολύ υψηλά επίπεδα έως πολύ χαμηλά).

Στο 56,10% (46 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Απόσυρσης υπολογίστηκε ως «χαμηλό». Στο 25,61% (21 άτομα) ο δείκτης Απόσυρσης υπολογίστηκε «πολύ χαμηλό» και στο 18,29% (15 άτομα) υπολογίστηκε «μέτριος».

Προκύπτει ότι ο μέσος γονιός χρησιμοποιεί σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης τον δείκτη Απόσυρσης, δηλαδή το να κλείνεται στον εαυτό του, να προσπαθεί να μη σκέφτεται το πρόβλημα καταφεύγοντας στο όνειρο, στη φαντασία ή υιοθετώντας συμπεριφορές που προσφέρουν υποκατάστατα, σε χαμηλά προς πολύ χαμηλά επίπεδα.

Στο 60,98% (50 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Ελέγχου υπολογίστηκε ως « μέτριο». Στο 21,95% (18 άτομα) ο δείκτης Ελέγχου υπολογίστηκε «υψηλός», στο 10,98% (9 άτομα) υπολογίστηκε «χαμηλός» και στο 6,10% (5 άτομα) υπολογίστηκε πολύ «υψηλός». Προκύπτει ότι ο μέσος γονιός χρησιμοποιεί σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης τον δείκτη Ελέγχου, δηλαδή την κυριαρχία στην κατάσταση, τον συντονισμό των συμπεριφορών ή των δραστηριοτήτων και την συγκράτηση των συναισθημάτων, σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα.

Στο 42,68% (35 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Μεταστροφής υπολογίστηκε ως «μέτριο». Στο 36,59% (30 άτομα) ο δείκτης Μεταστροφής υπολογίστηκε «υψηλός», στο 17,07% (14 άτομα) υπολογίστηκε « χαμηλός», στο 3,66% (3 άτομα) υπολογίστηκε «πολύ υψηλός». Προκύπτει ότι ο μέσος γονιός χρησιμοποιεί σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης τον δείκτη Μεταστροφής, δηλαδή την αλλαγή και την τροποποίηση της συμπεριφοράς του, του τρόπου ζωής του σχετικά με το πρόβλημα, σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα.

Στο 48,78% (40 άτομα) των ερωτηθέντων το επίπεδο του δείκτη Άρνησης υπολογίστηκε ως «χαμηλό». Στο 36,59% (30 άτομα) ο δείκτης Άρνησης υπολογίστηκε «μέτριος», στο 12,20% (10 άτομα) υπολογίστηκε «υψηλός» και στο 2,44% (2 άτομα) υπολογίστηκε «πολύ χαμηλός». Παρατηρήθηκε ότι ο μέσος γονιός χρησιμοποιεί σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης τον δείκτη Άρνησης, δηλαδή την προσποίηση ότι το πρόβλημα δεν υπάρχει, διασκεδάζει κάνοντας κάτι ευχάριστο, δυσκολία να εκφράσει τα συναισθήματα του, σε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα.

3.3. Έλεγχος αξιοπιστίας- εσωτερικής συνάφειας της Κλίμακας της Τουλούζης

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 82 άτομα, μέσου όρου ηλικίας 37,43 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από κάθε μεταβλητή, με δεδομένη την ύπαρξη ενός παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα λογοθεραπείας.

Για την μελέτη της αξιοπιστίας - εσωτερικής συνάφειας του ερωτηματολογίου για την κλίμακα της Τουλούζης για την διαχείριση, το οποίο

χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του Cronbach και υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Alpha και υπολογίστηκαν τα κανονικοποιημένα και τα μη κανονικοποιημένα στοιχεία.

Τα αποτελέσματα, όσον αφορά στα μη κανονικοποιημένα στοιχεία, φαίνονται παρακάτω:

Alpha = 0,9231

N of Cases = 82

N of Items=12

Ο συνολικός δείκτης αξιοπιστίας Alpha, όσον αφορά στα μη κανονικοποιημένα στοιχεία, υπολογίστηκε για το σύνολο των δεικτών στο: $\alpha=0,9231$ ($\alpha>0,8$) (Πίνακας 3.3.1.) δεικνύοντας πολύ υψηλή συνάφεια μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και συνεπώς υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε. Αναλυτικότερα οι επιμέρους δείκτες αξιοπιστίας Alpha όπως υπολογίστηκαν για κάθε έναν από τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν, αναφορικά με τα μη κανονικοποιημένα στοιχεία, φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 3.3.1. Αξιοπιστία ερωτηματολογίου (μη- κανονικοποιημένα στοιχεία)

ΔΕΙΚΤΗΣ	Corected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
Δράσης	0,898	0,909
Ελέγχου	0,911	0,908
Μεταστροφής	0,841	0,913
Συναισθήματος	0,895	0,907
Εστίασης	0,808	0,911
Πληροφόρησης	0,818	0,917
Αρνητικών Στρατηγικών	0,593	0,920
Θετικών Στρατηγικών	0,339	0,927
Άρνησης	0,750	0,917
Απόσυρσης	0,756	0,919
Κοινωνικής Στήριξης	0,403	0,926
Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης	01,00	0,921
Συνολικός Alpha		0,9231

Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα, όσον αφορά στα κανονικοποιημένα στοιχεία, φαίνονται παρακάτω:

Alpha = 0,9421

N of Cases = 82

N of Items=12

Ο συνολικός δείκτης αξιοπιστίας Alpha, όσον αφορά στα κανονικοποιημένα στοιχεία, υπολογίστηκε για το σύνολο των δεικτών στο: $\alpha=0,9421$ ($\alpha>0,8$) (Πίνακας 3.3.2.) δεικνύοντας πολύ υψηλή συνάφεια μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και συνεπώς υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε. Αναλυτικότερα οι επιμέρους δείκτες αξιοπιστίας Alpha όπως υπολογίστηκαν για κάθε έναν από τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν, αναφορικά με τα κανονικοποιημένα στοιχεία, φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 3.3.2. Αξιοπιστία ερωτηματολογίου (κανονικοποιημένα στοιχεία)

ΔΕΙΚΤΗΣ	Corected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
Δράσης	0,894	0,932
Ελέγχου	0,892	0,932
Μεταστροφής	0,850	0,933
Συναισθήματος	0,882	0,932
Εστίασης	0,842	0,933
Πληροφόρησης	0,781	0,936
Αρνητικών Στρατηγικών	0,533	0,944
Θετικών Στρατηγικών	0,334	0,951
Άρνησης	0,725	0,938
Απόσυρσης	0,731	0,937
Κοινωνικής Στήριξης	0,407	0,948
Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης	0,997	0,928
Συνολικός Alpha		0,942

Είναι προφανές ότι κανένας από τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα δεν αφαιρείται από την μελέτη μας λόγω έλλειψης συνάφειας με το σύνολο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου.

3.4.1. Συσχετίσεις με t-test

3.4.1.α) Συσχέτιση των δεικτών και του φύλου των ερωτηθέντων

Ο μέσος όρος του δείκτη δράσης για τους άνδρες ήταν 47,67 και η τυπική απόκλιση 5,82 ενώ για τις γυναίκες ήταν 47,25 και 6,55 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στον δείκτη Δράσης ($t= 0,28$, $df=80$, $p= 0,782$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.1.).

Επίσης, ο μέσος όρος του δείκτη Ελέγχου για τους άνδρες ήταν 24,78 και η τυπική απόκλιση 3,69 ενώ για τις γυναίκες ήταν 23,45 και 3,69 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στον δείκτη Ελέγχου ($t= 1,55$, $df=80$, $p= 0,124$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.1.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Μεταστροφής για τους άνδρες ήταν 24,37 και η τυπική απόκλιση 3,93 ενώ για τις γυναίκες ήταν 23,75 και 4,52 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στον δείκτη Μεταστροφής ($t= 0,61$, $df=80$, $p=0,542$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.1.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Συναισθήματος για τους άνδρες ήταν 38,37 και η τυπική απόκλιση 5,2 ενώ για τις γυναίκες ήταν 41,41 και 4,65 αντίστοιχα. Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των γυναικών είναι στατιστικά σημαντική ($t= -2,76$, $df=80$, $p=0,007 <0,05$) (Βλέπε Πίνακας 3.4.1.1.). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη Συναισθήματος φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 3.4.1.2.

Ακόμα, ο μέσος όρος του δείκτη Εστίασης για τους άνδρες ήταν 24,37 και η τυπική απόκλιση 2,53 ενώ για τις γυναίκες ήταν 25,49 και 4,22 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στον δείκτη Εστίασης ($t= -1,27$, $df=80$, $p= 0,208$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.1.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Πληροφόρησης για τους άνδρες ήταν 44,93 και η τυπική απόκλιση 4,91 ενώ για τις γυναίκες ήταν 46,67 και 7,03 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στον δείκτη Πληροφόρησης ($t= -1,16$, $df=80$, $p=0,250$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.1.).

Ο μέσος όρος του δείκτη των Θετικών Στρατηγικών για τους άνδρες ήταν 74,56 και η τυπική απόκλιση 9,13 ενώ για τις γυναίκες ήταν 75,18 και 11,20 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στον δείκτη Θετικών Στρατηγικών ($t= -0,25$, $df=80$, $p=0,801$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.1.).

Ο μέσος όρος του δείκτη των Αρνητικών Στρατηγικών για τους άνδρες ήταν

56,4 και η τυπική απόκλιση 7,66 ενώ για τις γυναίκες ήταν 60,25 και 7,13 αντίστοιχα. Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των γυναικών είναι στατιστικά σημαντική ($t = -2,24$, $df = 80$, $p = 0,027 < 0,05$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη Ααρνητικών Στρατηγικών φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 3.4.1.2.

Ο μέσος όρος του δείκτη Άρνησης για τους άνδρες ήταν 20,63 και η τυπική απόκλιση 3,48 ενώ για τις γυναίκες ήταν 20,64 και 3,56 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στον δείκτη Άρνησης ($t = -0,008$, $df = 80$, $p = 0,994$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.1.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Απόσυρσης για τους άνδρες ήταν 14,7 και η τυπική απόκλιση 4,24 ενώ για τις γυναίκες ήταν 17,1 και 2,93 αντίστοιχα. Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των γυναικών είναι στατιστικά σημαντική ($t = -3$, $df = 80$, $p = 0,004 < 0,05$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.1.). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη Απόσυρσης φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 3.4.1.2.

Ο μέσος όρος του δείκτη Κοινωνικής Στήριξης για τους άνδρες ήταν 22,11 και η τυπική απόκλιση 5,09 ενώ για τις γυναίκες ήταν 25,00 και 5,85 αντίστοιχα. Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των γυναικών είναι στατιστικά σημαντική ($t = -2,19$, $df = 80$, $p = 0,031 < 0,05$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη Κοινωνικής Στήριξης φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 3.4.1.2.

Ο μέσος όρος του δείκτη Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης για τους άνδρες ήταν 130,96 και η τυπική απόκλιση 14,02 ενώ για τις γυναίκες ήταν 135,44 και 16,91 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στον δείκτη Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης ($t = -1,19$, $df = 80$, $p = 0,238$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.1.).

Πίνακας 3.4.1.1. Σύγκριση του επιπέδου των διαφόρων δεικτών με το φύλο των ερωτηθέντων

ΔΕΙΚΤΗΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΝΔΡΩΝ	Std. De ΑΝΔΡΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	Std. De ΓΥΝΑΙΚΩΝ	t-value	DF	p-level
Δράσης	47,67	5,82	47,25	6,55	0,28	80	0,782
Ελέγχου	24,78	3,69	23,45	3,59	1,55	80	0,124
Μεταστροφής	24,37	3,93	23,75	4,52	0,61	80	0,542
Συναισθήματος	38,37	5,2	41,51	4,65	-2,76	80	0,007
Εστίασης	24,37	2,53	25,49	4,22	-1,27	80	0,208
Πληροφόρησης	44,93	4,91	46,67	7,03	-1,16	80	0,25
Αρνητικών Στρατηγικών	56,4	7,66	60,25	7,13	-2,24	80	0,027
Θετικών Στρατηγικών	74,56	9,13	75,18	11,2	-0,25	80	0,801
Άρνησης	20,63	3,48	20,64	3,56	-0,008	80	0,994
Απόσυρσης	14,7	4,24	17,1	2,93	-3	80	0,004
Κοινωνικής Στήριξης	22,11	5,09	25	5,85	-2,19	80	0,031
Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης	130,96	14,02	135,44	16,91	-1,19	80	0,238

3.4.1.2. Συσχέτιση του επιπέδου των δεικτών Συναισθήματος, Αρνητικών Στρατηγικών, Απόσυρσης και Κοινωνικής Στήριξης των υποκειμένων με το φύλο τους

ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΕΙΚΤΗ	ΦΥΛΟ				
	Άνδρας		Γυναίκα		
<u>Συναισθήματος</u>	N	%	N	%	Σύνολο
Χαμηλό	16	59,26	15	27,27	31
Μέτριο	11	40,74	38	69,09	49
Υψηλό	0	0,00	2	3,64	2
	27		55		82
ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΕΙΚΤΗ	ΦΥΛΟ				
	Άνδρας		Γυναίκα		
<u>Αρνητικών Στρατηγικών</u>	N	%	N	%	Σύνολο
Χαμηλό	16	59,26	20	36,36	36
Μέτριο	11	40,74	33	60,00	44
Υψηλό	0	0,00	2	3,64	2
	27		55		82
ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΕΙΚΤΗ	ΦΥΛΟ				
	Άνδρας		Γυναίκα		
<u>Απόσυρσης</u>	N	%	N	%	Σύνολο
Πολύ χαμηλό	14	51,85	7	12,73	21
Χαμηλό	9	33,33	37	67,27	46
Μέτριο	4	14,81	11	20,00	15
	27		55		82
ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΕΙΚΤΗ	ΦΥΛΟ				
	Άνδρας		Γυναίκα		
<u>Κοινωνικής Στήριξης</u>	N	%	N	%	Σύνολο
Πολύ χαμηλό	2	7,41	0	0,00	2
Χαμηλό	8	29,63	15	27,27	23
Μέτριο	11	40,74	8	14,55	19
Υψηλό	3	11,11	25	45,45	28
Πολύ υψηλό	3	11,11	7	12,73	10
	27		55		82

3.4.1. β) Συσχέτιση των δεικτών και του φύλου των παιδιών των ερωτηθέντων

Ο μέσος όρος του δείκτη Δράσης για τα αγόρια ήταν 48,19 και η τυπική απόκλιση 6,31 ενώ για τα κορίτσια ήταν 45,93 και 6,05 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Δράσης ($t= 1,57$, $df=80$, $p= 0,12$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Επίσης, ο μέσος όρος του δείκτη Ελέγχου για τα αγόρια ήταν 24,15 και η τυπική απόκλιση 4 ενώ για τα κορίτσια ήταν 23,41 και 2,93 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Ελέγχου ($t= 0,87$, $df=80$, $p= 0,386$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Μεταστροφής για τα αγόρια ήταν 24,22 και η τυπική απόκλιση 3,94 ενώ για τα κορίτσια ήταν 23,45 και 4,98 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Μεταστροφής ($t= 0,77$, $df=80$, $p=0,439$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Συναισθήματος για τα αγόρια ήταν 41,15 και η τυπική απόκλιση 4,55 ενώ για τα κορίτσια ήταν 39,24 και 5,96 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Συναισθήματος ($t= 1,66$, $df=80$, $p= 0,1$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Ακόμα, ο μέσος όρος του δείκτη Εστίασης για τα αγόρια ήταν 25,43 και η τυπική απόκλιση 3,48 ενώ για τα κορίτσια ήταν 24,55 και 4,26 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Εστίασης ($t= 1,01$, $df=80$, $p= 0,314$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Πληροφόρησης για τα αγόρια ήταν 46,42 και η τυπική απόκλιση 6,05 ενώ για τα κορίτσια ήταν 45,52 και 7,15 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Πληροφόρησης ($t= 0,6$, $df=80$, $p=0,549$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Ο μέσος όρος του δείκτη των Θετικών Στρατηγικών για τα αγόρια ήταν 75,71 και η τυπική απόκλιση 9,78 ενώ για τα κορίτσια ήταν 73,62 και 11,8 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Θετικών Στρατηγικών ($t= 0,86$, $df=80$, $p=0,391$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Ο μέσος όρος του δείκτη των Αρνητικών Στρατηγικών για τα αγόρια ήταν 60,04 και η τυπική απόκλιση 7,52 ενώ για τα κορίτσια ήταν 57,07 και 7,65

αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Αρνητικές Στρατηγικές ($t= 1,74$, $df=80$, $p= 0,860$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Άρνησης για τα αγόρια ήταν 21,00 και η τυπική απόκλιση 3,73 ενώ για τα κορίτσια ήταν 19,97 και 3,00 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Άρνησης ($t= 1,28$, $df=80$, $p=0,203$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Απόσυρσης για τα αγόρια ήταν 16,81 και η τυπική απόκλιση 3,33 ενώ για τα κορίτσια ήταν 15,41 και 3,88 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Απόσυρσης ($t= 1,71$, $df=80$, $p= 0,09$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Κοινωνικής Στήριξης για τα αγόρια ήταν 24,13 και η τυπική απόκλιση 5,94 ενώ για τα κορίτσια ήταν 23,90 και 5,47 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Κοινωνικής Στήριξης ($t= 0,18$, $df=80$, $p= 0,860$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης για τα αγόρια ήταν 135,75 και η τυπική απόκλιση 15,16 ενώ για τα κορίτσια ήταν 130,69 και 17,37 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στον δείκτη Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης ($t= 1,37$, $df=80$, $p=0,174$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.3.).

Πίνακας 3.4.1.3. Συσχέτιση του επιπέδου των διαφόρων δεικτών με το φύλο του παιδιού

ΔΕΙΚΤΗΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΓΟΡΙΩΝ	Std. De ΑΓΟΡΙΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ	Std. De ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ	t-value	DF	p-level
Δράσης	48,19	6,31	45,93	6,05	1,57	80	0,12
Ελέγχου	24,15	4	23,41	2,93	0,87	80	0,386
Μεταστροφής	24,22	3,94	23,45	4,98	0,77	80	0,439
Συναισθήματος	41,15	4,55	39,24	5,69	1,66	80	0,1
Εστίασης	25,43	3,48	24,55	4,26	1,01	80	0,314
Πληροφόρησης	46,42	6,05	45,52	7,15	0,6	80	0,549
Αρνητικών Στρατηγικών	60,04	7,25	57,07	7,65	1,74	80	0,86
Θετικών Στρατηγικών	75,71	9,78	73,62	11,8	0,86	80	0,391
Άρνησης	21	3,73	19,97	3	1,28	80	0,203
Απόσυρσης	16,81	3,33	15,41	3,88	1,71	80	0,09
Κοινωνικής Στήριξης	24,13	5,94	23,9	5,47	0,18	80	0,86
Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης	135,75	15,16	130,69	17,37	1,37	80	0,174

3.4.1. γ) Συσχέτιση των δεικτών και την ύπαρξη δευτέρου παιδιού σε θεραπεία

Ο μέσος όρος του δείκτη Δράσης για την ύπαρξη δευτέρου παιδιού ήταν 42 και η τυπική απόκλιση 5,79 ενώ για τις γυναίκες ήταν 47,74 και 6,19 αντίστοιχα. Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο τις μη ύπαρξης 2^{ου} παιδιού και της ύπαρξης είναι στατιστικά σημαντική ($t = -2,015$, $df = 80$, $p = 0,047 < 0,05$) (Βλέπε Πίνακας 3.4.1.4.). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη Δράσης φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 3.4.1.5.

Επίσης, ο μέσος όρος του δείκτη Ελέγχου για την ύπαρξη δευτέρου παιδιού ήταν 22 και η τυπική απόκλιση 3,74 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 24,01 και 3,64 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη

δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Ελέγχου ($t = -1,2$, $df=80$, $p = 0,235$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Μεταστροφής για την ύπαρξη δεύτερου παιδιού ήταν 20,4 και η τυπική απόκλιση 6,15 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 24,18 και 4,13 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Μεταστροφής ($t = -1,93$, $df=80$, $p=0,058$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Συναισθήματος για την ύπαρξη δεύτερου παιδιού ήταν 39,4 και η τυπική απόκλιση 4,78 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 40,55 και 5,06 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Συναισθήματος ($t = -0,49$, $df=80$, $p = 0,624$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Ακόμα, ο μέσος όρος του δείκτη Εστίασης για την ύπαρξη δεύτερου παιδιού ήταν 22,4 και η τυπική απόκλιση 2,6 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 25,3 και 3,78 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Εστίασης ($t = -1,68$, $df=80$, $p = 0,096$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Πληροφόρησης για την ύπαρξη δεύτερου παιδιού ήταν 43,2 και η τυπική απόκλιση 6,34 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 46,29 και 6,44 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Πληροφόρησης ($t = -1,04$, $df=80$, $p=0,301$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Ο μέσος όρος του δείκτη των Θετικών Στρατηγικών για την ύπαρξη δεύτερου παιδιού ήταν 67,00 και η τυπική απόκλιση 11,02 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 75,49 και 10,35 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Θετικών Στρατηγικών ($t = -1,77$, $df=80$, $p=0,080$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Ο μέσος όρος του δείκτη των Αρνητικών Στρατηγικών για την ύπαρξη δεύτερου παιδιού ήταν 57,6 και η τυπική απόκλιση 7,89 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 59,07 και 7,50 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Αρνητικές Στρατηγικές ($t = -0,43$, $df=80$, $p = 0,671$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Άρνησης για την ύπαρξη δεύτερου παιδιού ήταν

20,40 και η τυπική απόκλιση 3,29 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 20,63 και 3,54 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Άρνησης ($t = -0,15$, $df = 80$, $p = 0,878$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Απόσυρσης για την ύπαρξη δεύτερου παιδιού ήταν 17,4 και η τυπική απόκλιση 3,91 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 16,24 και 3,57 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Απόσυρσης ($t = 0,70$, $df = 80$, $p = 0,488$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Κοινωνικής Στήριξης για την ύπαρξη δεύτερου παιδιού ήταν 22,00 και η τυπική απόκλιση 3,67 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 24,18 και 5,84 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Κοινωνικής Στήριξης ($t = -0,82$, $df = 80$, $p = 0,41$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Ο μέσος όρος του δείκτη Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης για την ύπαρξη δεύτερου παιδιού ήταν 124,6 και η τυπική απόκλιση 15,85 ενώ για την μη ύπαρξη ήταν 134,57 και 16,01 αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη δεύτερου παιδιού και την μη ύπαρξη στον δείκτη Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης ($t = -1,35$, $df = 80$, $p = 0,18$) (Βλέπε Πίνακα 3.4.1.4.).

Πίνακας 3.4.1.4. Συσχέτιση του επιπέδου των διαφόρων δεικτών με την ύπαρξη ή μη δεύτερου παιδιού σε θεραπεία

ΔΕΙΚΤΗΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΥΠΑΡΞΗΣ 2^ο	Std. De ΥΠΑΡΞΗΣ 2^ο	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗ ΥΠΑΡΞΗΣ 2^ο	Std. De ΜΗ ΥΠΑΡΞΗΣ 2^ο	t-value	DF	p-level
Δράσης	42	5,79	47,74	6,19	2,015	80	0,047
Ελέγχου	22	3,74	24,01	3,64	-1,2	80	0,235
Μεταστροφής	20,4	6,15	24,18	4,13	-1,93	80	0,058
Συναισθήματος	39,4	4,78	40,55	5,06	-0,49	80	0,624
Εστίασης	22,4	2,6	25,3	3,78	-1,68	80	0,096
Πληροφόρησης	43,2	6,34	46,29	6,44	-1,04	80	0,301
Αρνητικών Στρατηγικών	57,6	7,89	59,07	7,5	-0,43	80	0,671
Θετικών Στρατηγικών	67	11,02	75,49	10,35	-1,77	80	0,08
Άρνησης	20,4	3,29	20,63	3,54	-0,15	80	0,878
Απόσυρσης	17,4	3,91	16,24	3,57	0,7	80	0,488
Κοινωνικής Στήριξης	22	3,67	24,18	5,84	-0,82	80	0,41
Σύνολο Στρατηγικών Διαχείρισης	124,6	15,85	134,57	16,01	-1,35	80	0,18

3.4.1.5. Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη Δράση των υποκειμένων με την ύπαρξη 2^{ου} παιδιού σε θεραπεία

ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΕΙΚΤΗ	ΥΠΑΡΞΗ 2 ^{ου} ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ				Σύνολο
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
<u>Δράση</u>	N	%	N	%	
Χαμηλό	2	40,00	9	11,69	11
Μέτριο	3	60,00	42	54,55	45
Υψηλό	0	0,00	25	32,47	25
Πολύ υψηλό	0	0,00	1	1,30	1
	5		77		82

3.4.2. Συσχετίσεις με t-test, κατά ζεύγη συγκρίσεις των μέσων των δεικτών

Για κάποιες μεταβλητές, όπου το t-test δεν ήταν εφικτό, χρησιμοποιήθηκαν κατά ζεύγη συγκρίσεις των μέσων των 12 δεικτών (Pairwise comparisons of means) ανά κατηγορία με τροποποίηση κατά Tukey. Συγκεκριμένα οι μεταβλητές αυτές είναι: η Οικογενειακή κατάσταση γονέων, το Μορφωτικό επίπεδο γονέων, η Επαγγελματική κατάσταση γονέων, η Χρονική διάρκεια από την έναρξη της θεραπείας, οι κατηγορίες της Κατάθλιψης και η Δύσκολη κατάσταση, την οποία αναφέρουν οι γονείς στην αρχή της κλίμακας της Τουλούζης.

3.4.2. α) Συσχέτιση των δεικτών και του Μορφωτικού επιπέδου των γονέων

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά σε κανένα δείκτη. Έτσι, οι τιμές των διαφόρων δεικτών για τα υποκείμενα που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα είναι ανεξάρτητες του Μορφωτικού επιπέδου, δηλαδή εάν είναι απόφοιτοι Δημοτικού, Γυμνασίου, Λυκείου, ΤΕΙ/ΑΕΙ, Μεταπτυχιακού.

3.4.2. β) Συσχέτιση των δεικτών και της Επαγγελματικής κατάστασης των γονέων

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με την Επαγγελματική κατάσταση των γονέων δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά σε κανένα δείκτη. Έτσι, οι τιμές των διαφόρων δεικτών για τα υποκείμενα που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα είναι ανεξάρτητες της Επαγγελματικής κατάστασης, δηλαδή εάν είναι Άνεργοι, Ελεύθεροι επαγγελματίες, Ιδιωτικοί υπάλληλοι, Δημόσιοι υπάλληλοι, δεν εργάζονται-οικιακά.

3.4.2. γ) Συσχέτιση των δεικτών και της Οικογενειακής κατάστασης των γονέων

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με την Οικογενειακή κατάσταση των γονέων προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, στον δείκτη Κοινωνικής στήριξης προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «παντρεμένων» και «διαζευγμένων» ($p\text{-value} = 0,006 < 0,05$ και $t = -3,16$). Προκύπτει, επομένως, ότι οι διαζευγμένοι παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη κοινωνικής στήριξης σε σχέση/συγκριτικά με τους παντρεμένους

Δεν προκύπτει καμία άλλη στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους ανάλογα με την Οικογενειακή κατάσταση για τους υπόλοιπους δείκτες.

3.4. δ) Συσχέτιση των δεικτών και την Χρονική διάρκεια από την έναρξη της θεραπείας

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με την Χρονική διάρκεια από την έναρξη της θεραπείας προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, στον δείκτη Κοινωνικής στήριξης προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με την Χρονική διάρκεια από την έναρξη της θεραπείας των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «περισσότερο του ενός χρόνου» και «απο 3 έως 6

μήνες» (p -value= 0,049<0,05 και $t= 2,64$). Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι όταν ο χρόνος από την έναρξη της θεραπείας είναι άνω του ενός έτους παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Κοινωνικής Στήριξης συγκριτικά με όταν ο χρόνος έναρξης είναι μεταξύ τριών και έξι μηνών.

Δεν προκύπτει καμία άλλη στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους ανάλογα με την Χρονική διάρκεια από την έναρξη της θεραπείας για τους υπόλοιπους δείκτες.

3.4.2. ε) Συσχέτιση των δεικτών και των κατηγοριών Κατάθλιψης

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με των κατηγοριών Κατάθλιψης προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, στον δείκτη Πληροφόρηση προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιψης των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «μέτριας» και «ελαφράς» (p -value=0,034 <0,05 και $t= -2,78$). Επομένως, προκύπτει ότι οι γονείς στην κατηγορία ελαφρά κατάθλιψη παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Πληροφόρησης σε σχέση με αυτούς της μέτριας.

Στον δείκτη Θετικές Στρατηγικές προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιψης των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «μέτριας» και «καθόλου» (p -value=0,007 <0,05 και $t= -3,35$) και μεταξύ «μέτριας» και «ελαφράς» (p -value= 0,011 <0,05 και $t= -3,18$). Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι οι γονείς στην κατηγορία καθόλου και ελαφρά παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Θετικές Στρατηγικές συγκριτικά με αυτούς της μέτριας

Στον δείκτη Αρνητικές Στρατηγικές προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιψης των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «ελαφράς» και «καθόλου» (p -value=0,019 <0,05 και $t= 3,00$). Παρατηρήθηκε, λοιπόν, ότι οι γονείς στην κατηγορία ελαφρά κατάθλιψη παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Αρνητικών

Στρατηγικών σε σχέση/συγκριτικά με αυτούς της καθόλου.

Στον δείκτη Απόσυρσης προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιξης των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «μέτριας» και «καθόλου» ($p\text{-value}=0,002 < 0,05$ και $t=3,72$) και μεταξύ «ελαφράς» και «καθόλου» ($p\text{-value}=0,007 < 0,05$ και $t=3,33$). Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι οι γονείς στην κατηγορία μέτρια παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Απόσυρσης συγκριτικά με αυτούς της καθόλου και οι γονείς στην κατηγορία ελαφρά συγκριτικά με εκείνους στην κατηγορία καθόλου.

Στον δείκτη Μεταστροφής προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιξης των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «μέτριας» και «καθόλου» ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$ και $t=-4,83$), μεταξύ «μέτριας» και «ελαφράς» ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$ και $t=-5,52$) και μεταξύ «σοβαρής» και «μέτριας» ($p\text{-value}=0,025 < 0,05$ και $t=2,89$). Προκύπτει , επομένως, ότι οι γονείς στην κατηγορία καθόλου παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Μεταστροφής σε σχέση με αυτούς της μέτριας. Στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Μεταστροφής, προκύπτουν και μεταξύ των γονιών στην κατηγορία ελαφρά και μέτρια, όπως και μεταξύ σοβαρής και μέτριας κατηγορίας.

Δεν προκύπτει καμία άλλη στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες της Κατάθλιξης για τους υπόλοιπους δείκτες.

3.4.2. στ) Συσχέτιση των δεικτών και των δηλωθέντων Δύσκολων καταστάσεων

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με των δηλωθέντων Δύσκολων καταστάσεων προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συγκεκριμένα, στον δείκτη Δράση προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Οικογένεια» και «Υγείας» ($p\text{-value}=0,040$

<0,05 και $t= 3,12$). Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους την οικογένεια παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Δράση σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία.

Στον δείκτη Άρνηση προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Υγείας» και «Θανάτου» ($p\text{-value}=0,021 <0,05$ και $t= -3,34$), μεταξύ «Διαπροσωπικών» και «Θάνατος» ($p\text{-value}=0,046 <0,05$ και $t= -3,06$) και μεταξύ «Οικογένειας» και «Υγείας» ($p\text{-value}=0,043 <0,05$ και $t= 3,09$). Παρατηρήθηκε, επομένως, ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τον θάνατο παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Άρνησης σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία. Επιπλέον, οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τον θάνατο παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Άρνησης σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν τα διαπροσωπικά προβλήματα. Το ίδιο παρατηρήθηκε και μεταξύ εκείνων που δήλωσαν την οικογένεια συγκριτικά με την υγεία.

Στον δείκτη Σύνολο Στρατηγικών προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Παιδιού» και «Υγείας» ($p\text{-value}=0,042 <0,05$ και $t= 3,10$). Προκύπτει, λοιπόν, ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Σύνολο Στρατηγικών σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία.

Στον δείκτη Πληροφόρησης προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Παιδιού» και «Υγείας» ($p\text{-value}=0,007 <0,05$ και $t= 3,71$), μεταξύ «Παιδιού» και «Επαγγελματικά» ($p\text{-value}=0,010 <0,05$ και $t=3,60$) και μεταξύ «Παιδιού» και «Οικονομικά» ($p\text{-value}=0,044 <0,05$ και $t= 3,08$). Παρατηρήθηκε, επομένως, ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Πληροφόρησης σε σχέση

με εκείνους που δήλωσαν την υγεία, τα επαγγελματικά ή τα οικονομικά προβλήματα.

Στον δείκτη Κοινωνικής Στήριξης προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Παιδιού» και «Υγείας» (p-value=0,015 <0,05 και t= 3,46), μεταξύ «Παιδιού» και «Επαγγελματικά» (p-value=0,000 <0,05 και t= 5,92), μεταξύ «Παιδιού» και «Οικονομικά» (p-value=0,000 <0,05 και t= 5,69), μεταξύ «Παιδιού» και «Οικογενειακά» (p-value=0,006 <0,05 και t= 3,77) μεταξύ «Διαπροσωπικές» και «Επαγγελματικά» (p-value=0,001 <0,05 και t= 4,24) και μεταξύ «Διαπροσωπικές» και «Οικονομικές» (p-value=0,003 <0,05 και t= 3,95). Παρατηρήθηκε, επομένως, ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Κοινωνικής Στήριξης σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία, επαγγελματικά προβλήματα και οικονομικά. Επιπλέον, οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τις διαπροσωπικές σχέσεις παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Κοινωνικής Στήριξης σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν τα επαγγελματικά και τα οικονομικά προβλήματα.

Στον δείκτη Έλεγχος προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Παιδιού» και «Υγείας» (p-value=0,023 <0,05 και t= 3,31). Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Ελέγχου σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία.

Τέλος, στον δείκτη Μεταστροφή προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων (Βλέπε Πίνακα 3.4.2.1.), η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Διαπροσωπικές» και «Παιδιού» (p-value=0,025 <0,05 και t= -3,28). Παρατηρήθηκε, επομένως, ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Μεταστροφής σε σχέση με

εκείνους που δήλωσαν τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Δεν προκύπτει καμία άλλη στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις για τους υπόλοιπους δείκτες.

3.4.2.1. Στατιστική σημαντικότητα των μέσων όρων των διαφόρων δεικτών σε σχέση με την Οικογενειακή κατάσταση, τον Χρόνο έναρξης της θεραπείας, τις κατηγορίες της Κατάθλιψης και τις δηλωθέντες δύσκολες καταστάσεις

	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ			
	<i>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</i>	t	p-value	
ΔΕΙΚΤΗΣ	<u>Κοινωνική Στήριξη</u>	"Παντρεμένος" - "Διαζευγμένος"	-3,16	0,006
	<i>ΧΡΟΝΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ</i>			
	<u>Κοινωνική Στήριξη</u>	">1 Χρόνο"- "από 3 έως 6 μήνες"	2,64	0,049
	<i>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</i>			
	<u>Θετικές Στρατηγικές</u>	«μέτρια» - «καθόλου»	-3,35	0,007
		«μέτρια» - «ελαφρά»	-3,18	0,011
	<u>Αρνητικές Στρατηγικές</u>	«ελαφρά»- «καθόλου»	3,00	0,019
	<u>Πληροφόρησης</u>	«μέτρια» - «ελαφρά»	-2,78	0,034
	<u>Απόσυρσης</u>	«ελαφρά»- «καθόλου»	3,33	0,007
		«μέτρια» - «καθόλου»	3,72	0,002
	<u>Μεταστροφής</u>	«μέτρια» - «καθόλου»	-4,83	0,000
		«μέτρια» - «ελαφρά»	-5,52	0,000
		«σοβαρή»-«μέτρια»	2,89	0,025
	<i>ΔΥΣΚΟΛΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</i>			
	<u>Αρνηση</u>	«Υγεία»-«Θάνατος»	-3,34	0,021
		«Διαπροσωπικές»-«Θάνατος»	-3,06	0,046
		«Οικογένεια»- «Υγεία»	3,09	0,043
	<u>Δράση</u>	«Οικογένεια»- «Υγεία»	3,12	0,040
	<u>Σύνολο Στρατηγικών</u>	«Παιδί»- «Υγεία»	3,10	0,042
	<u>Έλεγχος</u>	«Παιδί»- «Υγεία»	3,31	0,023
	<u>Μεταστροφή</u>	«Διαπροσωπικές»- «Παιδί»	-3,28	0,025
	<u>Πληροφόρηση</u>	«Παιδί»- «Υγεία»	3,71	0,007
		«Παιδί»- «Επαγγελματικά»	3,60	0,010
«Παιδί»- «Οικονομικά»		3,08	0,044	
<u>Κοινωνικής Στήριξης</u>	«Παιδί»- «Υγεία»	3,46	0,015	
	«Παιδί»- «Επαγγελματικά»	5,92	0,000	
	«Παιδί»- «Οικονομικά»	5,69	0,000	
	«Παιδί»-«Οικογενειακά»	3,77	0,006	
	«Διαπροσωπικές»- «Επαγγελματικά»	4,24	0,001	
	«Διαπροσωπικές»- «Οικονομικές»	3,95	0,003	

3.4.3. Ανάλυση συσχετίσεων

3.4.3.1.α) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και του φύλου των ερωτηθέντων

Οι άντρες, σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τον Έλεγχο, το οποίο δηλώνει ότι οι άντρες περισσότερο προσπαθούν να κυριαρχίσουν της κατάστασης, να συντονίσουν τις συμπεριφορές τους και να συγκρατήσουν τα συναισθήματα τους. Οι γυναίκες, από την άλλη, χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό την Εστίαση, το οποίο δηλώνει ότι περισσότερο εστιάζονται στο πρόβλημα και προσπαθούν να βρουν τρόπους επίλυσης τους. Στην σύγκριση μεταξύ γυναικών και αντρών, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες έχουν υψηλότερο μέσο όρο στους δείκτες Συναισθήματος, Αρνητικών Στρατηγικών, Απόσυρσης και Κοινωνικής στήριξης. Αυτό δηλώνει ότι οι θηλυκοί γονείς παιδιών που βρίσκονται σε λογοθεραπεία σε σχέση με τους αρσενικούς χρησιμοποιούν πιο πολύ τις στρατηγικές αυτές. Αναφορικά με τον τομέα του Συναισθήματος, υποδηλώνει ότι οι γυναίκες γονείς χρησιμοποιούν κατά μέσο όρο περισσότερο από τους άντρες το σύνολο των γνωστικών και μη ενεργών διαδικασιών που ποικίλουν από τις ξαφνικές συναισθηματικές αντιδράσεις έως τα συνήθη συναισθήματα. Αναφορικά με τον τομέα των Αρνητικών Στρατηγικών, οι γυναίκες γονείς χρησιμοποιούν κατά μέσο όρο περισσότερο από τους άντρες στρατηγικές που υπονοούν την αρνητική διαχείριση του προβλήματος. Ο μέσος όρος των θηλυκών γονέων χρησιμοποιεί περισσότερο από τους άντρες την στρατηγική της Κοινωνικής Στήριξης, το οποίο δηλώνει την αναζήτηση βοήθειας με γνωστικούς ή συναισθηματικούς όρους αλλά και την χρήση πράξεων συνεργασίας ως μέσο καταπολέμησης του στρες. Τέλος, οι γυναίκες γονείς κατά μέσο όρο χρησιμοποιούν περισσότερο από τους άντρες την στρατηγική της Απόσυρσης, το οποίο υπονοεί ότι κλείνονται περισσότερο στον εαυτό τους, προσπαθούν να μην σκέφτονται το πρόβλημα καταφεύγοντας στο όνειρο, στη φαντασία ή υιοθετώντας συμπεριφορές που προσφέρουν υποκατάστατα.

3.4.3.1. β) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και του φύλου των παιδιών των ερωτηθέντων

Στην προσπάθεια σύγκρισης ανάμεσα στο φύλο των παιδιών των

ερωτηθέντων και των στρατηγικών διαχείρισης που χρησιμοποιούν εκείνοι διαπιστώνεται ότι δεν προκύπτει κάποια συσχέτιση. Συνεπώς, το φύλο του παιδιού δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει ο γονέας στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.4.3.1. γ) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και την ύπαρξη δεύτερου παιδιού σε θεραπεία

Στην προσπάθεια σύγκρισης ανάμεσα την ύπαρξη 2^{ου} παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα ερωτηθέντων και των στρατηγικών διαχείρισης που χρησιμοποιούν οι γονείς διαπιστώνεται ότι δεν προκύπτει κάποια συσχέτιση. Συνεπώς, η ύπαρξη 2^{ου} παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει ο γονέας στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.4.3.2. α) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και του Μορφωτικού επιπέδου των γονέων

Στην προσπάθεια σύγκρισης ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων και των στρατηγικών διαχείρισης που χρησιμοποιούν εκείνοι διαπιστώνεται ότι δεν προκύπτει κάποια συσχέτιση. Συνεπώς, το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει ο γονέας στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.4.3.2. β) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και της Επαγγελματικής κατάστασης των γονέων

Στην προσπάθεια σύγκρισης ανάμεσα στην Επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων και των στρατηγικών διαχείρισης που χρησιμοποιούν εκείνοι διαπιστώνεται ότι δεν προκύπτει κάποια συσχέτιση. Συνεπώς, η Επαγγελματική κατάσταση του γονέα δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.4.3.2. γ) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και της Οικογενειακής κατάστασης των γονέων

Στην προσπάθεια σύγκρισης ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση

των ερωτηθέντων και των στρατηγικών διαχείρισης που χρησιμοποιούν εκείνοι διαπιστώνεται ότι συσχέτιση προκύπτει μόνο στον δείκτη Κοινωνικής Στήριξης. Συγκεκριμένα, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «παντρεμένων» και «διαζευγμένων» ($p\text{-value} = 0,006 < 0,05$ και $t = -3,16$). Προκύπτει, επομένως, ότι οι διαζευγμένοι παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη κοινωνικής στήριξης σε σχέση/συγκριτικά με τους παντρεμένους. Αυτό δηλώνει ότι οι διαζευγμένοι αναζητούν περισσότερο τη βοήθεια με όρους γνωστικούς (συμβουλές, πληροφόρηση) ή συναισθηματικούς (η ανάγκη του ανθρώπου να τον ακούσει κάποιος και να τον αναγνωρίσει) και κάνουν χρήση πράξεων συνεργασίας ως μέσο καταπολέμησης του στρες, από ότι οι παντρεμένοι.

Σε όλους τους άλλους δείκτες, η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.4. δ) Συσχέτιση των δεικτών και την Χρονική διάρκεια από την έναρξη της θεραπείας

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με την Χρονική διάρκεια από την έναρξη της θεραπείας προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, στον δείκτη Κοινωνικής στήριξης προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με την Χρονική διάρκεια από την έναρξη της θεραπείας των ερωτηθέντων, η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «περισσότερο του ενός χρόνου» και «από 3 έως 6 μήνες» ($p\text{-value} = 0,049 < 0,05$ και $t = 2,64$). Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι όταν ο χρόνος από την έναρξη της θεραπείας είναι άνω του ενός έτους παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Κοινωνικής Στήριξης συγκριτικά με όταν ο χρόνος έναρξης είναι μεταξύ τριών και έξι μηνών. Αυτό δηλώνει ότι όσοι έχουν παιδί σε θεραπεία πάνω από ένα χρόνο αναζητούν περισσότερο βοήθεια με όρους γνωστικούς (συμβουλές, πληροφόρηση) ή συναισθηματικούς (η ανάγκη του ανθρώπου να τον ακούσει κάποιος και να τον αναγνωρίσει) και κάνει περισσότερη χρήση πράξεων συνεργασίας ως μέσο καταπολέμησης του στρες, από ότι οι γονείς με παιδιά σε

θεραπεία από 3 μήνες έως 6 μήνες.

Σε όλους τους άλλους δείκτες, η χρονική διάρκεια από την έναρξη της θεραπείας δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει ο γονέας στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.4.3.2. ε) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και των κατηγοριών Κατάθλιψης

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιψης προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, στον δείκτη Πληροφόρηση προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιψης των ερωτηθέντων η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «μέτριας» και «ελαφράς» ($p\text{-value}=0,034 < 0,05$ και $t = -2,78$). Επομένως, προκύπτει ότι οι γονείς στην κατηγορία ελαφρά κατάθλιψη παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Πληροφόρησης σε σχέση με αυτούς της μέτριας. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς στην κατηγορία ελαφρά κατάθλιψη προσπαθεί να αποκτήσει πληροφορίες για το περιβάλλον του και να τις επεξεργάζεται για να ρυθμίσει τη συμπεριφορά του περισσότερο από ότι οι γονείς στην κατηγορία μέτρια.

Στον δείκτη Θετικές Στρατηγικές προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιψης των ερωτηθέντων, οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «μέτριας» και «καθόλου» ($p\text{-value}=0,007 < 0,05$ και $t = -3,35$) και μεταξύ «μέτριας» και «ελαφράς» ($p\text{-value}= 0,011 < 0,05$ και $t = -3,18$). Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι οι γονείς στην κατηγορία καθόλου και ελαφρά παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Θετικές Στρατηγικές συγκριτικά με αυτούς της μέτριας. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς στην κατηγορία καθόλου ή ελαφρά κατάθλιψη προσπαθούν περισσότερο να συνδέσουν τις γνωστικές πλευρές με τη κοινωνική στήριξη (συνεργασία, βοήθεια μέσω πληροφόρησης, συναισθηματική στήριξη), από ότι οι γονείς στην κατηγορία μέτρια κατάθλιψη.

Στον δείκτη Αρνητικές Στρατηγικές προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιψης των ερωτηθέντων, η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ

«ελαφράς» και «καθόλου» ($p\text{-value}=0,019 < 0,05$ και $t= 3,00$). Παρατηρήθηκε, λοιπόν, ότι οι γονείς στην κατηγορία ελαφρά κατάθλιψη παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Αρνητικών Στρατηγικών συγκριτικά με αυτούς της καθόλου. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς στη κατηγορία ελαφρά κατάθλιψη χρησιμοποιούν περισσότερο αρνητικές στρατηγικές όπως η άρνηση και η απόσυρση για να διαχειριστούν το πρόβλημα, από ότι οι γονείς στην κατηγορία καθόλου.

Στον δείκτη Απόσυρσης προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιψης των ερωτηθέντων, οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «μέτριας» και «καθόλου» ($p\text{-value}=0,002 < 0,05$ και $t= 3,72$) και μεταξύ «ελαφράς» και «καθόλου» ($p\text{-value}=0,007 < 0,05$ και $t=3,33$). Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι οι γονείς στην κατηγορία μέτρια παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Απόσυρσης συγκριτικά με αυτούς της καθόλου και οι γονείς στην κατηγορία ελαφρά συγκριτικά με εκείνους στην κατηγορία καθόλου. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς στις κατηγορίες μέτρια και ελαφρά κατάθλιψη κλείνουν περισσότερο στον εαυτό του, προσπαθούν να μη σκέφτονται το πρόβλημα καταφεύγοντας στο όνειρο ή στη φαντασία ή υιοθετώντας συμπεριφορές που προσφέρουν υποκατάστατα (τροφή, ναρκωτικά, κάπνισμα, φάρμακα..), από ότι οι γονείς στην κατηγορία καθόλου.

Στον δείκτη Μεταστροφής προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις κατηγορίες Κατάθλιψης των ερωτηθέντων, οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «μέτριας» και «καθόλου» ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$ και $t= -4,83$), μεταξύ «μέτριας» και «ελαφράς» ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$ και $t= -5,52$) και μεταξύ «σοβαρής» και «μέτριας» ($p\text{-value}=0,025 < 0,05$ και $t= 2,89$). Προκύπτει, επομένως, ότι οι γονείς στην κατηγορία καθόλου παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Μεταστροφής σε σχέση με αυτούς της μέτριας. Στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Μεταστροφής, προκύπτουν και μεταξύ των γονιών στην κατηγορία ελαφρά και μέτρια, όπως και μεταξύ σοβαρής και μέτριας κατηγορίας. Αυτά δηλώνουν ότι οι γονείς στις κατηγορίες καθόλου και ελαφρά κατάθλιψη αλλάζουν, τροποποιούν την συμπεριφορά, τις γνωστικές θέσεις (αποδοχή) ή τις αξίες (όταν το άτομο στρέφεται προς το Θεό, αποκτά μια φιλοσοφία ζωής, αστειεύεται σχετικά με το πρόβλημα), περισσότερο από ότι οι γονείς στην κατηγορία μέτρια

κατάθλιψη. Ενώ το ίδιο συμβαίνει και μεταξύ αυτών που βρίσκονται στην μέτρια σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στη σοβαρή.

Σε όλους τους άλλους δείκτες, οι κατηγορίες της κατάθλιψης που φαίνεται να ανήκει ο γονέας δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.4.3.2. στ) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και των δηλωθέντων Δύσκολων καταστάσεων

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με των δηλωθέντων Δύσκολων καταστάσεων προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συγκεκριμένα, στον δείκτη Δράση προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων, η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Οικογένεια» και «Υγείας» ($p\text{-value}=0,040 < 0,05$ και $t= 3,12$). Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους την οικογένεια παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Δράση σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δύσκολη κατάσταση την οικογένεια ενεργούν ή προετοιμάζουν την δράση ώστε να λυθεί το πρόβλημα περισσότερο από εκείνους που δήλωσαν την υγεία.

Στον δείκτη Άρνηση προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων, οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Υγείας» και «Θανάτου» ($p\text{-value}=0,021 < 0,05$ και $t= -3,34$), μεταξύ «Διαπροσωπικών» και «Θάνατος» ($p\text{-value}=0,046 < 0,05$ και $t= -3,06$) και μεταξύ «Οικογένειας» και «Υγείας» ($p\text{-value}=0,043 < 0,05$ και $t= 3,09$). Παρατηρήθηκε, επομένως, ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τον θάνατο παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Άρνησης σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία. Επιπλέον, οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τον θάνατο παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Άρνησης σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν τα διαπροσωπικά προβλήματα. Το ίδιο παρατηρήθηκε και μεταξύ εκείνων που δήλωσαν την οικογένεια συγκριτικά με την

υγεία. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δύσκολη κατάσταση τον θάνατο κάνουν σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα, διασκεδάζουν κάνοντας κάτι πιο ευχάριστο και έχουν δυσκολίες για να περιγράψουν τα συναισθήματά τους περισσότερο από εκείνους που δήλωσαν την υγεία ή της διαπροσωπικές σχέσεις. Το ίδιο συμβαίνει και στη σύγκριση εκείνων που δήλωσαν την οικογένεια συγκριτικά με εκείνους που δήλωσαν την υγεία.

Στον δείκτη Σύνολο Στρατηγικών προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων, η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Παιδιού» και «Υγείας» ($p\text{-value}=0,042 < 0,05$ και $t= 3,10$). Προκύπτει, λοιπόν, ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Σύνολο Στρατηγικών σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δύσκολη κατάσταση την υγεία χρησιμοποιούν περισσότερο στο σύνολο τους τις στρατηγικές διαχείρισης από εκείνους που δήλωσαν το πρόβλημα του παιδιού ή την διαχείριση του παιδιού.

Στον δείκτη Πληροφόρησης προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων, οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Παιδιού» και «Υγείας» ($p\text{-value}=0,007 < 0,05$ και $t= 3,71$), μεταξύ «Παιδιού» και «Επαγγελματικά» ($p\text{-value}=0,010 < 0,05$ και $t=3,60$) και μεταξύ «Παιδιού» και «Οικονομικά» ($p\text{-value}=0,044 < 0,05$ και $t= 3,08$). Παρατηρήθηκε, επομένως, ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Πληροφόρησης σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία, τα επαγγελματικά ή τα οικονομικά προβλήματα. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δύσκολη κατάσταση τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού προσπαθεί να αποκτήσει πληροφορίες για το περιβάλλον του και να τις επεξεργαστεί για να ρυθμίσει τη συμπεριφορά του περισσότερο από εκείνους που δήλωσαν την υγεία, τα επαγγελματικά ή τα οικονομικά προβλήματα.

Στον δείκτη Κοινωνικής Στήριξης προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων, οι οποίες με την τροποποίηση κατά Tukey

εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Παιδιού» και «Υγείας» ($p\text{-value}=0,015 < 0,05$ και $t= 3,46$), μεταξύ «Παιδιού» και «Επαγγελματικά» ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$ και $t= 5,92$), μεταξύ «Παιδιού» και «Οικονομικά» ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$ και $t= 5,69$), μεταξύ «Παιδιού» και «Οικογενειακά» ($p\text{-value}=0,006 < 0,05$ και $t= 3,77$) μεταξύ «Διαπροσωπικές» και «Επαγγελματικά» ($p\text{-value}=0,001 < 0,05$ και $t= 4,24$) και μεταξύ «Διαπροσωπικές» και «Οικονομικές» ($p\text{-value}=0,003 < 0,05$ και $t= 3,95$). Παρατηρήθηκε, επομένως, ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Κοινωνικής Στήριξης σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία, επαγγελματικά προβλήματα και οικονομικά. Επιπλέον, οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τις διαπροσωπικές σχέσεις παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Κοινωνικής Στήριξης σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν τα επαγγελματικά και τα οικονομικά προβλήματα. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δύσκολη κατάσταση τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού αναζητούν περισσότερο τη βοήθεια με όρους γνωστικούς (συμβουλές, πληροφόρηση) ή συναισθηματικούς (η ανάγκη του ανθρώπου να τον ακούσει κάποιος και να τον αναγνωρίσει) από εκείνους που δήλωσαν την υγεία, επαγγελματικά προβλήματα και οικονομικά. Το ίδιο συμβαίνει και στη σύγκριση των γονέων που δήλωσαν ως δύσκολη κατάσταση τις διαπροσωπικές σχέσεις με εκείνους που δήλωσαν τα επαγγελματικά και τα οικονομικά προβλήματα.

Στον δείκτη Έλεγχος προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων, η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Παιδιού» και «Υγείας» ($p\text{-value}=0,023 < 0,05$ και $t= 3,31$). Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Ελέγχου σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν την υγεία. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δύσκολη κατάσταση τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού επιδιώκουν την κυριαρχία στην κατάσταση, τον συντονισμό των συμπεριφορών ή των δραστηριοτήτων και την συγκράτηση των συναισθημάτων περισσότερο από εκείνους που δήλωσαν την υγεία.

Τέλος, στον δείκτη Μεταστροφή προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά

ανάμεσα στους μέσους όρους ανάλογα με τις δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων, η οποία με την τροποποίηση κατά Tukey εντοπίστηκε ότι είναι μεταξύ «Διαπροσωπικές» και «Παιδιού» ($p\text{-value}=0,025 < 0,05$ και $t= -3,28$). Παρατηρήθηκε, επομένως, ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δυσκολία τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στον μέσο δείκτη Μεταστροφής σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν τις διαπροσωπικές σχέσεις. Αυτό δηλώνει ότι οι γονείς που δήλωσαν ως δύσκολη κατάσταση τους τα προβλήματα του παιδιού ή την διαχείριση του ίδιου του παιδιού αλλάζουν, τροποποιούν την συμπεριφορά, τις γνωστικές θέσεις (αποδοχή) ή τις αξίες (όταν το άτομο στρέφεται προς το Θεό, αποκτά μια φιλοσοφία ζωής, αστειεύεται σχετικά με το πρόβλημα), περισσότερο από εκείνους που δήλωσαν τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Σε όλους τους άλλους δείκτες, οι δηλωθέντες Δύσκολες καταστάσεις των ερωτηθέντων δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσουν στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.5.1. Συσχετίσεις με τον συντελεστή Pearson (r)

Στην προσπάθειά μας να συσχετίσουμε τις τιμές των διαφόρων δεικτών με την ηλικία των ερωτηθέντων ακολουθήθηκε η ανάλυση συντελεστών συσχέτισης κατά ζεύγη με χρήση του συντελεστή Pearson (r) και έχουμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

3.5.1. α) Συσχέτιση των δεικτών και της ηλικίας γονέων

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με την ηλικία γονέων προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Βλέπε Πίνακα 3.5.1.).

Συγκεκριμένα, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στον δείκτη Δράσης ($p=0.007 < 0.05$) με συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson $r= 0,300 =0.300$. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά αρνητική ($r= -0,300$) γεγονός που σημαίνει ότι με την αύξηση της ηλικίας μειώνεται ισχυρά και ο δείκτης Δράσης.

Όσον αφορά στο δείκτη Αρνητικές Στρατηγικές, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στον δείκτη

($p=0.036 < 0.05$) η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r = -0,232 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Όσον αφορά στο δείκτη Σύνολο Στρατηγικών, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στον δείκτη ($p=0,031 < 0.05$) η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r = -0,238 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Όσον αφορά στο δείκτη Άρνηση, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στον δείκτη Δράσης ($p=0.006 < 0.05$) με συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson $r = -0,304 > 0.300$. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά αρνητική ($r=-0,304$) γεγονός που σημαίνει ότι με την αύξηση της ηλικίας μειώνεται ισχυρά και ο δείκτης Άρνησης.

Δεν προκύπτει καμία άλλη συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στους υπόλοιπους δείκτες.

3.5. β) Συσχέτιση των δεικτών και της ηλικίας του παιδιού σε θεραπεία

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με την ηλικία του παιδιού σε θεραπεία προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Βλέπε Πίνακα 3.5.1.).

Συγκεκριμένα, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία του παιδιού σε θεραπεία και στον δείκτη Απόσυρση ($p=0.031 < 0.05$) η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r = -0,238 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Όσον αφορά στο δείκτη Άρνηση, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία του παιδιού σε θεραπεία και στον δείκτη ($p=0.047 < 0.05$), η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r = -0,220 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Δεν προκύπτει καμία άλλη συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των παιδιών των υποκειμένων των ερωτηθέντων και στους υπόλοιπους δείκτες.

3.5. γ) Συσχέτιση των δεικτών και τον αριθμό των παιδιών

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των παιδιών των ερωτηθέντων

και στον δείκτη Εστίαση ($p=0.038 < 0.05$) η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r= -0,230 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας (Βλέπε Πίνακα 3.5.1.).

Δεν προκύπτει καμία άλλη συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των παιδιών των υποκειμένων των ερωτηθέντων και στους υπόλοιπους δείκτες.

3.5. δ) Συσχέτιση των δεικτών και τον/τους λόγος/ους θεραπείας

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με τον/τους λόγος/ους θεραπείας προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Βλέπε Πίνακα 3.5.1.).

Όσον αφορά στο δείκτη Δράσης, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον/τους λόγος/ους θεραπείας και στον δείκτη ($p=0,028 < 0.05$), η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r= 0,242 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Όσον αφορά στο δείκτη Άρνησης, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον/τους λόγος/ους θεραπείας και στον δείκτη ($p= 0,032 < 0.05$), η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r= -0,237 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Όσον αφορά στο δείκτη Απόσυρσης, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον/τους λόγος/ους θεραπείας και στον δείκτη ($p=0,034 < 0.05$), η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r= 0,234 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Δεν προκύπτει καμία άλλη συσχέτιση ανάμεσα τον/τους λόγος/ους θεραπείας και στους υπόλοιπους δείκτες.

3.5. ε) Συσχέτιση των δεικτών και τον αριθμό των θεραπειών

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με τον αριθμό των θεραπειών προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Βλέπε Πίνακα 3.5.1.).

Όσον αφορά στο δείκτη Συναισθήματος, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των θεραπειών και στον δείκτη ($p=0,032 < 0.05$), η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r= -0,238 < 0.300$),

οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Όσον αφορά στο δείκτη Θετικές Στρατηγικές, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των θεραπειών και στον δείκτη ($p=0,050 < 0.05$) η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r= -0,217 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Όσον αφορά στο δείκτη Έλεγχος, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των θεραπειών και στον δείκτη ($p=0.014 < 0.05$), η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r= -0,271 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Δεν προκύπτει καμία άλλη συσχέτιση ανάμεσα τον αριθμό των θεραπειών και στους υπόλοιπους δείκτες.

3.5. στ) Συσχέτιση των δεικτών και του συνολικού σκορ Κατάθλιψης

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με το συνολικό σκορ Κατάθλιψης προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Βλέπε Πίνακα 3.5.1.).

Συγκεκριμένα, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό σκορ Κατάθλιψης των ερωτηθέντων και στον δείκτη Απόσυρσης ($p=0.001 < 0.05$) με συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson $r= 0,424 > 0.300$. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά θετική ($r= 0,424$) γεγονός που σημαίνει ότι με την αύξηση του συνολικού σκορ Κατάθλιψης αυξάνεται ισχυρά και ο δείκτης Απόσυρσης.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση προκύπτει και ανάμεσα στο συνολικό σκορ Κατάθλιψης των ερωτηθέντων και στον δείκτη Μεταστροφής ($p=0.003 < 0.05$) με συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson $r= -0,319 > 0.300$. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά αρνητική ($r= -0,319$) γεγονός που σημαίνει ότι με την αύξηση του συνολικού σκορ Κατάθλιψης μειώνεται ισχυρά και ο δείκτης Μεταστροφής.

Επίσης, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό σκορ Κατάθλιψης των ερωτηθέντων και στον δείκτη Άρνηση ($p=0.006 < 0.05$) με συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson $r= 0,371 > 0.300$. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά θετική ($r= 0,371$) γεγονός που σημαίνει ότι με την αύξηση του συνολικού σκορ Κατάθλιψης αυξάνεται ισχυρά και ο δείκτης δράσης.

Όσον αφορά στο δείκτη Θετικές Στρατηγικές, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό σκορ Κατάθλιψης των ερωτηθέντων και στον δείκτη

($p=0.034 < 0.05$) η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r= -0,234 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Όσον αφορά στο δείκτη Αρνητικές Στρατηγικές, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό σκορ Κατάθλιψης των ερωτηθέντων και στον δείκτη ($p=0,014 < 0.05$) η οποία όμως δεν έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson ($r= 0,278 < 0.300$), οπότε είναι ελαχίστης σημασίας.

Δεν προκύπτει καμία άλλη συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό σκορ Κατάθλιψης των ερωτηθέντων και στους υπόλοιπους δείκτες.

3.5.1. Στατιστική σημαντικότητα των διαφορών δεικτών σε σχέση με την ηλικία γονέων, ηλικία του παιδιού σε θεραπεία, τον αριθμό των παιδιών των υποκειμένων, τον/τους λόγο/ους έναρξης της θεραπείας, τον αριθμό των θεραπειών, το συνολικό σκορ της Κατάθλιψης

	ΗΛΙΚΙΑ ΓΟΝΕΩΝ	
	r	p-value
Δράση	-0,300	0,007
Αρνητικές Στρατηγικές	-0,232	0,036
Σύνολο Στρατηγικών	-0,238	0,031
Άρνηση	-0,304	0,006
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	
	r	p-value
Εστίαση	-0,23	0,038
	ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	
	r	p-value
Απόσυρσης	-0,238	0,031
Άρνηση	-0,220	0,047
	ΛΟΓΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	
	r	p-value
Δράση	0,242	0,028
Απόσυρσης	0,234	0,034
Άρνηση	0,237	0,032
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ	
	r	p-value
Συναίσθημα	-0,238	0,032
Θετικές Στρατηγικές	-0,217	0,050
Έλεγχος	-0,271	0,014
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
	r	p-value
Αρνητικές Στρατηγικές	0,278	0,014
Θετικές Στρατηγικές	-0,234	0,034
Απόσυρση	0,424	0,001
Άρνηση	0,371	0,006
Μεταστροφή	-0,319	0,003

3.5.2. Ανάλυση συσχετίσεων με τον συντελεστή Pearson (r)

3.5.2. α) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και της ηλικίας γονέων

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με την ηλικία γονέων προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συγκεκριμένα, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στον δείκτη Δράσης ($p=0.007 < 0.05$) με συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson $r= 0,300 =0.300$. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά αρνητική ($r= -0,300$) γεγονός που σημαίνει ότι με την αύξηση της ηλικίας μειώνεται ισχυρά και ο δείκτης Δράσης. Αυτό δηλώνει ότι όσο πιο μεγάλη ηλικία έχει ο γονέας τόσο περισσότερο ενεργεί ως προς το πρόβλημα, δηλ. η προετοιμασία της δράσης, η κίνηση και η συνέπεια αυτής της δράσης.

Όσον αφορά στο δείκτη Άρνηση, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στον δείκτη Άρνησης ($p=0.006 < 0.05$) με συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson $r= -0,304 >0.300$. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά αρνητική ($r=-0,304$) γεγονός που σημαίνει ότι με την αύξηση της ηλικίας μειώνεται ισχυρά και ο δείκτης Άρνησης. Αυτό δηλώνει ότι όσο πιο μεγάλη ηλικία έχει ο γονέας τόσο λιγότερο ο γονέας κάνει σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα, διασκεδάζει κάνοντας κάτι πιο ευχάριστο και έχει δυσκολίες για να περιγράψει τα συναισθήματά του.

Σε όλους τους άλλους δείκτες, η ηλικία των γονέων δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει ο ίδιος στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.5.2. β) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και της ηλικίας του παιδιού σε θεραπεία

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με την ηλικία του παιδιού που βρίσκεται σε θεραπεία διαπιστώνεται ότι δεν προκύπτει κάποια συσχέτιση. Συνεπώς, η ηλικία του παιδιού δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει στην αντιμετώπιση δύσκολων

3.5.2. γ) Ανάλυση συσχέτιση των δεικτών και τον αριθμό των παιδιών

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Συνεπώς, ο αριθμός παιδιών των ερωτηθέντων δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει ο γονέας στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.5.2. δ) Ανάλυση συσχέτισης των δεικτών και τον/τους λόγος/ους θεραπείας

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με τον/τους λόγος/ους θεραπείας δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Επομένως, ο/οι λόγος/οι θεραπείας των ερωτηθέντων δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει ο γονέας στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.5.2. ε) Συσχέτιση των δεικτών και τον αριθμό των θεραπειών

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με τον αριθμό των θεραπειών δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, οπότε, ο αριθμός των θεραπειών δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

3.5.2. στ) Συσχέτιση των δεικτών και του συνολικού σκορ Κατάθλιψης

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με το συνολικό σκορ Κατάθλιψης προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συγκεκριμένα, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό σκορ Κατάθλιψης των ερωτηθέντων και στον δείκτη Απόσυρσης ($p=0.001 < 0.05$) με συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson $r= 0,424 >0.300$. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά θετική ($r= 0,424$) γεγονός που σημαίνει ότι με την αύξηση του συνολικού σκορ Κατάθλιψης αυξάνεται ισχυρά και ο δείκτης Απόσυρσης. Αυτό δηλώνει ότι όσο πιο υψηλό είναι το συνολικό σκορ του γονέα στην Κατάθλιψη τόσο περισσότερο ο γονέας κλείνεται στον εαυτό του, προσπαθεί να μη σκέφτεται το πρόβλημα καταφεύγοντας στο όνειρο ή στη φαντασία ή υιοθετώντας συμπεριφορές που προσφέρουν υποκατάστατα (τροφή, ναρκωτικά, κάπνισμα, φάρμακα..).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση προκύπτει και ανάμεσα στο συνολικό σκορ Κατάθλιψης των ερωτηθέντων και στον δείκτη Μεταστροφής ($p=0.003 < 0.05$) με συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson $r= -0,319 >0.300$. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά αρνητική ($r= -0,319$) γεγονός που σημαίνει ότι με την αύξηση του συνολικού σκορ Κατάθλιψης μειώνεται ισχυρά και ο δείκτης Μεταστροφής. Αυτό δηλώνει ότι όσο πιο υψηλό είναι το συνολικό σκορ του γονέα στην Κατάθλιψη τόσο λιγότερο ο γονέας αλλάζει, τροποποιεί την συμπεριφορά, τις γνωστικές θέσεις (αποδοχή) ή τις αξίες του (όταν το άτομο στρέφεται προς το Θεό, αποκτά μια φιλοσοφία ζωής, αστειεύεται σχετικά με το πρόβλημα).

Επίσης, προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό σκορ Κατάθλιψης των ερωτηθέντων και στον δείκτη Άρνηση ($p=0.006 < 0.05$) με συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson $r= 0,371 >0.300$. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά θετική ($r= 0,371$) γεγονός που σημαίνει ότι με την αύξηση του συνολικού σκορ Κατάθλιψης αυξάνεται ισχυρά και ο δείκτης Άρνησης. Αυτό δηλώνει ότι όσο πιο υψηλό είναι το συνολικό σκορ του γονέα στην Κατάθλιψη τόσο περισσότερο ο γονέας κάνει σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα, διασκεδάζει κάνοντας κάτι πιο ευχάριστο και έχει δυσκολίες για να περιγράψει τα συναισθήματά του

Σε όλους τους άλλους δείκτες, το συνολικό σκορ των ερωτηθέντων στην Κατάθλιψη δεν επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσει ο γονέας στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

4. Συμπεράσματα- συζήτηση

Η ανατροφή ενός παιδιού με δυσκολίες αναπόφευκτα επηρεάζει την οικογενειακή ζωή σε πολλές πτυχές της καθημερινότητας της. Οι γονείς καλούνται να αντιμετωπίσουν πρακτικές δυσκολίες και ανάγκες, οι οποίες ποικίλλουν σε είδος και μέγεθος, ενώ η αποκατάσταση των δυσκολιών του παιδιού εξαρτάται και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από εκείνους. Στην παρούσα έρευνα για την διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης των γονέων επιλέχτηκε ως εργαλείο η Κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση προβλημάτων (Esparbes et al., 1993).

Αρχίζοντας την συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας θεωρήθηκε σημαντικό να γίνει μια μικρή αναφορά στα ευρήματα όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων, και των παιδιών τους, που έλαβαν μέρος στην έρευνα, όπως παραδείγματος χάριν το φύλο του παιδιού που παρακολουθεί λογοθεραπευτικό πρόγραμμα, τα αποτελέσματα έδειξαν να συμφωνούν με άλλες έρευνες σε διεθνή αλλά και ελληνικό επίπεδο (Lustig, 2002 `Ellis, et al., 2002 ` Bailey, 1999 ` Μπεζεβέγκης, 2001). Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που βρίσκονται σε λογοθεραπευτική παρέμβαση αποτελείται από αγόρια (64, 63%) και είναι προσχολικής ηλικίας (67,07%). Όσον αφορά στην θεραπεία, η πλειοψηφία των παιδιών που βρίσκονται σε λογοθεραπεία παρακολουθούν (90%) και κάποιο άλλο πρόγραμμα, όπως εργοθεραπεία, ειδικό παιδαγωγικό ή ψυχοθεραπεία/ συμβουλευτική γονέων. Οι λόγοι έναρξης ποικίλουν και όσον αφορά στην ποσότητα, όσο και στην ποιότητα, αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό ξεκίνησε για προβλήματα στην ή και στην ομιλία του (79,2%).

Αναφορικά με τις δύσκολες καταστάσεις που δηλώσαν οι γονείς ότι τους απασχολούν το τελευταίο διάστημα, το μεγαλύτερο ποσοστό ανέφερε τις διαπροσωπικές σχέσεις (26,83%), ενώ δεύτερο βρίσκεται το πρόβλημα του παιδιού ή η διαχείριση του παιδιού (24,39%). Όλα αυτά αντικατοπτρίζουν τις δυσκολίες τις σύγχρονης ελληνικής οικογένειας. Τέλος, αναφορικά με το σκορ στο ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης φάνηκε ότι η πλειοψηφία των γονέων ανήκουν στην κατηγορία καθόλου (41,46) ή ελαφρά (39,93) κατάθλιψη, ενώ η κατηγορία σοβαρή (1,22) αποτελούταν μόνο από ένα άτομο.

Τα παρόντα αποτελέσματα μπορούν να αποτελέσουν εναύσματα για περαιτέρω έρευνα και διερεύνηση των χαρακτηριστικών, των αναγκών αλλά και των δυσκολιών των γονέων που έχουν παιδιά με κάποια δυσκολία, εφόσον, η έρευνα στην Ελλάδα βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο.

Αναφορικά με τις στρατηγικές διαχείρισης, διαπιστώθηκε ότι ο μέσος γονέας παιδιού που βρίσκεται σε λογοθεραπεία στην Ελλάδα προκειμένου να αντιμετωπίσει μια δύσκολη κατάσταση χρησιμοποιεί περισσότερο την Δράση και μετά την Πληροφόρηση σε σχέση με το Συναισθήμα. Ενδεχομένως, νιώθει περισσότερο την ανάγκη να δράσει για αυτό και να πάρει πληροφορίες ώστε να το αντιμετωπίσει όσο το δυνατόν καλύτερα. Επιπλέον, εκτιμάται ότι ο μέσος γονέας παιδιού που βρίσκεται σε λογοθεραπεία στην Ελλάδα προκειμένου να αντιμετωπίσει μια δύσκολη κατάσταση χρησιμοποιεί σε μεγαλύτερο βαθμό θετικούς τρόπους διαχείρισης. Δηλαδή, αναλύει την κατάσταση χρησιμοποιώντας παρελθοντικές εμπειρίες και απευθύνεται σε πρόσωπα για πληροφορίες, συμβουλές και στήριξη. Εκτιμάται, επίσης, ότι ο μέσος γονέας παιδιού που βρίσκεται σε λογοθεραπεία στην Ελλάδα σε περίπτωση δύσκολων καταστάσεων χρησιμοποιεί σε μεγαλύτερο βαθμό την εστίαση και σε μικρότερο βαθμό την Απόσυρση. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς επικεντρώνονται στο πρόβλημα και στους τρόπους επίλυσης τους περισσότερο παρά κλείνεται στον εαυτό του, προσπαθεί να μην σκέφτεται το πρόβλημα καταφεύγοντας στο όνειρο ή στην φαντασία ή υιοθετώντας συμπεριφορές που προσφέρουν υποκατάστατα (τροφή, ναρκωτικά, φάρμακα, κάπνισμα).

Οι άντρες, σε περίπτωση μιας δύσκολης κατάστασης χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τον Έλεγχο, το οποίο δηλώνει ότι οι άντρες περισσότερο προσπαθούν να κυριαρχήσουν της κατάστασης, να συντονίσουν τις συμπεριφορές τους και να συγκρατήσουν τα συναισθήματά τους. Οι γυναίκες, από την άλλη, χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό την Εστίαση, το οποίο δηλώνει ότι περισσότερο εστιάζονται στο πρόβλημα και προσπαθούν να βρουν τρόπους επίλυσης τους. Στην σύγκριση μεταξύ γυναικών και αντρών, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες έχουν υψηλότερο μέσο όρο στους δείκτες Συναισθήματος, Αρνητικών Στρατηγικών, Απόσυρσης και Κοινωνικής στήριξης. Όλα αυτά που προκύπτουν από τη σύγκριση μεταξύ αντρών και γυναικών και τη χρήση των συγκεκριμένων στρατηγικών διαχείρισης, μπορούν να θεωρηθούν κατά έναν τρόπο αναμενόμενα, λαμβάνοντας υπόψη την συναισθηματική και συνεργατική φύση της γυναίκας.

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, βρέθηκε ότι οι διαζευγμένοι χρησιμοποιούν πιο συχνά στρατηγικές Κοινωνικής Στήριξης σε σχέση με τους παντρεμένους, κάτι το οποίο αναμενόταν αφού οι μονογονεϊκές οικογένειες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη κοινωνικής στήριξης, εφόσον το «βάρος» της ανατροφής αλλά και

του προβλήματος του παιδιού επωμίζει τον έναν γονέα.

Τον ίδιο δείκτη, Κοινωνικής Στήριξης, φαίνεται να χρησιμοποιούν πιο συχνά οι γονείς των παιδιών που είναι σε θεραπεία πάνω από ένα χρόνο σε σχέση με εκείνους που τα παιδιά τους είναι 3 με 6 μήνες, κάτι που μπορεί να ερμηνευτεί από την βασική ανάγκη των γονέων να συνεργάζονται, να συμβουλευούνται και να καλύπτονται συναισθηματικά από τους οικείους και τον κοινωνικό περίγυρο τους (Callias, 1992 · Lustig, 2002 · Dale, 2000 · Callias, 1992 · Turnbull, & Turnbull, 2001).

Η ηλικία των γονέων φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό χρήσης της Δράσης αλλά και της Άρνησης, αφού όσο μεγαλώνει η ηλικία τόσο μειώνονται αυτοί οι δείκτες. Αυτό ήταν αναμενόμενο με βάση τις έρευνες, όπου έχουν αποδείξει ότι με το πέρασμα των χρόνων, μετά την διάγνωση και την αρχή της αποκατάστασης, ο γονέας νιώθει πιο καλά και όσον αφορά στο πρόβλημα αλλά και για τη θεραπεία/ αποκατάσταση του (Τσιμπιδάκη, 2006 · Dale, 2000 · Turnbull, & Turnbull, 2001).

Αναφορικά με την κατάθλιψη, φάνηκε ότι όσο περισσότερο συνολικό σκορ παρουσιάζει ο γονέας τόσο περισσότερο χρησιμοποιεί την Απόσυρση και την Άρνηση και τόσο λιγότερο την Μεταστροφή. Εξετάζοντας τις κατηγορίες της κατάθλιψης, φάνηκε ότι οι γονείς που ανήκουν στην κατηγορία καθόλου σε σχέση με αυτούς που ανήκουν στην ελαφρά χρησιμοποιούν πιο λίγο τις Αρνητικές στρατηγικές και την στρατηγική της Απόσυρσης. Εκείνοι που ανήκουν στην κατηγορία ελαφρά σε σχέση με εκείνους που ανήκουν στην κατηγορία μέτρια χρησιμοποιούν περισσότερο Θετικές στρατηγικές, όπως επίσης την Πληροφόρηση, και την Μεταστροφή. Σε σύγκριση των κατηγοριών μέτριας και καθόλου φάνηκε ότι οι γονείς που ανήκουν στην καθόλου κατάθλιψη χρησιμοποιούν πιο πολύ τις Θετικές στρατηγικές και της Μεταστροφής και λιγότερο της Απόσυρσης από ότι οι γονείς που ανήκουν στην μέτρια. Τέλος, η σύγκριση μεταξύ των γονέων που ανήκουν στην σοβαρή και εκείνων που ανήκουν στην μέτρια έδειξε ότι οι πρώτοι χρησιμοποιούν περισσότερο την στρατηγική της Μεταστροφής. Όλα όσα διαπιστώθηκαν μεταξύ των κατηγοριών κατάθλιψης και τη χρήση των στρατηγικών διαχείρισης συνάδουν με την διεθνή βιβλιογραφία για τις επιπτώσεις της κατάθλιψης σε όλα τα επίπεδα του ατόμου (κοινωνικό, συναισθηματικό, συμπεριφοριστικό) (Ambrosini, Metz, Bianchi, Rabinovich, & Undie, 1991 · Haavisto, Sourander, Multimäki, Parkkola, Santalahti, Helenius, Nikalakaros, Kumpulainen, Moilanen, Piha et al., 2003 · Kashani, Sherman, Parker, & Reid, 1990).

Τα ευρήματα τα οποία βρέθηκαν από τις συσχετίσεις των δύσκολων καταστάσεων που δηλώθηκαν από τους γονείς σε σχέση με τις στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιούν, βρέθηκε ότι όταν οι γονείς έχουν δυσκολίες αναφορικά με το παιδί τους, σε σύγκριση με τα οικονομικά, τα επαγγελματικά ή τα προβλήματα υγείας χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό την Πληροφόρηση και την Κοινωνική Στήριξη, ενώ όταν συγκρίνεται μόνο με την υγεία και την στρατηγική του Ελέγχου. Αυτό υποδηλώνει την μεγάλη ανάγκη των γονέων να έχουν όσο τον δυνατόν μεγαλύτερη και πληρέστερη πληροφόρηση για τις δυσκολίες του παιδιού τους και για στήριξη τους είτε αφορά την οικογένεια- κοινωνικό περίγυρο είτε τους επαγγελματίες, συμπέρασμα το οποίο συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία (Turnbull & Turnbull, 2001 · Callias, 1992 · Dale, 2000 · Minuchin, 2000) .

Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας εδραιώνουν την παγκόσμια τάση για οικογονιοκεντρική παρέμβαση όσον αφορά στα προβλήματα των παιδιών (Collins & Collins, 1990 · Friesen & Koroloff, 1990 · McGonigel, 1991 · Roberts & Magrab, 1991 · Thurman, 199 · Turnbull & Turnbull, 2001 · Callias, 1992 · Dale, 2000 · Minuchin, 2000) και συγκεκριμένα αναδεικνύει τις ανάγκες των Ελλήνων γονιών, οι οποίοι έχουν παιδί με κάποια δυσκολία και παρακολουθεί λογοθεραπευτική παρέμβαση. Η παροχή πληροφοριών και η κοινωνική στήριξη αυτών είναι από τα βασικά αιτήματα τους και οι λογοθεραπευτές, όπως κάθε ειδικός που έρχεται σε επαφή μαζί τους, θα πρέπει να είναι σε θέση να τις αφογκραστεί και να τις καλύψει, για όσο δυνατόν καλύτερη πορεία και αποκατάσταση των δυσκολιών του παιδιού. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες συμβουλευτικής που θα πρέπει να έχει ένας ειδικός, θα πρέπει να είναι υποχρεωτική στα πλαίσια των άλλων μαθημάτων για την απόκτηση πτυχίου. Ο ίδιος ο ειδικός δεν θα πρέπει να παραμερίζει ένα τόσο σημαντικό κομμάτι της δουλειάς του, το οποίο επηρεάζει κατά πολύ και την αποτελεσματικότητα της (Πολεμικός & Τσιμπιδάκη, 2002 · Dale, 2000 · Callias, 1992 · Darling & Gallagher, 2004).

Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να αναφερθούν κάποιοι περιορισμοί έρευνας. Παρά την φροντίδα και τις προσπάθειες για την αρτιότερη διεξαγωγή της έρευνας και την αντικειμενική παρουσίαση των ευρημάτων, η παρούσα μελέτη δεν παύει να υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς και να εμφανίζει αδυναμίες. Η γενίκευση των συμπερασμάτων στο γενικότερο πληθυσμό γονέων παιδιών που βρίσκονται σε λογοθεραπεία, θα πρέπει να γίνει με τρόπο επιφυλακτικό και προσεκτικό, αφού η

επιλογή του δείγματος δε βασίστηκε στη μέθοδο της «απλής» τυχαίας δειγματοληψίας αλλά στην συμπτωματική δειγματοληψία και μόνο σε εκείνους που δέχτηκαν να συμμετάσχουν από τρία συγκεκριμένα ιδιωτικά θεραπευτικά κέντρα. Ένας ακόμη λόγος που καθιστά επισφαλής την αβασάνιστη γενίκευση των ευρημάτων είναι η κλίμακα χρησιμοποιήθηκε μόνο σε γονείς παιδιών που βρίσκονται σε λογοθεραπευτικό πρόγραμμα, οπότε αντιμετωπίζουν κάποια/ες δυσκολίες όσον αφορά στην ομιλία, τον λόγο ή κάποιο άλλο τομέα. Για να μπορούν να υπάρξουν πιο αξιόπιστα αποτελέσματα θα ήταν καλό να υπήρχε και μια ομάδα ελέγχου όπου κανένα παιδί δεν παρουσιάζει κάποια τέτοια δυσκολία, τουλάχιστον διαγνωσμένα. Ίσως, το γεγονός ότι παρακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα το/τα παιδιά τους και η επαφή τους με θεραπευτές να τους έχεις επηρεάσει όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης ή θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά και των ατόμων που ενώ το παιδί τους παρουσιάζει κάποια δυσκολία εκείνοι δεν απευθύνονται σε κάποιον ειδικό. Επομένως, θα ήταν χρήσιμο σε μελλοντικές έρευνες να περιληφθούν και να συγκριθούν και αυτές οι κατηγορίες γονέων. Επίσης, χρήσιμο θα ήταν να πραγματοποιηθεί συνέντευξη με τους γονείς προκειμένου να απαντηθούν ερωτήματα που προέκυψαν σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη. Δεύτερον, το δείγμα είναι μικρό (82 άτομα), ενδεχομένως δεν είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των γονέων παιδιών που βρίσκονται σε λογοθεραπεία και δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Όσον αφορά στον τόπο διαβίωσης, προκύπτει άλλο θέμα μη αντιπροσώπευσης αναφορικά με το δείγμα, αφού ελήφθησαν απαντήσεις μόνο από την μεγαλύτερη αστική περιοχή της Ελλάδος, την Αθήνα. Επιπρόσθετα, υπήρχε υπεραντιπροσώπευση κάποιων ομάδων (όπως το φύλο του γονέα), γεγονός που δεν επέτρεψε την περαιτέρω αξιολόγηση των δεδομένων. Τέλος, κάποια άτομα ενδέχεται σε ορισμένα ερωτήματα να μην έχουν επιλέξει την απάντηση που τα αντιπροσωπεύει αλλά εκείνη που ταυτίζεται με το κοινωνικώς επιθυμητό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Ambrosini, P.J., Metz, C., Bianchi, M.D., Rabinovich, H. & Undie, A. (1991). Concurrent validity and psychometric properties of the Beck depression inventory in outpatient adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych.*, 30, 51–57.
- Altshuler J.L. and Ruble D.N. (1989) Developmental Changes in Children's Awareness of Strategies for Coping with Uncontrollable Stress. *Child Development*, 60 (6), 1337-1349
- Appleton, P.L. and Minchom, P.E. (1991) “Models of parent partnership and child development centres”, *Child: Care, Health and Development*, 17,27-38.
- Bailey, D. B., Blasco, P. M. & Simeonsson, R. J. (1992). Needs expressed by mothers and fathers of young children with disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 97(1), 1-10.
- Bailey, D. B., Skinner Jr. and D., Correa, V., Arcia, E., Reyes-Blanes, M. E., Patricia Rodriguez, P., Vázquez-Montilla, E. & Skinner, M. (1999). Needs and supports reported by Latino families of young children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 104(5), 437-51.
- Band, E.B., & Weisz, J.R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children’s perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24, 247-253
- Bazyk, S. (1989). Changes in attitudes and beliefs regarding parent participation and home programs: An update. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 723-728.
- Beck AT, Clark DA (1988) Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research: An International Journal*, 1, 23-36.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, (4), 561–571.
- Beckman, P.J. (1983) “Influence of selected child characteristics on stress in families of handicapped infants”, *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 150-156.

Behr & Murphy

http://kuscholarworks.ku.edu/dspace/bitstream/1808/6254/1/PPD4_Research%20progress%20and%20promise.pdf

- Bennett, T., Nelson, D.E., Lingerfelt, B.v., & Davenport-Ersoff, C. (1992). *Family centered service coordination*. In T. Bennett, D.E. Nelson, & B.v Lingerfelt (Eds.), *Facilitating Family-centered training in early intervention*. (pp. 143-171). Tucson, AZ: Communication Skill Builders.
- Bernier, J. C. (1990). Parental adjustment to a disabled child: A family-systems perspective. *Families in Society*, 71(10), 589-596. doi: 10.1606/1044-3894.440.
- Blacher, J. (1984a) "Sequential stages of parental adjustment to the birth of o child with handicaps: fact or artifact?" *Mental Retardation*, 22, 55-68
- Bradshaw, J & Lawton, D. (1987). Some characteristicw of children with severe disabilities, *Journal of Biosocial Science*, 10, 107-120
- Bristor, M. W. (1984). The birth of a handicapped child: A wholistic model for grieving. *Family relations*, 33(1), 25-32. Retrieved from
- Bristol, M.M. (1987). Mothers of children with autism or communication disorders: Successful adaptation and the double ABCX model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, (4) (1987), 469-486, DOI: 10.1007/BF01486964
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Bubolz, M. M. & Whiren, A. P. (1984). The family of the handicapped: An ecological model for policy and practice. *Family Relations*, 33(1), 5-12. Retrieved from: <http://www.jstor.org/stable/584584>
- Burton-Smith, R., McVilly, K. R., Yazbeck, M., Parmenter, T. R. & Tsutsui, T. (2009). Service and support needs of Australian carers supporting a family member with disability at home. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(3), 239-247. doi: 10.1080/13668250903103668
- Byrne, E. A. & Cunningham, C. C. (1985). The effects of mentally handicapped children on families: A conceptual review. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 26(6), 847-864.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

- Γεώργας, Δ. (2000). *Η ψυχοδυναμική της οικογένειας στην Ελλάδα: Ομοιότητες και διαφορές με άλλες χώρες*. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι & Η. Γ. Μπεζεβέγκης (Επ.), *Θέματα επιμόρφωσης, ευαισθητοποίησης στελεχών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων*. (σελ.231-251). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Callias, M. (1992). *Δουλεύοντας με γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες*. Στο Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα & Γ. Φιλίππου (Επ.), *Άτομα με Ειδικές Ανάγκες: Σύγχρονες κατευθύνσεις και απόψεις σε προβλήματα πρόληψης, παρέμβασης, αντιμετώπισης: Διεπιστημονικό Ευρωπαϊκό Συμπόσιο*. (σελ. 139-149). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Chang, M. & McConkey, R. (2008). The perceptions and experiences of Taiwanese parents who have children with an intellectual disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 55(1), 27-41.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 405-411.
- Cohen, F., Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness. In G.C. Stone, Cohen, F.C. & Adler, N.E. (eds). *Health Psychology: a handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Collins, B., & Collins, T. (1990). Parent-professional relationships in the treatment of, seriously emotionally disturbed children and adolescents. *Social Work*, 35, 522-527.
- Curry, S.L. & Russ, S.W. (1985). Identifying coping strategies in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 14, 61-69
- Cunningham C.C. (1985) "Training and education approaches for parents of children with special needs", *British Journal of Medical Psychology*, 58, 285-305.
- Cunningham, C., & Davis, H. (1985). *Working with parents: FrameWorks for collaboration*. Milton Keynes, England: Open University Press.
- Cummins, R. A. (1997). *Assessing quality of life*. In R. I Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities: Model, research and practice* (pp. 116-150). Cheltenham, UK: Thornes.
- Davis, H. (1993) *Counseling Parents of Children with Chronic Illness or Disability*, Leicester: British Psychological Society

- Damrosch, S. P. & Perry, L. A. (1989). Self- reported adjustment, chronic sorrow and coping of parents of children with Down syndrome. *Nursing Research*, 38(1), 25-30.
- Darling, S. M. & Gallagher, P. A. (2004). Needs of and supports for African American and European American caregivers of young children with special needs in urban and rural settings. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24(2), 98-109. Retrieved from: <http://www.proedinc.com/>
- Donahue-Kilburg G. (1992). *Family-centered early intervention for communication disorders: Prevention and treatment*. Rockville, MD: Aspen Publishers, Inc.
- Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennell, J. & Klaus, M. (1975). The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: A hypothetical model. *Pediatrics*, 56(5), 710-717.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. & Hamby, D. B. (1994). Measuring social support in families with young children with disabilities. . In C. J., Dunst, C. M., Trivette & A. G., Deal (Eds.), *Supporting & strengthening families: Methods, strategies and practices*. (pp.152-160). Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., Davis, M., & Comwell, J. (1988). Enabling and empowering families of children with Health impairments. *Children's Health Care*, 17(2), 71-81.
- Dykens, E. M. & Clarke, D. J. (1997). Correlates of maladaptive behaviour in persons with 5p- (cri du chat) syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39(11), 752-756.
- Dyson, L. L. (1997). Fathers and mothers of school-aged children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning and social support. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 267-279.
- Eakes, G.G., Burke, M.L., & Hainsworth, M.A. 1999) Milestones of Chronic Sorrow: Perspectives of Chronically Ill and Bereaved Persons and Family Caregivers. *Journal of Family Nursing*, 5(4), 374-38
- Ebata. A. T., & Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12(1), 33-54.
- Ellis, J. T., Luiselli, J. K., Amirault, D., Byrne, S., O'Malley-Cannon, B., Taras, M., Wolongevicz, J. & Sisson, R. W. (2002). Families of children with

- developmental disabilities: Assessment and comparison of self-reported needs in relation to situational variables. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14(2), 191-202.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality Processes and Individual Differences*, 58, 844-854.
- Farmer, J. E., Marien, W. E., Mary, J., Clark, M. J., Sherman, A. & Selva, T. J. (2004). Primary care supports for children with chronic health conditions: Identifying and predicting unmet family needs. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(5), 355-367. doi: 10.1093/jpepsy/jsh039
- Folkman S, Moskowitz JT. 2004. *Coping: pitfalls and promise*. Annu. Rev. Psychol. 55:745–74
- Fortier, L. M. & Wanlass, R. L. (1984). Family crisis following the diagnosis of a handicapped child. *Family Relations*, 33(1), 13-24. Retrieved from: <http://www.jstor.org/stable/584585>
- Fost, N. (1981). Counseling families who have a child with a severe congenital anomaly, *Pediatrics*, 67, 321-325.
- Frey, K.S., Greenberg, M.T. and Fewell, R.R., (1989) “Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach”, *American Journal on Mental Retardation*, 94, 240-249.
- Friesen, B.J., & Koroloff, N.M. (1990). Family-centered services: Implications for mental health administration and research. *Journal of Mental Health Administration*, 17(1), 13-25.
- Gardner, J. F., & Nudler, S. (Eds.). (1999). *Quality performance in human services: Leadership, values, and vision*. Baltimore: Brookes.
- Gath, A. (1974) “Siblings” reactions to mental handicap: a comparison of the brothers and sisters of mongol children”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15, 187-198
- Goldberg, s. Marcovitch, S., MacGregor, D. and Lojkasek, M. (1986) Family responses to developmentally delayed preschoolers: Etiology and the father’s role, *American Journal of Mental Deficiency*, 90 (6), 610-17.
- Goldenberg , I. & Goldenberg, H. (2005). *Οικογενειακή θεραπεία: Μια επισκόπηση*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

- Granlund, M. & Roll-Pettersson, L. (2001). The perceived needs of support of parents and classroom teachers: A comparison of needs in two microsystems. *European Journal of Special Needs Education*, 16(3), 225-244.
doi: 10.1080/08856250110074382
- Haavisto, A., Sourander, A., Multimäki, P., Parkkola, K., Santalahti, P., Helenius, H., Nikalakaros, G., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J. et al. (2003). Factors associated with depressive symptoms among 18-years-old boys : a prospective 10-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 83 (2-3), 143-154.
- Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14(2), 159-171.
- Heiman, T. & Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 29(4), 289-300. doi:10.1016/j.ridd.2007.05.005
- Herman, M.A. & McHale, S.M. (1993). Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 121-130.
- Hodapp, R. M., Dykens, E. M. & Masino, L. L. (1997). Families of children with Prader-Willi Syndrome: Stress-support and relations to child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(1), 11-24.
- Θεοδώρατου, Μ. (2003). Theodoratou M. (2003), *Psychological Maturity and Coping Strategies, Doctorate dissertation*, University of Athens .
- Jacques, R. (1998). Families and disability in context: A systemic framework. In W. Fraser, D. Sines & M. Kerr (Eds.), *Hallas' the care of people with intellectual disabilities*. (pp.17-25). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Kagan, S. L. (1988, November). *The changing world of early care and education: Retrofitting practice and policy*. Paper presented at the National Conference on Early Childhood Issues: Policy Options in Support of Children and Families, Washington,
- Kalyanpur, M., & Harry, B. (1999). *Culture in special education: Building reciprocal family-professional relationships*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Kazak, A. E. (1987). Families with disabled children: Stress and social networks in

- three samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(1), 137-146.
- Kazak, A. E. & Marvin, R. S. (1984). Differences, difficulties and adaptation: Stress and social networks in families with a handicapped child. *Family Relations*, 33(1), pp. 67-77. Retrieved from: <http://www.jstor.org/stable/584591>
- Kahn, A. J., & Kamerman, S. B. (1992). *Integrating services integration: An overview of initiatives, issues, and possibilities*. New York: National Center for Children in Poverty.
- Kashani, J.H., Sherman, D.D, Parker, D.R. & Reid, J.C. (1990). Utility of the Beck Depression Inventory with clinic-referred adolescents. *J. Am. Acad. Child Psych.*, 29, 278–282.
- Kübler-Ross, E. (1997). *On death and dying*. New York, NY: Scribner Classics
- Larimore, W.L. (1993). Family-centered birthing: A niche for family physicians. *American Family Physician*, 47, 1365-1366.
- Lazarus, R. (1990). *Stress, coping and illness*. In H.S. Friedman (Ed.) *Personality and Disease* (p.90). Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward better research on coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lefley, H. P. (1997). Synthesizing the family caregiving studies: Implications for service planning, social policy, and further research. *Family Relations*, 46(4), 443-450. Retrieved from: <http://www.jstor.org/stable/585104>
- Leviton, A., Mueller, M., & Kauffman, C. (1992). The family-centered consultation model: Practical applications for professionals. *Infants and Young Children*, 4(3), 1-8.
- Lustig, D. C. (2002). Family coping in families with a child with a disability. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 37(1), 14-22. Retrieved from: <http://www.cec.sped.org/>
- Lynch, E. W., & Hanson, M. j. (1998). *Developing cross-cultural competence: A guide for working with young children and their families* (2nd ed.). Baltimore: Brookes.
- McCallion, P., Janicki, M. & Grant-Griffin, L. (1997). Exploring the impact of culture and acculturation on older families caregiving for persons with developmental

- disabilities. *Family Relations*, 46(4), 347-357. Retrieved from:
<http://www.jstor.org/stable/585095>
- McCubbin, H. I., Joy, C. B., Cauble, A. E., Comeau, J. K., Patterson, J. M. & Needle, R. H. (1980). Family stress and coping: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 42(4), 855-871.
- Minuchin, S. (2000). *Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπεζεβέγκης, (2001) Bezevegis H. (2001), *Stress, stressful situations and their coping in children and adolescents*, In Vasilaki E., Triliva S., Bezevegis H., (Eds.) *Stress and coping*, Athens, Greek Letters.
- O'Connor, B. (1995). Challenges of interagency collaboration: Serving a young child with severe disabilities. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 15, 89-109.
- Παπαδάτου, Δ. (1999). *Ο άρρωστος που πεθαίνει και το άμεσο περιβάλλον του*. Στο Δ. Παπαδάτου & Φ. Αναγνωστόπουλος (Επ.), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. (σελ. 135-174). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Park, J., Turnbull, A. P., & Park, H. S. (2001). Quality of partnerships in service provision for Korean American parents of children with disabilities: A qualitative inquiry. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 26, 158
- Parker, J.D.A. & Endler, N.S. (1996). *Coping and Defense: A Historical Overview*. In *Handbook of coping*. (Chapter 1).
- Petr, C.G., & Spano, R-N. (1990). Evolution of social services for children with emotional disorders. *Social Work*, 35,228-234.
- Perrin, E. C., Lewkowicz, C. & Young, M. H. (2000). Shared vision: Concordance among fathers, mothers, and paediatricians about unmet needs of children with chronic health conditions. *Pediatrics*, 105(1), 277-285.
doi: 10.1542/peds.105.1.S2.277
- Pianta, R. C., Marvin, R. S., Britner, P. A. & Borowitz, K. C. (1996). Mothers' resolution of their children's diagnosis: organized patterns of caregiving representations. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 239-256.
- Pierce, O.; & Frank, G. (1992). A mother's work: Two levels of feminist analysis of family-centered care. *American Journal of Occupational Therapy*, 46,972-980.

- Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1996). *Coping and social support*. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. (pp.434-451). Canada: John Willey & Sons.
- Πολεμικός, Ν. & Τσιμπιδάκη, Α. (2002). *Η οικογένεια με ειδικές ανάγκες ως σύστημα*. Στο Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα & Φ. Καλαβάσης (Επ.), *Εκπαιδευτική, οικογενειακή και πολιτική ψυχοπαθολογία*. Τόμος Β' (σελ.325-336). Αθήνα: Ατραπός.
- Quine, L. and Pahl, J. (1987) "First diagnosis of severe mental handicaps: a study of parental reactions", *Developmental Medicine and Child Neurology*, 29, 232-242.
- Rentinck, I. C. M., Ketelaar, M., Jongmans, M. J. & Gorter, J. W. (2007). Parents of children with cerebral palsy: A review of factors related to the process of adaptation. *Child: Care, Health and Development*, 33(2), 161–169.
- Reyes-Blanes, M. E., Correa, V. I. & Bailey, D. B. (1999). Perceived needs of and support for Puerto Rican mothers of young children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(1), 54-63.
- Roach, M. A., Orsmond, G. I. & Barratt, M. S. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome: Parental stress and involvement in childcare. *American Journal on Mental Retardation*, 104(5), 422-36.
- Roberts, R. N., Akers, A. L., & Behl, D. D. (1996). Family level service coordination within home visiting programs. *Topics in Early Childhood Special Education*, 16, 279-301.
- Roberts, R.N., & Magrab, P.R. (1991). Psychologists' role in a familycentered approach to practice, training, and research with young children. *American Psychologist*, 46(2), 144-148.
- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26(2), 203-221.
- Rolland, J. S. (1999). Families and parental illness: A conceptual framework. *Journal of Family Therapy*, 21(3), 242-266.
- Rynders, A.C. Crocker, & D.M. Crutcher (Eds.), *New perspectives on Down syndrome* (pp. 289-306). Baltimore: Paul H.. Brookes Publisillng Co.
- Schuengel, C., Rentinck, I. C. M., Stolk, J., Voorman, J. M., Loots, G. M. P., Ketelaar, M., Gorter, J. W. & Becher, J. G. (2009). Parents' reactions to the

- diagnosis of cerebral palsy: associations between resolution, age and severity of disability. *Child: Care, Health and Development*, 35(5), 673–680.
doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00951.x
- Scorgie, K. & Sobsey, D. (2000). Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities. *Mental Retardation*, 38(3), 195-206.
- Seligman, M. & Darling, R. B. (1997). *Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability*. New York: The Guilford Press.
- Seltzer, M. M. & Heller, T. (1997). Introduction: Families and caregiving across the life course: Research advances on the influence of context. *Family Relations*, 46(4), 321-323. Retrieved from: <http://www.jstor.org/stable/585092>
- Sifneos, P.E.(1973) The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosomatic*, 1973, 22, 255- 262
- Sloper, P. & Turner, S. (1991). Parental and professional views of the needs of families with a child with severe physical disability. *Counseling Psychology Quarterly*, 4(4), 323-330. doi: 10.1080/09515079108254440
- Sontag, J. C. (1996). Toward a comprehensive theoretical framework for disability research: Bronfenbrenner revisited. *The Journal of Special Education*, 30(3), 319-344.
- Stanton, T. & Besser, H. (1998). The positive impact of children with an intellectual disability on the family. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23(1), 57-70.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Λάτζια (2002). *Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Stark, L., Spirito, A., Williams, C., & Guevremont, D. (1989). Common problems and coping strategies I: Findings with normal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 203-212.
- Stoneman, Z. (1997). *Mental retardation and family adaptation*. In W. E. MacLean (Ed.), *Ellis' handbook of mental deficiency, psychological theory and research*. (pp. 405-430). New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass.
- Summers, J.A., Behr, S., & Turnbull, A.P. (1989). *Positive adaptation and coping strengths of families who have children with disabilities*. In G. Singer & L. Irvin (Eds.), *Support for care giving families: Enabling positive adaptation to disability* (pp 27-40). Baltimore: Paul H. Brookes Publising Co.

- Tap, P. (1991) *Socialisation et construction de l'identité personnelle*. En P. Tap et H. Malewska - Peyre(eds) *La socialisation de l' enfance à l' adolescence*. Paris, P.U.F, 49-73.
- Tap P, Esparbes S, Sordes-Ader F: Presentation de l' echelle de coping, in les strategie de coping. *Journées du labo St. Criq* 1993:89-107.
- Tap, P., Esparbès S., Sordes- Ader F. (1995) Stratégies de coping et Personnalisation. *Bulgarian Journal of Psychology*, no 2, 59-80.
- Taunt, H. M. & Hastings, R. P. (2002). Positive impact of children with developmental disabilities on their families: A preliminary study. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 37(4), 410-420.
- Taylor, S. E. (2007). *Social support*. In H. S. Friedman & R. C. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology*. (pp.145-165). New York: Oxford University Press.
- Tew, B-, & Laurence, K. M. (1973). Mothers, brothers, and sisters of patients with spina bifida. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 15(suppl. 6), 69-76.
- Timberlake, B. (1975). The New Life Center. *American Journal of Nursing*, 75, 1456-1461.
- Thurman, S.K. (1991). Parameters for establishing family-centered neonatal intensive care services. *Children's Health Care*, 20(1), 34-39.
- Turnbull, A. P. & Turnbull, H. R. (1990). *Families, professionals and exceptionality: A special partnership*. Columbus: Merrill Publishing Company
- Tower, K.D. (1994). Consumer-centered social work practice: Restoring client self determination. *Social Work*, 39, 191-196.
- Tritt, S., & Esses, L. (1988). Psychosocial adaptation of siblings of children with chronic medical illness. *American Journal of Orthopsychiatry*. 58, 211-220.
- Τσιμπιδάκη, Α. (2006). Συναισθηματικές αντιδράσεις στη συνθήκη της αναπηρίας στο πέρασμα του χρόνου. *Θέματα Ειδικής Αγωγής*, 32, 45-59.
- Turnbull, A.P., & Summers, J.A. (1987). *From parent involvement to family support: Evolution to revolution*. In S.M. Pueschel, C. Tingey, J.E.
- Turnbull, A.P. and Turnbull, H.R.(2001) *From the Old to The New Paradigm of Disability and Families : Research to Enhance Family Quality of Life Outcomes.*, In *Rethinking Professional Issues in Special Education.*, Ablex Publishing, Westport, Connecticut' London

- Turnbull, A.P., & Turnbull, H.R., m. (1990). Families, professionals, and exceptionality: A special partnership (2nd ed.). Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Weisbren. S.E. (1980) Parents reactions after the birth of a developmentally disabled child, *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 345-351.
- Wishart, M.C., Bidder, R.T. and Gray, O.P. (1981) *Parents reports of family life with a developmentally delayed child*, *Child: Care, Health and Development*, 7, 267-269.
- Weisz, J.R., McCabe, M.A., & Dennig, M.D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 324-332.
- Westman, M. & Shirom, A. (1995). Criteria of coping effectiveness. *Anxiety, Stress, and Coping*. 8, 87-100
- Zeidner, M., & Endler, N. S. (Eds.). (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons
- Ζερβάκη-Σμυρναίου, Ε. (1994). *Οικογένεια και παιδιά με ειδικές ανάγκες*. Στο Ζ. Λαμπρινή-Μινέττα (Επ.), *Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο*. Εισηγήσεις ολομελειών και ομάδων εργασίας από πανελλήνιο συνέδριο. (σελ.333-338). Αθήνα: Επτάλοφος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Είναι: Κορίτσι Αγόρι

Ηλικίας:

Το παιδί σας που παρακολουθεί κάποιο πρόγραμμα αποκατάστασης

Έχει φύλο: Θηλυκό Αρσενικό

Ηλικία:

Φοιτά στην τάξη:

Τι πρόγραμμα αποκατάστασης παρακολουθεί το παιδί σας (σημειώνετε όλα όσα παρακολουθεί):

Λογοθεραπεία

Ψυχοθεραπεία

Εργοθεραπεία

Φυσικοθεραπεία

Μαθησιακή αποκατάσταση

Άλλο (προσδιορίστε)

Πόσο καιρό παρακολουθεί αυτά τα προγράμματα:

Λιγότερο από 3 μήνες

3 με 6 μήνες

Περισσότερο από 6 μήνες

6 μήνες με 1 χρόνο

Περισσότερο από χρόνο

Εάν παρακολουθεί Λογοθεραπεία για ποιά λόγο ξεκινήσατε (μπορείτε να σημειώσετε πάνω από ένα):

Προβλήματα στην ομιλία (όχι καθαρή άρθρωση)

Προβλήματα στον λόγο (δεν μπορούσε να επικοινωνήσει καλά- αντίληψη)

Τραυλισμός- κομπιάσματα

Προβλήματα στην κατάποση

Διάσπαση- Υπερκινητικότητα

Μαθησιακά προβλήματα/Δυσλεξία

Άλλο (προσδιορίστε ποιά)

Δεν ξέρω

Παρακολουθεί και άλλο σας παιδί κάποιο πρόγραμμα;

Παρακαλούμε να σημειώστε μία δύσκολη κατάσταση που αντιμετωπίζετε ή αντιμετωπίσατε πρόσφατα:

.....

Απέναντι στη δύσκολη αυτή κατάσταση αντιδρώ με τους εξής τρόπους:

Καθόλου Σπάνια Που Συχνά Πολύ
και
Που Συχνά

		1	2	3	4	5
1.	Αντιμετωπίζω την κατάσταση					
2.	Ζητώ συμβουλές από επαγγελματίες (καθηγητές, γιατρούς...)					
3.	Προσπαθώ να αισθανθώ καλύτερα τρώγοντας					
4.	Δουλεύω σε συνεργασία με άλλους για να κινητοποιηθώ					
5.	Προσπαθώ να μην σκέφτομαι το πρόβλημα					
6.	Ζητάω από το Θεό να με βοηθήσει					
7.	Αποφεύγω να συναντώ ανθρώπους					
8.	Αποδέχομαι το πρόβλημα αν αυτό είναι αναπόφευκτο					
9.	Προσπαθώ να μην πανικοβληθώ					
10.	Αλλάζω τον τρόπο ζωής μου					
11.	Φτιάχνω ένα σχέδιο δράσης και μένω σταθερός σε αυτό					
12.	Μου είναι δύσκολο να χρησιμοποιήσω λόγια για να περιγράψω αυτό που αισθάνομαι σε μια δύσκολη κατάσταση					
13.	Δεν σκέφτομαι τα προβλήματα παρά μόνο όταν παρουσιάζονται					
14.	Αρνούμαι να το παραδεχτώ					
15.	Μου συμβαίνει να αισθάνομαι επιθετικότητα για τον άλλο					
16.	Κάνω κάτι πιο ευχάριστο					
17.	Αναλύω την κατάσταση για να την καταλάβω καλύτερα					
18.	Αισθάνομαι την ανάγκη να μοιράζομαι με τους δικούς μου αυτό που αισθάνομαι εσωτερικά					
19.	Καταπιάνομαι με το πρόβλημα άμεσα ή αντιμετωπίζω το					

	πρόβλημα κατά μέτωπο ή με επιθετικό τρόπο					
20.	Συζητώ το πρόβλημα με τους γονείς μου ή με άλλους ενήλικες					
21.	Ξεχνώ τα προβλήματα μου παίρνοντας φάρμακα					
22.	Ψάχνω δραστηριότητες ομαδικές για να διασκεδάσω					
23.	Καταφεύγω στη φαντασία ή στο όνειρο					
24.	Ψάχνω να βρω μια φιλοσοφία ζωής για την αντιμετώπιση του προβλήματος					
25.	Μου συμβαίνει να μην κάνω αυτό που είχα αποφασίσει					
26.	Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα					
27.	Ελέγχω τα συναισθήματά μου					
28.	Αλλάζω τον τρόπο συμπεριφοράς μου					
29.	Ξέρω αυτό που έχω να κάνω, γι' αυτό διπλασιάζω τις προσπάθειες για να το καταφέρω					
30.	Φτάνω να μην αισθάνομαι τίποτα όταν συμβαίνουν οι δυσκολίες					
31.	Αντιστέκομαι στην επιθυμία να δράσω μέχρι να μου το επιτρέψει η κατάσταση					
32.	Ενεργώ σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα					
33.	Αισθάνομαι αίσχος					
34.	Πηγαίνω στο σινεμά ή βλέπω τηλεόραση για να σκέφτομαι λιγότερο το πρόβλημα					
35.	Σκέφτομαι τις εμπειρίες που θα μπορούσαν να με βοηθήσουν να αντιμετωπίσω την κατάσταση					
36.	Ψάχνω για τη βοήθεια των φίλων μου για να ηρεμήσω το άγχος μου					
37.	Πηγαίνω κατευθείαν στο πρόβλημα					
38.	Ρωτάω τους ανθρώπους που είχαν μια παρόμοια εμπειρία τι θα έκαναν					
39.	Καπνίζω ή παίρνω φάρμακα για να ηρεμήσω το άγχος μου					
40.	Βοηθώ τους άλλους, όπως θα μου άρεσε να με βοηθήσουν					
41.	Προσπαθώ με κάθε τρόπο να σκεφτώ άλλα πράγματα					

42.	Αστειεύομαι με την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι					
43.	Απομακρύνομαι από τους άλλους					
44.	Αποδέχομαι η ίδια – (ο ίδιος) ότι πρέπει να λύσω το πρόβλημα					
45.	Κρατάω για μένα τα συναισθήματά μου					
46.	Τροποποιώ τις ενέργειές μου σε συνάρτηση με το πρόβλημα					
47.	Θέτω στόχους που πρέπει να πετύχω					
48.	Τα συναισθήματά μου εξαφανίζονται τόσο γρήγορα όσο εμφανίστηκαν					
49.	Συγκρατούμαι από το να αντιδράσω πολύ γρήγορα					
50.	Λέω στο εαυτό μου ότι το πρόβλημα δεν έχει καμία σημασία					
51.	Κατακλύζομαι από τα συναισθήματά μου					
52.	Στρέφομαι προς άλλες δραστηριότητες για να διασκεδάσω					
53.	Σκέφτομαι στρατηγικές που θα μπορούσα να χρησιμοποιήσω για να λύσω καλύτερα τα προβλήματά μου					
54.	Ψάχνω την συμπάθεια και την ενθάρρυνση των άλλων					

Σε αυτό το ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομαδοποιημένες δηλώσεις. Παρακαλώ διαβάστε κάθε ομάδα δηλώσεων προσεκτικά. Έπειτα επιλέξτε αυτή τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που έχετε αισθανθεί την περασμένη εβδομάδα έως σήμερα!

Κυκλώστε τον αριθμό δίπλα στη δήλωση που έχετε επιλέξει. Εάν διαφορετικές δηλώσεις της ομάδας δείχνουν να ισχύουν εξίσου το ίδιο, κυκλώστε την κάθε μία.

Βεβαιωθείτε ότι έχετε διαβάσει όλες τις δηλώσεις σε κάθε ομάδα πριν κάνετε την επιλογή σας.

A	0	Δεν αισθάνομαι λυπημένος/η.
	1	Αισθάνομαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/ή.
	2α	Είμαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/ή συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό.
	2β	Είμαι τόσο μελαγχολικός/ή ή δυστυχισμένος/η ώστε αυτό μου προξενεί πόνο.
	3	Είμαι τόσο μελαγχολικός/ή ή δυστυχισμένος/η ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.

B	0	Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/η ή αποθαρρυνμένος/η για το μέλλον.
	1	Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον.
	2α	Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον.
	2β	Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου.
	3	Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η σαν άτομο.

Γ	0	Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η.
	1	Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος/η περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους.
	2α	Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου.
	2β	Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες.
	3	Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η ως άτομο (σύζυγος-πατέρας/μητέρα).

Δ	0	Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/η.
	1	Αισθάνομαι βαρυστημένος/η σχεδόν όλη τη μέρα.
	2α	Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.
	2β	Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα.
	3	Αισθάνομαι δυσαρεστημένος/η με το κάθε τι.

E	0	Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/η.
	1	Πολλές φορές αισθάνομαι κακός/η ή χωρίς αξία.
	2α	Αισθάνομαι πολύ ένοχος/η.
	2β	Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός/η ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα.
	3	Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός/η ή ανάξιος/α.

Z	0	Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
	1	Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί.
	2α	Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ.
	2β	Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ.
	3	Θέλω να τιμωρηθώ.

H	0	Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.
	1α	Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.
	1β	Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου.
	2	Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.
	3	Μισώ τον εαυτό μου.

Θ	0	Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος/η από τους άλλους.
	1	Είμαι αυστηρός/ή με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου.
	2α	Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
	2β	Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει.

I	0	Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.
	1	Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν έκανα κάτι τέτοιο.
	2α	Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα.
	2β	Μου φαίνεται ότι η οικογενειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα.
	2γ	Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας.
	3	Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα.

K	0	Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.
	1	Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως.
	2	Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να σταματήσω.
	3	Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατον να κλάψω αν και το θέλω.

A	0	Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος/η τώρα απ' ότι συνήθως.
	1	Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως.
	2	Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος/η.
	3	Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως.

M	0	Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
	1	Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλιότερα.

2	Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει.
3	Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δε νοιάζομαι καθόλου για αυτούς.

N	0	Είμαι το ίδιο αποφασιστικός/ή όπως πάντα.
	1	Τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις.
	2	Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.
	3	Δεν μπορώ να πάρω καμμία απόφαση πλέον.

E	0	Δεν μου φαίνεται ότι η εμφανισή μου είναι χειρότερη από άλλοτε.
	1	Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος/η και αντιπαθητικός/ή.
	2	Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή πάνω μου, ώστε να φαινομαι αντιπαθητικός/ή.
	3	Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος/η και αποκρουστικός/ή.

O	0	Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα.
	1α	Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά.
	1β	Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα.
	2	Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
	3	Μου είναι αδύνατον να εργαστώ.

Π	0	Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
	1	Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος/η από άλλοτε.
	2	Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
	3	Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο.

P	0	Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως.
	1	Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.
	2	Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω.
	3	Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα.

Σ	0	Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.
	1	Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.
	2	Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
	3	Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.

T	0	Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.
	1	Έχω χάσει περισσότερα από 2 κιλά.

2	Έχω χάσει περισσότερα από 4 κιλά.
3	Έχω χάσει περισσότερα από 7 κιλά.

Υ	0	Δε με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.
	1	Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα.
	2	Με απασχολεί τόσο πολύ το πώς αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι πολύ δύσκολο να σκεφτώ τίποτα άλλο.
	3	Είμαι εντελώς απορροφημένος/η με το τι αισθάνομαι.

Φ	0	Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.
	1	Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ό τι συνήθως.
	2	Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ.
	3	Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

Βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις. Ευχαριστούμε για την βοήθεια και το χρόνο σας!!!