



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ  
ΝΟΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ Η  
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΥΓΕΙΑΣ**

**Θεοδώρα Σούμα**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Γκούβα Μαίρη, Επιβλέπων Καθηγητής

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Χατζόγλου Χρυσή, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, Μάιος 2018**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

---



**CORRELATION OF PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PARENTS WITH CHILDREN WITH MENTAL PROBLEMS WITH THE QUALITY OF LIFE AND THEIR EFFECT ON PRIMARY HEALTH CARE**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
1.1 Ορισμός των νοητικών προβλημάτων .....	9
1.2 Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με νοητικά προβλήματα.....	10
1.3 Η έννοια της ποιότητας ζωής .....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	13
2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και νοητικά προβλήματα .....	13
2.2 Ο ρόλος των γονέων στην ασθένεια και η επίδραση των νοητικών προβλημάτων στην οικογένεια.....	14
2.3 Στάσεις της οικογένειας απέναντι στο παιδί με νοητικά προβλήματα .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	21
3.1 Σκοπός της έρευνας.....	21
3.2 Δείγμα και μέθοδος .....	21
3.3 Περιγραφική Ανάλυση .....	22
3.4 Αποτελέσματα – Επαγωγική Ανάλυση.....	33
Κεφάλαιο 4 .....	45
4.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων .....	45
4.2 Περιορισμοί έρευνας .....	46



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ .....	22
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	23
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	24
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	25
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	26
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	27
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ HFS SCORE .....	29
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SCORE ΤΟΥ SCS .....	29
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SCORE ΤΟΥ SCL-90 .....	30
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SCORE LONELINESS .....	31
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SCORE ΤΟΥ CD-RISC .....	32
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ .....	33
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΈΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΗ;» .....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΈΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΟ;» .....	36
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ .....	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΈΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ .....	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ .....	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ .....	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 19 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΠΟΣΟ ΆΡΡΩΣΤΟ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΕΣΕΙΣ ΌΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΊ ΣΑΣ;» .....	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΠΟΣΟ ΆΡΡΩΣΤΟ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΕΣΕΙΣ ΌΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΊ ΣΑΣ;» .....	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΠΟΣΟ ΆΡΡΩΣΤΟ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΕΣΕΙΣ ΌΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΊ ΣΑΣ;» .....	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΠΟΣΟ ΆΡΡΩΣΤΟ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΕΣΕΙΣ ΌΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΊ ΣΑΣ;» .....	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΕΙΝΑΙ ΑΓΟΡΙΉ ΚΟΡΙΤΣΙ;» .....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 25 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΕΙΝΑΙ ΑΓΟΡΙΉ ΚΟΡΙΤΣΙ;» .....	44

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι χρόνιες νόσοι αναγκάζουν τους ασθενείς αλλά και τις οικογένειές τους να συμβιβαστούν με τη νέα πραγματικότητα και τις συνέπειές της. Τα νοητικά προβλήματα έχουν αρνητικές επιπτώσεις σε διάφορες πτυχές της ζωής των γονέων και στην σωματική, ψυχολογική και πνευματική τους υγεία. Τα συμπτώματα της «κακής» υγείας που παρατηρούνται πιο συχνά στους γονείς παιδιών με νοητικά προβλήματα είναι τα υψηλά επίπεδα άγχους, η κατάθλιψη, το αίσθημα ενοχής, η κοινωνική απομόνωση η υποτίμηση της προσωπικής αξίας.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα μελέτη εξετάζει το πως συνδέονται τα ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων που έχουν παιδί με νοητικά προβλήματα, με την ποιότητα ζωής τους. Στη συνέχεια, γίνεται προσπάθεια να διερευνηθεί η επίδραση των χαρακτηριστικών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας θα διατυπωθεί ο ορισμός των νοητικών προβλημάτων και θα αναφερθούν εκτενώς τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν τα παιδιά με νοητικά προβλήματα, θα αναλυθεί η έννοια της ποιότητας ζωής γενικότερα αλλά και συγκεκριμένα για τους γονείς των ατόμων με νοητικά προβλήματα. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει μια αναφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και πως αυτή συμβάλλει στη διάγνωση των νοητικών προβλημάτων και τέλος, ο ρόλος των γονέων στην ασθένεια και η επίδραση που έχουν τα νοητικά προβλήματα στην οικογένεια.

## **ABSTRACT**

Patients and their families are forced to deal with chronic diseases and their consequences. Mental problems have a negative impact on various aspects of parental life and on their physical, psychological and mental health. Parents of children that suffer from mental problems have symptoms of "bad" health, such as high levels of anxiety, depression, feelings of guilt, social isolation, or personal devaluation.

The present study examines the connection between the psychological and social characteristics of parents who have a child with mental problems and their quality of life. Then the effect of the characteristics on Primary Health Care is investigated. In the first chapter the meaning of the term mental problems is defined and the characteristics of children with mental problems are extensively described. In addition, the term quality of life in general and especially for the parents of people with mental problems is analyzed. Primary Health Care is analyzed in the second chapter and her contribution to the diagnosis of mental problems. Finally, the role of parents in the illness and the impact of mental problems on the family, are described.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νοητικά προβλήματα και η νοητική υστέρηση γενικότερα είναι θέματα που απασχολούν εδώ και αιώνες τους ανθρώπους. Τα άτομα που έχουν κάποιας μορφής νοητική υστέρηση είναι μια ομάδα του πληθυσμού που εμφανίζεται ιδιαίτερα ευάλωτη, καθώς πρέπει σε καθημερινή βάση να ξεπερνούν πλήθος δυσκολιών, έχοντας ταυτόχρονα να αντιμετωπίσουν βασικούς περιορισμούς σε ότι αφορά ορισμένους ψυχοσωματικούς παράγοντες αλλά και την κοινωνία. Βασικό χαρακτηριστικό των ατόμων αυτών είναι πως εμφανίζουν ελλιπή ανάπτυξη στις γνωστικές τους λειτουργίες και έτσι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να εντάσσονται στην κοινωνία αλλά και στο να εξελίσσονται ομαλά.

Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην κατανόηση των νοητικών προβλημάτων μέσω των ερευνών που διεξάγονται, η φύση τους, η προσπάθεια ταξινόμησης, η διερεύνηση της αιτιολογίας καθώς και η αξιολόγηση των διαγνωστικών και παρεμβατικών μεθόδων είναι ακόμη και σήμερα αντικείμενα έρευνας με μεγάλο ενδιαφέρον για πολλές ειδικότητες επιστημόνων όπως γιατρούς, ψυχολόγους, ειδικούς παιδαγωγούς κ.ά.

Οι μελέτες που εξετάζουν τις επιπτώσεις που έχουν τα νοητικά προβλήματα των παιδιών στους γονείς υποστηρίζουν ότι υπάρχει συνολική έκπτωση της ποιότητας ζωής των γονέων, η οποία μεταφράζεται σε κακή βιολογική και ψυχική υγεία καθώς και σε κοινωνική απομόνωση. Επίσης, η αναπτυξιακή και συμπεριφορική δυσλειτουργία του παιδιού επηρεάζει τη συζυγική σχέση και μάλιστα φαίνεται ότι οι μητέρες των παιδιών, επηρεάζονται πολύ περισσότερο από τους πατέρες σε όλους σχεδόν τους τομείς της υγείας τους και της ζωής τους. Από την άλλη πλευρά, οι πατέρες βιώνουν το stress, την κατάθλιψη και τη στενοχώρια για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είναι περισσότερο ευαίσθητοι.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να γίνει μια προσπάθεια διασύνδεσης των ψυχολογικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των γονέων παιδιών που παρουσιάζουν χρόνια νοητικά προβλήματα, με την ποιότητα ζωής τους και στη συνέχεια να μελετηθεί η επίδραση αυτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 Ορισμός των νοητικών προβλημάτων

Η νοημοσύνη ως έννοια είναι δύσκολο να διατυπωθεί επακριβώς. Αν παρατηρήσει κανείς τους ορισμούς που δίνουν οι ειδικοί κατά καιρούς θα διαπιστώσει πως υπάρχει ασυμφωνία στις απόψεις τους και πως διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους. Γι' αυτό και αποτελεί ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα θέματα για την ψυχολογία. Σύμφωνα με τον Piaget, έναν από τους πιο γνωστούς επιστήμονες ψυχολόγους ο οποίος μελέτησε ένα μεγάλο πλήθος απόψεων και ορισμών, η νοημοσύνη συνιστά «μια κατάσταση ισορροπίας προς την οποία τείνουν όλες οι αισθησιοκινητικές και γνωστικές διαδοχικές προσαρμογές, όπως επίσης και όλες οι αφομοιωτικές και προσαρμοστικές ανταλλαγές μεταξύ οργανισμού και περιβάλλοντος» [1]. Προσπαθώντας να απλοποιήσουμε τον ορισμό αυτό θα λέγαμε πως η νοημοσύνη είναι η ικανότητα του ανθρώπου να οργανώνει το περιβάλλον του, να δίνει λύσεις στα προβλήματά του και να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά οποιαδήποτε κατάσταση.[2]

Τα νοητικά προβλήματα μπορεί να πηγάζουν είτε από βιολογικούς παράγοντες είτε από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Όταν κάνουμε λόγο για βιολογικούς παράγοντες αναφερόμαστε σε γενετικά αίτια που υπάρχουν στο άτομο από τη στιγμή της σύλληψης και κατ' επέκταση και στην κληρονομικότητα. Οι ψυχοκοινωνικοί είναι εξωτερικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν το άτομο από τη βρεφική ηλικία μέχρι και το τέλος περίπου της εφηβείας. Οι γνωστές αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν νοητική υστέρηση είναι πάνω από 200 και παρόλη την πρόοδο που έχει σημειωθεί στον τομέα της ιατρικής και της ψυχολογίας, περίπου το 80% των περιστατικών με νοητικά προβλήματα δεν μπορούν να αιτιολογηθούν.

## 1.2 Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με νοητικά προβλήματα

Ανάλογα με το μέγεθος της εγκεφαλικής βλάβης και τη σοβαρότητα της διαταραχής, τα άτομα με νοητικά προβλήματα μπορεί να ανήκουν σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες: ήπια, μέτρια, και σοβαρή νοητική υστέρηση.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων με νοητική υστέρηση κατατάσσεται στην κατηγορία της ήπιας νοητική στέρησης, δηλαδή νοητικό επίπεδο που κυμαίνεται από 50 - 55 έως 70 μονάδες. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία δεν αντιμετωπίζουν ουσιαστικές δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή και αντεπεξέρχονται, συνήθως, ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Ωστόσο, σημαντικές δυσκολίες παρουσιάζονται στον λόγο, οι οποίες μπορεί να είναι υπεύθυνες για το γεγονός ότι τα άτομα αυτά μπορεί να μην ανεξαρτητοποιηθούν πλήρως κατά την ενηλικίωση [3]. Η διάκριση των παιδιών με ελαφρά νοητική υστέρηση από τα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά δεν είναι εύκολη κατά την πρώτη παιδική ηλικία. Τα παιδιά αυτά συνήθως αρχίζουν να διαφοροποιούνται εμφανώς στις πρώτες σχολικές τάξεις καθώς αντιμετωπίζουν σχετικά ήπιες δυσκολίες στις αισθησιοκινητικές λειτουργίες. Κατά την εφηβεία τα άτομα αυτά μπορεί να αποκτήσουν ακαδημαϊκές γνώσεις αντίστοιχες της ΣΤ' τάξης του δημοτικού σχολείου, ενώ στην ενήλικη ζωή αποκτούν συνήθως, επαρκείς κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες, με ελάχιστη εξωτερική υποστήριξη κυρίως στις πιεστικές καταστάσεις.

Τα άτομα που έχουν μέτρια νοητική υστέρηση (νοητικό δυναμικό από 35 - 40 έως 50 - 55 μονάδες) χαρακτηρίζονται από ήπιες δυσκολίες στις προσαρμοστικές δεξιότητες. Τα άτομα αυτά συνήθως προέρχονται από «επιβαρυσμένο» περιβάλλον και αποτελούν ένα μικρό ποσοστό (10%) των ατόμων με νοητική στέρηση. Τα άτομα αυτά συνήθως παρουσιάζουν διαταραχές στον συντονισμό των κινήσεων τους και στον λόγο τους, αφού οι δεξιότητες λόγου επαρκούν για τη συμμετοχή τους σε απλή συζήτηση με σκοπό την κάλυψη των βασικών αναγκών. Επιπλέον, όπως είναι αναμενόμενο η σχολική τους απόδοση είναι σημαντικά περιορισμένη και μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να μάθουν στοιχειώδη ανάγνωση, γραφή και αριθμητική. Στην ενήλικη ζωή τους, τα άτομα με ήπια νοητική στέρηση μπορούν να συμμετέχουν σε απλές, δραστηριότητες, αλλά, έχουν ανάγκη από σταθερή επίβλεψη.

Τα άτομα με σοβαρή νοητική υστέρηση έχουν νοητικό δυναμικό που κυμαίνεται από 20 - 25 έως 35 - 40 μονάδες και αποτελούν ένα μικρό ποσοστό (3-4 %) των ατόμων με νοητικά προβλήματα. Τα σημάδια της νοητικής υστέρησης, εμφανίζονται ήδη από την προσχολική ηλικία αφού συνήθως παρουσιάζουν φτωχή κινητική ανάπτυξη και έλλειψη επικοινωνιακού λόγου. Στην σχολική ηλικία συνήθως δεν υπάρχει προφορικός λόγος και τα άτομα μπορούν να εκπαιδευτούν μόνο σε βασικές δεξιότητες με σκοπό την αυτοεξυπηρέτηση. Στην ενήλικη ζωή το άτομο με σοβαρή νοητική υστέρηση έχει ανάγκη από συστηματική επίβλεψη. Παρόλα αυτά, τα άτομα αυτά μπορούν να εκπαιδευτούν και να εξελιχθούν αν υπάρχει ένα στοχοθετημένο, εξατομικευμένο και ειδικά διαμορφωμένο πρόγραμμα, σχεδιασμένο κατάλληλα για αυτά τα άτομα.

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που έχουν κάποιο νοητικό πρόβλημα παρατηρείται πως επηρεάζουν την υγεία τους, τις καθημερινές λειτουργικές τους ικανότητες, την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα προβλήματα υγείας των ατόμων αυτών και οι περιορισμένες ικανότητές τους έχουν αντίκτυπο και στη ζωή των γονιών τους και των οικογενειών τους γενικότερα. [4]

Τα νοητικά προβλήματα μπορεί να επηρεάσουν τα σωματικά, συναισθηματικά-κοινωνικά και νοητικά χαρακτηριστικά των ατόμων τα οποία πάσχουν. Σύμφωνα με την κλίμακα Weschler SD-15 ο δείκτης νοημοσύνης των παιδιών με νοητικά προβλήματα ενδεικτικά κυμαίνεται από 55 έως 70. Εκτός από τα νοητικά προβλήματα, έντονα είναι και τα σωματικά. Πολλές φορές τα άτομα αυτά έχουν χαμηλό ανοσοποιητικό, βλάβη στην ακουστική ή οπτική λειτουργία, αδεξιότητα στις κινήσεις, υπερκινητικότητα, επιληψία και διάφορα άλλα. Ωστόσο, στο ύψος, στο βάρος αλλά και στα χαρακτηριστικά του προσώπου δεν υπάρχει κάποια διαφορά από το φυσιολογικό.

### **1.3 Η έννοια της ποιότητας ζωής**

Η ποιότητα ζωής και η αξιολόγησή της βρίσκεται στο επίκεντρο των ερευνών τόσο από τις κοινωνικές επιστήμες όσο και από τις βιοϊατρικές. Οι έρευνες αυτές έχουν ως στόχο την εύρεση των

παραγόντων εκείνων που διαμορφώνουν δραστικά τη σωματική και ψυχική υγεία έτσι ώστε να γίνουν αποτελεσματικότερες Σύμφωνα με Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής είναι «η υποκειμενική αντίληψη που έχει ο άνθρωπος για το ρόλο του στη ζωή, σε σχέση με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας στην οποία ζει και σε συνάρτηση με το σύστημα αξιών του, τους προσωπικούς του στόχους, τις επιθυμίες του και τις ανησυχίες που ενίοτε τον διακατέχουν». [5]

Πιο συγκεκριμένα, στα άτομα με νοητικά προβλήματα η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τα παθολογικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται άμεσα με την υγεία και τις λειτουργικές ικανότητες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, έχει παρατηρηθεί πως τα προβλήματα υγείας και οι μειωμένες λειτουργικές ικανότητες των ατόμων με νοητικά προβλήματα έχουν αντίκτυπο και στην ποιότητα ζωής των γονιών τους [4] . Σημαντική είναι και η παρατήρηση πως η ψυχική υγεία του γονέα συσχετίζεται αρνητικά με το βαθμό νοητικής αναπηρίας του παιδιού, όσο πιο έντονα είναι δηλαδή τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί τόσο χειρότερη είναι και η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του γονέα του.[6]

Τα συμπτώματα των γονέων, αναφορικά με μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε διεθνές επίπεδο, φαίνεται να είναι το έντονο άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα αισθήματα ενοχών, η μειωμένη σωματική λειτουργικότητα, η αυξημένη αίσθηση κόπωσης μέχρι και η ψυχοσωματική εξουθένωση.[7] Προέκυψε επίσης πως λόγω των προβλημάτων των παιδιών τους, οι γονείς ελαττώνουν τις επαφές με τον κοινωνικό τους περίγυρο και δεν ικανοποιούν βασικές προσωπικές ανάγκες, γεγονότα που επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής τους [8]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και νοητικά προβλήματα

Για όλες τις παθολογικές καταστάσεις ισχύει ότι για να αντιμετωπιστούν ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η πρόληψη. Όσον αφορά όμως τα νοητικά προβλήματα η πρόληψη φαίνεται να είναι η μόνη επιλογή. Αυτό συμβαίνει επειδή τα νοητικά προβλήματα δεν μπορούν να θεραπευτούν πλήρως με τη λήψη φαρμάκων ή με χειρουργική επέμβαση όπως άλλες παθολογικές καταστάσεις, αλλά αποτελούν διαταραχές οι οποίες μόλις εμφανιστούν και εδραιωθούν, συνοδεύουν το άτομο σε όλη του τη ζωή.

Τα προγράμματα πρόληψης νοητικών προβλημάτων έχουν διττή λειτουργία. Από τη μία αποσκοπούν στη λήψη μέτρων και στη χρήση μέσων για να μειώσουν τους παράγοντες που επιδρούν δυσμενώς στη νοητική ανάπτυξη το παιδιού (αρνητική πρόληψη) και από την άλλη εξασφαλίζουν τις αναγκαίες προϋποθέσεις για μία ομαλή πνευματική ανάπτυξη (θετική πρόληψη).[9] Τα ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης των νοητικών προβλημάτων βασίζονται σε ποικίλους παράγοντες όπως: γενετικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς, διδακτικούς και κοινωνικούς. Βασικός στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι η μείωση της διάρκειας της ασθένειας ή των επεισοδίων της και ο περιορισμός των επακόλουθών της.

Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση των νοητικών προβλημάτων μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως δευτερογενής πρόληψη. Τα προληπτικά μέτρα στο επίπεδο αυτό στοχεύουν στην πρόωμη διάγνωση, ιδίως στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε παιδικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία, σχολεία κ.τ.λ. Σε αυτό το σημείο ο ρόλος του παιδίατρου και των άλλων επιστημόνων που ενδέχεται να ασχολούνται με την υγεία του παιδιού είναι σημαντικός και καθοριστικός. Για να γίνει αυτό είναι απαραίτητο οι επιστήμονες και το προσωπικό να κατάλληλα εκπαιδευμένο έτσι ώστε να έχει την κατάλληλη συμπεριφορά απέναντι στο παιδί με νοητικά προβλήματα. Επιπλέον, τα άτομα θα πρέπει να έχουν την κατάλληλη συναισθηματική υποστήριξη, και εκπαίδευση σε θέματα σχετικά με τις συναισθηματικές, νοητικές και κοινωνικές ανάγκες του παιδιού. Οι οικογένειες των

παιδιών από την άλλη θα πρέπει να έχουν την απαραίτητη κοινωνικο-οικονομική υποστήριξη για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν σε μια οικογένεια όταν το παιδί παρουσιάζει νοητικά προβλήματα.

Στη συνέχεια, παρεμβάσεις χρειάζεται να γίνουν και στα διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης (νηπιαγωγείο, πρώτες τάξεις του δημοτικού). Η δυσκολία σε αυτό το στάδιο είναι ότι οι παρεμβάσεις τέτοιου είδους θα πρέπει να γίνουν σε ιδρύματα. Τα παιδιά με νοητικά προβλήματα συνεχίζουν να χρειάζονται κατάλληλες συνθήκες περίθαλψης και τα κατάλληλα ερεθίσματα στα σε νοητικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο.

Συμπερασματικά, στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης, που συμπεριλαμβάνεται και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έχουν μεγάλη σημασία τα εξής:

- Έγκαιρη διάγνωση των νοητικών προβλημάτων.
- Ανάπτυξη μεθόδων για να εκτιμηθεί το μέγεθος των νοητικών προβλημάτων.
- Ανάπτυξη μεθόδων για να πραγματοποιηθούν μελέτες αναφορικά με το ποσοστό των παιδιών που εμφανίζουν νοητικά προβλήματα μαζί με τα χαρακτηριστικά τους στο γενικό πληθυσμό.

## **2.2 Ο ρόλος των γονέων στην ασθένεια και η επίδραση των νοητικών προβλημάτων στην οικογένεια**

Η οικογένεια είναι κατά κάποιο τρόπο μια ομάδα που απαρτίζεται από συγκεκριμένα άτομα τα οποία έχουν κοινή ιστορία, συναισθηματική εξάρτηση και στόχους. Μέσω της οικογένειας, τα μέλη μαθαίνουν να συμπεριφέρονται, αποκτάται και προάγεται η φροντίδα υγείας. Ο ρόλος της οικογένειας ως μονάδα υγείας έχει καθιερωθεί άτυπα από την κοινωνία και ο καθένας έχει ευθύνες αλλά και δικαιώματα σε ότι αφορά την υγεία και την αυτοφροντίδα .[10]

Προκειμένου να προάγεται η υγεία του κάθε μέλους και κατ' επέκταση της κοινωνίας θα πρέπει και η οικογένεια να είναι υγιής. Αν η οικογένεια βρίσκεται σε ένα καλό επίπεδο υγείας στο σύνολό της τότε

αυτό έχει επίδραση και στο επίπεδο υγείας του κάθε μέλους ξεχωριστά. Τα νοητικά προβλήματα που εμφανίζουν τα παιδιά είναι μια πρόκληση και για τα ίδια αλλά και για τις οικογένειές τους. Η ανακοίνωση του προβλήματος αυτού στους γονείς είναι τις περισσότερες φορές επώδυνη και η αντίδρασή τους δεν διαφέρει πολύ από εκείνη της ανακοίνωσης γεγονότων όπως ο θάνατος.

Σύμφωνα με όσα αναφέρει ο Laing (1975) «όταν μια συγκεκριμένη κοινωνική κατάσταση προσδιορίζεται ως κοινωνική κρίση που αφορμή της είναι μια ιατρική επείγουσα περίπτωση, ο ορισμός αυτός επιβάλλει ένα συγκεκριμένο τύπο δράσης: πρόκειται για μια σαφέστατη επίκληση να ιαθεί το άτομο βάσει μιας «θεραπείας» και αν θεωρηθεί αναγκαίο, να δοθεί επικουρική βοήθεια στα άλλα μέλη της κατάστασης, για να αντεπεξέλθουν στην ασθένεια του άλλου ατόμου και στις δευτερεύουσες κοινωνικές συνέπειές της. Ο ορισμός της κατάστασης και η επίκληση για δράση είναι οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Η σωστή ορθολογική στρατηγική της επέμβασης προδιαγράφεται από και με τον ορισμό της κατάστασης» [10].

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που έχουν διεξαχθεί, καταλήγει κανείς στο συμπέρασμα πως οι χρόνιες νόσοι αναγκάζουν τους ασθενείς αλλά και τις οικογένειές τους να συμβιβαστούν με την κατάστασή τους [10]. Τα νοητικά προβλήματα έχουν κυρίως αρνητικές επιπτώσεις σε διάφορες πτυχές της ζωής των γονέων αν και κατά καιρούς υπάρχουν και κάποια θετικά στοιχεία. Τα ευρήματα που παρατηρούνται πιο συχνά στους γονείς παιδιών με νοητικά προβλήματα είναι τα υψηλά επίπεδα άγχους, η κατάθλιψη, το αίσθημα ενοχής καθώς και η υποτίμηση της προσωπικής αξίας [11].

Οι απόψεις των γονέων συχνά διαφέρουν από εκείνες των ειδικών, αφού έχει παρατηρηθεί ότι οι γονείς ισχυρίζονται πως υπάρχει αισθητή μείωση στην ποιότητα ζωής που συνεπάγεται κακή ψυχολογική και σωματική υγεία, κοινωνική απομόνωση και καταστάσεις που περιορίζουν τις χαρές στη ζωή τους [12].

### 2.3 Στάσεις της οικογένειας απέναντι στο παιδί με νοητικά προβλήματα

Επιστήμονες από διάφορους κλάδους, όπως της Κοινωνιολογίας, της Ψυχολογίας και της Παιδαγωγικής συμφωνούν ότι, η στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος απέναντι στο παιδί με νοητικά προβλήματα, έχει θετική ή αρνητική επίδραση στην ψυχοκοινωνική του εξέλιξη, στην πορεία της νόσου, αλλά και στη διάπλαση της προσωπικότητάς του.

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη στάση που θα έχουν οι γονείς απέναντι στο παιδί με νοητικά προβλήματα εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες όπως: η προσωπικότητά τους, το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό τους επίπεδο, ο τρόπος ζωής, οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, το είδος και ο βαθμός νοητικού προβλήματος του παιδιού και η στάση του φιλικού περιβάλλοντος [13].

Πολλές φορές, σε οικογένειες με παιδί με νοητικά προβλήματα, οι γονείς κατακλύζονται από συναισθήματα ενοχής και οίκτου και σε συνδυασμό με τη στάση και τη συμπεριφορά του στενού και ευρύτερου περιβάλλοντος, οι γονείς υιοθετούν παράλογες στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στο παιδί. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα, μιας τέτοιας στάσης είναι η υπερπροστατευτικότητα που επιδεικνύουν οι γονείς απέναντι στα παιδιά. Οι γονείς αισθάνονται ότι θα πρέπει να υπερπροστατεύουν το παιδί με νοητικά προβλήματα, καθώς το παιδί δεν είναι σε θέση να πάρει σωστές και ώριμες αποφάσεις όπως για παράδειγμα τις αποφάσεις που αφορούν το μέλλον του, κάποια επαγγελματική απασχόληση, την επιλογή φίλων και τη σύναψη κοινωνικών σχέσεων. Επίσης θεωρούν το παιδί ανίκανο να αυτοεξυπηρετηθεί ακόμη και για βασικές λειτουργίες της καθημερινότητας και προσπαθούν να του τα παρέχουν όλα έτοιμα.

Η υπερπροστατευτικότητα των γονέων έχει αρνητική επίδραση στις προσπάθειες που κάνει το παιδί για να διοχετεύσει τη δύναμη και την ενέργειά του σε διάφορους στόχους, ακόμα και καθημερινούς που επιθυμεί να υλοποιήσει. Επίσης, το παιδί επαναπαύεται και στη συνέχεια φοβάται να λάβει αποφάσεις και πρωτοβουλίες, χάνει την υπευθυνότητά του και την ευκαιρία να προετοιμαστεί για μια αυτόνομη ζωή μελλοντικά. Με άλλα λόγια λόγω της υπερπροστατευτικότητας των γονιών το παιδί υιοθετεί μια



παθητική στάση, ενώ παράλληλα μειώνονται στο ελάχιστο και οι πιθανότητες να αυτονομηθεί, αφού μεταξύ του ίδιου και των γονέων του αναπτύσσεται μια παθολογική σχέση αμοιβαίας εξάρτησης [14].

Συμπερασματικά, γίνεται κατανοητό ότι οι γονείς θα πρέπει να βρουν τις κατάλληλες ισορροπίες, έτσι ώστε να επιβάλλουν προστατευτικούς περιορισμούς στο παιδί, χωρίς όμως να το υπερπροστατεύουν. Επιπλέον, θα πρέπει οι γονείς να ενθαρρύνουν το παιδί να θέτει στόχους ανάλογους με τις δυνατότητές του για να αποκτήσει αυτονομία και να αναπτυχθεί μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα [15]. Μόνο σε ένα περιβάλλον που σέβεται το παιδί και του προσφέρει δυνατότητες για να ικανοποιεί τις προσωπικές του ανάγκες και να εκφράζεται μπορεί ένα παιδί να αναπτυχθεί συναισθηματικά [16].

Μία άλλη στάση που μπορεί να υιοθετήσουν οι γονείς απέναντι στο παιδί τους που έχει νοητικά προβλήματα είναι η απόρριψη του ίδιου του παιδιού. Σε αυτές τις οικογένειες οι γονείς θεωρούν το παιδί με νοητικά προβλήματα «υπεύθυνο» για τις αλλαγές στην οικογενειακή τους ζωή και στην καθημερινότητά τους και για τα άσχημα συναισθήματα που βιώνουν όπως πόνο, θυμό, οίκτο, ψυχρότητα. Επιπλέον, οι γονείς θεωρούν το παιδί «ένοχο» για τον περιορισμό της κοινωνικής ζωής της οικογένειας, των κοινωνικών επαφών και των επαγγελματικών προοπτικών. Χαρακτηριστικά σε αυτές τις περιπτώσεις είναι και τα συναισθήματα απαξίωσης και μειονεξίας που δημιουργούνται στους γονείς καθώς πιστεύουν ότι το παιδί τους είναι «κατώτερο» από τα άλλα. Η απόρριψη του παιδιού με νοητικά προβλήματα από τους ίδιους τους γονείς του έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί να μην έχει κίνητρα για να βελτιώσει τη συμπεριφορά του και τις ικανότητές του, να μην ικανοποιούνται οι πρωταρχικές του ανάγκες για αγάπη και αυτοεκτίμηση, ενώ τέλος, οδηγεί στην εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων, τα οποία εμποδίζουν την ομαλή του ανάπτυξη.

Μία άλλη ομάδα ανθρώπων που είναι γονείς παιδιού με νοητικά προβλήματα δεν δέχονται τη διάγνωση του νοητικού προβλήματος και αρνούνται ότι το παιδί τους αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα. Η άρνηση της ασθένειας και επομένως η μη συνειδητοποίηση του προβλήματος, τους οδηγεί στη δημιουργία υπερβολικών απαιτήσεων, τις οποίες το παιδί καλείται να εκπληρώσει. Τα παιδιά αυτά που αναγκάζονται να εκπληρώσουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες των γονέων, ήδη από μικρή ηλικία

ψυχοσωματικά προβλήματα, καθώς και διαταραχές συμπεριφοράς όπως: επιθετικότητα, παθητική συμπεριφορά και υπερευαίσθησία. Αντίθετα, εάν οι γονείς κατανοούν το παιδί και το υποστηρίζουν κάθε φορά που προσπαθεί να ανταποκριθεί στις ρεαλιστικές προσδοκίες των γονέων του, τότε είναι σχεδόν σίγουρο ότι οι νέες εμπειρίες που θα αποκτήσει, θα συμβάλλουν στην ισορροπημένη σωματική και ψυχολογική ανάπτυξή του [16].

Η στάση των γονέων απέναντι στα παιδιά με νοητικά προβλήματα επηρεάζει σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό τα παιδιά αυτά από ότι επηρεάζονται τα «φυσιολογικά», καθώς τα τελευταία θεωρούν δεδομένη την αγάπη και την παραδοχή τους από τους γονείς τους. Οι Allen και Pearson, όπως και αρκετοί ακόμη ερευνητές, επισημαίνουν τη σπουδαιότητα της στάσης των γονέων απέναντι στα παιδιά με νοητικά προβλήματα, η οποία υποστηρίζουν ότι καθορίζει τη σύγκρουση ή μη των παιδιών αυτών με την κατάστασή τους. Επίσης, υπογραμμίζουν τρεις διαφορετικές στάσεις που υιοθετούν οι γονείς απέναντι στα παιδιά τους με νοητικά προβλήματα:

- Την ασταθή συμπεριφορά
- Την ανοιχτή απόρριψη
- Την υπερπροστατευτική συμπεριφορά

Σύμφωνα με το Κρουσταλάκη, υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που καθορίζουν τις στάσεις των γονέων ως προς τη νοητική υστέρηση του παιδιού τους. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι: οι σχέσεις μεταξύ των γονέων και των άλλων αδερφών, η κατάσταση του παιδιού, η αντιμετώπιση της οικογένειας και της ασθένειας από το στενό αλλά και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και η προσωπικότητα των γονέων.

Ο Κρουσταλάκης διακρίνει τις εξής μορφές στη στάση των γονέων :

- 1. Συναισθηματικός πόνος, φόβος και σιωπή:** Η επαφή των γονέων με το παιδί που παρουσιάζει νοητικά προβλήματα δημιουργεί σε εκείνους συναισθήματα ψυχικού πόνου και φόβου. Ο φόβος είναι αποτέλεσμα των νέων άγνωστων προκλήσεων της «ασθένειας» που οδηγεί τους γονείς στη σιωπή και τη φυγή. Οι γονείς αποφεύγουν να μιλήσουν για τις νοητικές διαταραχές στο φιλικό αλλά και στο ευρύτερο περιβάλλον. Η σιωπηλή αυτή στάση των γονέων επηρεάζει αρνητικά όλο

το περιβάλλον καθώς έχουν άγνοια για τα προβλήματα, δημιουργεί προκαταλήψεις και κρατάει τους ανθρώπους σε απόσταση. Για αυτό πολλές φορές τα άτομα με νοητικά προβλήματα είναι κοινωνικά απομονωμένα.

- 2. Ενοχή και κοινωνική απομόνωση:** Οι γονείς των παιδιών με νοητικά προβλήματα επιλέγουν πολλές φορές την κοινωνική απομόνωση. Η αντίδραση αυτή απορρέει συνήθως από το αίσθημα ενοχής που βαραίνει τους γονείς για την κατάσταση του παιδιού τους. Η κοινωνική απομόνωση επηρεάζει αρνητικά τις σχέσεις του ζευγαριού, τη συμπεριφορά τους προς τα υπόλοιπα παιδιά, αλλά και στις σχέσεις της οικογένειας απέναντι στο κοινωνικό της περιβάλλον. Το πιο επικίνδυνο σε αυτή την περίπτωση είναι να καταστραφεί η εσωτερική συνοχή της οικογένειας, καθώς δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που έχει σαν αποτέλεσμα το διαζύγιο ή την εγκατάλειψη των άλλων παιδιών της οικογένειας [15].
- 3. Εξιδανίκευση του τραύματος:** Πρόκειται για μία από τις πιο σπάνιες μορφές αντιμετώπισης της νέας πραγματικότητας. Η «εξιδανίκευση» χρησιμοποιείται επί τω πλείστω από άτομα με μεταφυσικές αναζητήσεις, τα οποία επιδιώκουν να εξηγήσουν με λογικό τρόπο τα νοητικά προβλήματα, «ξεφεύγοντας» με τον τρόπο αυτό από τις ενοχές που τους «καταδιώκουν». Σε αυτές τις περιπτώσεις οι γονείς θεωρούν τη νοητική υστέρηση ως «δώρο Θεού», που στοχεύει στην ψυχική και ηθική τους βελτίωση, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι οι δυσκολίες και ο πόνος έφεραν τα μέλη πιο κοντά το ένα στο άλλο και συνέβαλλαν στη δημιουργία στενότερων και ουσιαστικότερων σχέσεων μέσα στην οικογένεια.
- 4. Άρνηση:** Ένας ακόμη μηχανισμός άμυνας που υιοθετούν αρκετοί γονείς για να τους βοηθήσει να μην καταρρεύσουν ψυχικά, είναι η άρνηση της κατάστασης του παιδιού τους. Οι γονείς αυτοί δεν μπορούν να αντέξουν τη θλίψη, τον πόνο και τις τύψεις και προτιμούν να συνεχίσουν να ζουν στις ψευδαισθήσεις τους, αφού η αποδοχή της πραγματικότητας είναι σκληρή και δεν μπορούν να την αντέξουν.

Όσον αφορά τη στάση του ίδιου του παιδιού με νοητικά προβλήματα, φαίνεται να εξαρτάται από την άποψη που έχει σχηματίσει το άτομο για την κατάστασή του. Για παράδειγμα, αν το άτομο βιώνει την ασθένειά του ως «καταδίκη», τότε είναι σχεδόν βέβαιο ότι δεν θα ενδιαφέρεται πλέον να συμμετάσχει σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες, θα γίνει επιθετικό, θα κλειστεί στον εαυτό του και δεν θα κάνει καμία προσπάθεια για να βελτιώσει τη κατάστασή του.

Σύμφωνα με τον Jansen (1975), υπάρχουν τρία είδη στάσεων των ατόμων με νοητικά προβλήματα απέναντι στην «ασθένεια τους»:

- Ενταγμένη στάση : συναισθηματική και ορθολογική επεξεργασία της νοητικής υστέρησης, θετική στάση, αποδοχή
- Αμφιθυμική στάση: μεικτά συναισθήματα, στάση ούτε θετική, αλλά ούτε και αρνητική
- Μη ενταγμένη στάση: έλλειψη συναισθηματικής και/ή ορθολογικής επεξεργασίας της κατάστασης, αρνητική σχέση, μη αποδοχή

Συμπερασματικά, η στάση της οικογένειας και η στάση του ατόμου με νοητικά προβλήματα είναι αλληλένδετες. Συνεπώς, η στάση και η συμπεριφορά του οικογενειακού περιβάλλοντος του ατόμου με νοητική υστέρηση θα πρέπει να είναι υποστηρικτική, να κατανοεί τις ανάγκες και τις ικανότητες του ατόμου, να το επιβραβεύει και να του αφήνει περιθώρια αυτονομίας και ελευθερίας επιλογών μέσα σε κάποια πλαίσια. Μόνο έτσι μπορεί το άτομο να αναπτύξει και να διαμορφώσει μία υγιή προσωπικότητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Σκοπός της έρευνας

Ο γενικός σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο που θα συσχετίζει τα κοινωνικοψυχολογικά χαρακτηριστικά των γονιών με παιδιά με χρόνια νοητικά νοσήματα με την ποιότητα ζωής. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα θα αναδείξουν τα ζητήματα που θα απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έτσι ώστε να προβούν στη λήψη μέτρων που θα προάγουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού των γονιών με παιδιά που πάσχουν από χρόνια νοητικά προβλήματα και που θα προλαμβάνουν την εμφάνιση των επιπτώσεων της υποβάθμισης της ποιότητας ζωής, προάγοντας έτσι την γενικότερη ευημερία του ενήλικου πληθυσμού.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που θα μελετηθούν στα πλαίσια της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι:

- Ο έλεγχος της υπόθεσης ότι οι γονείς των παιδιών με χρόνια προβλήματα υγείας και αναπηρίες έχουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας.
- Ο έλεγχος της συσχέτισης της δυσπροσαρμοστικότητας των γονέων που έχουν παιδιά με νοητικά προβλήματα με χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής.

### 3.2 Δείγμα και μέθοδος

Η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα έρευνας στα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας και πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο του 2018 έως και τον Ιούνιο του 2018.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης είναι οι γονείς παιδιών με νοητικά προβλήματα από την ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας. Στο σύνολο το δείγμα το συμμετεχόντων αποτελείται από 85 άτομα που διαθέτουν παιδί με νοητικά προβλήματα και από αυτά τα 51 άτομα ήταν γυναίκες με ποσοστό 40.0% και τα 34 άτομα ήταν άνδρες με ποσοστό 40.0%.

Τα άτομα που συμμετέχουν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του).

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα συμπληρώσουν οι συμμετέχοντες είναι:

- Κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς
- Κλίμακα αξιολόγησης της Συγχώρησης
- Κλίμακα της αυτό- συμπόνιας (SCS)
- Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας SF- 36
- Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)

### 3.3 Περιγραφική Ανάλυση

*Πίνακας 1 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση για την ηλικία*

	Min	Max	Mean	SD
Ηλικία	36	74	51.8	8.3

Αναφορικά με την ηλικία, η ελάχιστη τιμή του δείγματος ήταν τα 36 έτη, η μέγιστη τιμή τα 74 έτη, η μέση τιμή 51.8 έτη και η τυπική απόκλιση 8.3 έτη.

Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα περιγραφικών στοιχείων δείγματος

[DN1]

		N	%
Φύλο	Άνδρας	34	40.0%
	Γυναίκα	51	60.0%
	Σύνολο	85	100.0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	1	1.2%
	Έγγαμος	83	97.6%
	Διαζευγμένος	1	1.2%
	Χήρος	0	0.0%
	Σύνολο	85	100.0%
Τόπος διαμονής	Χωριό/κωμόπολη	18	24.7%
	πόλη < 150.000 κατοίκους	17	23.3%
	πόλη > 150.000 κατοίκους	38	52.1%
	Σύνολο	73	100.0%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	2	2.4%
	Απόφοιτος Δημοτικού	9	10.7%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	20	23.8%
	Απόφοιτος Λυκείου	26	31.0%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	22	26.2%
	Μεταπτυχιακά	5	6.0%
	Σύνολο	84	100.0%

Σε ότι αφορά το φύλο των ερωτηθέντων, 51 άτομα ήταν γυναίκες με ποσοστό 40.0% και 34 άτομα ήταν άνδρες με ποσοστό 40.0%. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, σχεδόν όλο το δείγμα των ερωτηθέντων ήταν έγγαμοι με ποσοστό 97.6%, ένα άτομο δήλωσε άγαμο και άλλο ένα διαζευγμένο (ποσοστό 1.2% αντίστοιχα). Σχετικά με τον τόπο διαμονής των ερωτηθέντων, οι περισσότεροι μένουν σε πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους (ποσοστό 52.1%), 18 άτομα ζουν σε χωριό/κωμόπολη (ποσοστό 24.7%) και 17 άτομα ζουν σε πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους με ποσοστό 23.3%. Ακόμη, σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, 2 άτομα είναι αναλφάβητα με ποσοστό 2.4%, 9 άτομα είναι απόφοιτοι δημοτικού με ποσοστό 10.7%, 20 άτομα είναι απόφοιτοι γυμνασίου με ποσοστό 23.8%, 26 άτομα είναι απόφοιτοι λυκείου με ποσοστό 31.0%, 22 άτομα είναι απόφοιτοι

ΑΕΙ/ΤΕΙ με ποσοστό 26.2% και 5 άτομα είναι κάτοχοι μεταπτυχιακών με ποσοστό 6.0%. Σε ότι αφορά την εργασία, 25 άτομα είναι αυτοαπασχολούμενα (ποσοστό 31.6%), 23 άτομα ασχολούνται με τα οικιακά (ποσοστό 29.1%), 20 άτομα είναι δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 25.3%), 10 άτομα απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα (ποσοστό 12.7%) και μόλις ένα άτομο δήλωσε άνεργο (ποσοστό 1.3%).

Πίνακας 3 Συχνότητα και σχετική συχνότητα περιγραφικών στοιχείων δείγματος

[DN3]

		N	%
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	1	1.3%
	Οικιακά	23	29.1%
	Αυτοαπασχολούμενος	25	31.6%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	10	12.7%
	Δημόσιος υπάλληλος	20	25.3%
	Σύνολο	79	100.0%
Έχετε αδέρφια;	Ναι	65	77.4%
	Όχι	19	22.6%
	Σύνολο	84	100.0%
Έχετε αδελφή;	Ναι	43	75.4%
	Όχι	14	24.6%
	Σύνολο	57	100.0%
Έχετε αδελφό;	Ναι	33	60.0%
	Όχι	22	40.0%
	Σύνολο	55	100.0%

Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, 25 άτομα απάντησαν πως είναι αυτοαπασχολούμενα (ποσοστό 31.6%), 23 άτομα πως ασχολούνται με τα οικιακά (ποσοστό 29.1%), 20 άτομα πως είναι δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 25.3%), 10 άτομα πως είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (ποσοστό 12.7%), ενώ μόνο 1 άτομο απάντησε πως είναι άνεργο (ποσοστό 1.3%). Ακολούθησαν ερωτήσεις σχετικά την οικογένεια των ερωτηθέντων με πρώτη την ερώτηση αν έχουν αδέρφια, όπου η



πλειοψηφία απάντησε πως έχει αδέρφια με ποσοστό 77.4% και 19 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν με ποσοστό 22.6%. Συγκεκριμένα, 43 άτομα απάντησαν πως έχουν αδερφή (ποσοστό 24.6%) και 14 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν (ποσοστό 24.6%), ενώ 33 άτομα έχουν αδερφό (ποσοστό 60.0%) και 22 άτομα δεν έχουν (ποσοστό 40.0%).

Πίνακας 4 Συχνότητα και σχετική συχνότητα περιγραφικών στοιχείων δείγματος

[DN4] [DN5]

		N	%
Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	57	93.4%
	Όχι	3	4.9%
	Όχι με όλα	1	1.6%
	Σύνολο	61	100.0%
Έχετε παιδιά;	Ναι	85	100.0%
	Όχι	0	0.0%
	Σύνολο	85	100.0%
Είχατε καλές σχέσεις με τους γονείς σας;	Ναι	78	97.5%
	Όχι με τον πατέρα	2	2.5%
	Όχι με τη μητέρα	0	0.0%
	Σύνολο	80	100.0%

Έπειτα, στην ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;» η πλειοψηφία απάντησε πως έχουν (ποσοστό 93.4%), 3 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν (ποσοστό 4.9%) και μόλις ένα άτομο απάντησε πως δεν έχει καλές σχέσεις με όλα τα αδέρφια του (ποσοστό 1.6%) Όσο αφορά την ερώτηση αν έχουν παιδιά οι ερωτηθέντες, όλο το δείγμα των ερωτηθέντων έχει παιδιά, ενώ δε βρέθηκε ούτε ένας που να μην έχει. Προχωρώντας στις υπόλοιπες ερωτήσεις, διαπιστώθηκε πως οι περισσότεροι είχαν καλές σχέσεις και με τους δύο γονείς (ποσοστό 97.5%) και μόλις 2 άτομα απάντησαν πως δεν είχαν καλές σχέσεις με τον πατέρα (ποσοστό 2.5%).

Πίνακας 5 Συχνότητα και σχετική συχνότητα περιγραφικών στοιχείων δείγματος

[DN6]

		N	%
Σε ποιον μοιάζετε φυσιολογικά;	Πατέρα	44	54.3%
	Μητέρα	35	43.2%
	Και στους δύο	1	1.2%
	Παππού	1	1.2%
	Σύνολο	81	100.0%
Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα;	Πατέρα	50	62.5%
	Μητέρα	28	35.0%
	και στους δύο	2	2.5%
	Σύνολο	80	100%
Σε ποιον έχετε περισσότερη αδυναμία από τα μέλη της οικογένειάς σας;	Γονείς	5	6.5%
	Παιδιά	50	64.9%
	Στο παιδί με το πρόβλημα υγείας	10	13.0%
	Αδέρφια	3	3.9%
	Σε όλους	6	7.8%
	Κανέναν	3	3.9%
	Σύνολο	77	100.0%
Σε ποιον έχετε περισσότερη αδυναμία από τους γονείς σας;	Μητέρα	12	14.5%
	Πατέρα	7	8.4%
	Και με τους δυο	58	69.9%
	Σε κανέναν από τους δυο	6	7.2%
	Σύνολο	83	100.0%

Στην ερώτηση «Σε ποιον μοιάζετε φυσιολογικά;» το μισό δείγμα δήλωσε στον πατέρα με ποσοστό 54.3%, ενώ 35 άτομα απάντησαν στη μητέρα με ποσοστό 43.2%. Ως προς το χαρακτήρα, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε πως μοιάζουν στον πατέρα (ποσοστό 62.5%), 28 άτομα απάντησαν στη μητέρα με ποσοστό 35.0% και μόλις 2 άτομα απάντησαν και στους δύο με ποσοστό 2.5%. Στη συνέχεια, στην ερώτηση «Σε ποιον έχετε περισσότερη αδυναμία από τα μέλη της οικογένειας;» το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται σε όσους απάντησαν στα παιδιά καθώς ήταν 50 άτομα (ποσοστό 64.9%), ακολούθησαν

όσοι απάντησαν στο παιδί με το πρόβλημα υγείας καθώς είναι 10 άτομα (ποσοστό 13.0%) και οι υπόλοιποι κατανέμονται σε αυτούς που απάντησαν στους γονείς, στα αδέρφια, σε όλους και σε κανέναν με αισθητά μικρότερα ποσοστά. Σχετικά με την αδυναμία στο γονέα, οι περισσότεροι απάντησαν και στους δύο με ποσοστό 69.9%. Ακολουθεί η αδυναμία στη μητέρα με ποσοστό 14.5%, μετά στον πατέρα με ποσοστό 8.4% και 6 άτομα δεν έχουν αδυναμία σε κανέναν από τους δύο γονείς με ποσοστό 7.2%.

*Πίνακας 6 Συχνότητα και σχετική συχνότητα περιγραφικών στοιχείων δείγματος*

[DN7]

		N	%
Είναι αγόρι ή κορίτσι;	Αγόρι	45	52.9%
	Κορίτσι	40	47.1%
	Σύνολο	85	100.0%
Ποιο είναι το πρόβλημα υγείας του παιδιού;	Νοητική Υστέρηση	7	33.3%
	Σύνδρομο Down	8	38.1%
	Σύνδρομο Asperger	2	9.5%
	Τετραπληγία	2	9.5%
	Εγκεφαλική Παράλυση	1	4.8%
	Αυτισμός	1	4.8%
	Σύνολο	21	100.0%
Ποιανού το όνομα έχει;	Παππού	30	39.0%
	Γιαγιά	15	19.5%
	Ταγμένο σε Άγιο	27	35.1%
	Κανενός	3	3.9%
	Άλλο	2	2.6%
	Σύνολο	77	100.0%

Συνεχίζοντας, με βάση τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούν το παιδί το οποίο έχει πρόβλημα υγείας, το μισό μας δείγμα έχει αγόρι (ποσοστό 52.9%) και το άλλο μισό κορίτσι (ποσοστό 47.1%). Όσο αφορά το πρόβλημα υγείας του παιδιού, ένα ποσοστό της τάξεως του 38.1% δήλωσε πως έχει σύνδρομο Down, στη συνέχεια νοητική υστέρηση (ποσοστό 33.3%),

ακολούθησαν όσοι απάντησαν σύνδρομο Asperger και τετραπληγία (ποσοστό 9.5%) και τέλος, όσοι απάντησαν εγκεφαλική παράλυση και αυτισμό (ποσοστό 4.8%). Σχετικά με το όνομα του παιδιού, το μεγαλύτερο ποσοστό συγκέντρωσαν όσοι έδωσαν το όνομα του παππού (ποσοστό 39.0%), ακολούθησαν όσοι έδωσαν το όνομα Αγίου ή Αγίας (ποσοστό 35.1%) και στη συνέχεια το όνομα της γιαγιάς (ποσοστό 19.5%). Στην ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;» τα μικρότερα ποσοστά συγκεντρώθηκαν σε όσους απάντησαν πολύ βαριά και σε αρχικά στάδια.

Πίνακας 7 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των HFS score

	Min	Max	Mean	SD
Συγχώρεση του εαυτού	19	42	31	6
Συγχώρεση των άλλων	16	42	29	7
Συγχώρεση καταστάσεων	16	42	29	7
Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας	58	126	90	16

Όσον αφορά τα score των υποκλιμάκων της κλίμακας αξιολόγησης της Συγχώρεσης (HFS), η υποκλίμακα Συγχώρεση του εαυτού έχει μέση τιμή 31 και τυπική απόκλιση 6, ενώ η Συγχώρεση των άλλων και η Συγχώρεση καταστάσεων έχουν μέση τιμή 29 και τυπική απόκλιση 7. Τέλος, η συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας έχει μέση τιμή 90 και τυπική απόκλιση 16.

Πίνακας 2 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των score του SCS

	Min	Max	Mean	SD
Συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας	2.385	4.538	3.405	.525

Σχετικά με το SCS score, η συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας παρουσιάζει μέση τιμή 3.405 και τυπική απόκλιση 0.525.

Πίνακας 3 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των score του SCL-90

	Max	Mean	SD
Σωματοποίηση	36.0	10.9	10.4
Ιδεοψυχαναγκασμός	34.0	10.2	8.1
Διαπροσωπική ευαισθησία	29.0	8.7	7.8
Κατάθλιψη	43.0	13.6	10.8
Άγχος	34.0	8.2	9.0
Επιθετικότητα	19.0	4.9	5.1
Φοβικό άγχος	21.0	4.7	6.5
Παρανοειδής ιδεασμός	18.0	6.3	4.9
Ψυχωτισμός	27.0	7.4	8.0
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	3.1	0.9	0.8
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	3.3	1.7	0.5
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	90.0	44.0	30.1
Διαταραχές ύπνου: Αϋπνία	4.0	0.8	1.1
Διαταραχές ύπνου: Πρωινή αφύπνιση	4.0	1.7	1.1
Διαταραχές ύπνου: Ανησυχία	4.0	1.2	1.1
Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ανορεξία	4.0	0.6	1.0
Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Βουλιμία	4.0	1.3	1.2
Σκέψεις θανάτου	4.0	0.7	1.1
Ενοχή	3.0	0.9	1.1

Αναφορικά με το SCL-90 score, στην υποκλίμακα Σωματοποίηση η μέση τιμή είναι 11 και η τυπική απόκλιση 10, στον Ιδεοψυχαναγκασμό η μέση τιμή είναι 10 και η τυπική απόκλιση 8 και στην Διαπροσωπική ευαισθησία η μέση τιμή είναι 9 και η τυπική απόκλιση 8. Στη συνέχεια, η υποκλίμακα Κατάθλιψη έχει μέση τιμή 14 και τυπική απόκλιση 11, το Άγχος έχει μέση τιμή 8 και τυπική απόκλιση 9, η Επιθετικότητα έχει μέση τιμή 5 και τυπική απόκλιση 5 και το Φοβικό άγχος έχει μέση τιμή 5 και τυπική απόκλιση 6. Παρατηρούμε ότι ο Παρανοειδής ιδεασμός έχει μέση τιμή 6 και τυπική απόκλιση 5, ο Ψυχωτισμός έχει μέση τιμή 7 και τυπική απόκλιση 8, ενώ ο Γενικός δείκτης συμπτωμάτων έχει μέση τιμή 0.9 και τυπική απόκλιση 0.8. Στον Δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων η μέση τιμή είναι 1.7 και η τυπική απόκλιση 0.5 και στο Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων η μέση τιμή είναι 44 και η τυπική

απόκλιση 30. Όσον αφορά τις υποκλίμακες Διαταραχές του ύπνου, η Αϋπνία και η Ανησυχία έχουν μέση τιμή 1 και τυπική απόκλιση 1, ενώ η Πρωινή αφύπνιση έχει μέση τιμή 2 και τυπική απόκλιση 1. Ακόμη, στις Διαταραχές πρόσληψης τροφής, η Ανορεξία και η Βουλιμία έχουν μέση τιμή 1 και τυπική απόκλιση 1, όπως και οι υποκλίμακες Σκέψεις θανάτου και Ενοχή.

*Πίνακας 4 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των Score loneliness*

	Min	Max	Mean	SD
Συναισθηματική μοναξιά	0.00	6.00	2.05	2.24
Κοινωνική μοναξιά	0.00	5.00	2.35	1.45
Σύνολο μοναξιάς	0.00	11.00	4.40	3.00

Στο Score loneliness, η υποκλίμακα Συναισθηματική μοναξιά έχει μέση τιμή 2.0 και τυπική απόκλιση 2.2, η Κοινωνική μοναξιά έχει μέση τιμή 2.3 και τυπική απόκλιση 1.4 και η Συνολική βαθμολογία της μοναξιάς έχει μέση τιμή 4.4 και τυπική απόκλιση 3.

Πίνακας 5 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των score του CD-RISC

[DN8]

	Min	Max	Mean	SD
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή	34.4	100.0	68.8	18.6
Εμπιστοσύνη	14.3	100.0	67.1	18.4
Θετική αποδοχή	20.0	100.0	66.8	16.6
Έλεγχος	33.3	100.0	69.8	19.2
Πνευματικές επιδράσεις	0.0	100.0	72.9	20.3
Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας	27.6	99.3	69.1	16.1

Όσον αφορά το CD-RISC score, στην υποκλίμακα Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή η μέση τιμή είναι 68.8 και η τυπική απόκλιση 18.6, στην Εμπιστοσύνη η μέση τιμή είναι 67.1 και η τυπική απόκλιση 18.4 και στην Θετική αποδοχή η μέση τιμή είναι 66.8 και η τυπική απόκλιση 16.6. Επίσης, στην υποκλίμακα Έλεγχος η μέση τιμή είναι 69.8 και η τυπική απόκλιση 19.2, στην υποκλίμακα Πνευματικές επιδράσεις η μέση τιμή είναι 72.9 και η τυπική απόκλιση 20.3 και στη Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας η μέση τιμή είναι 69.1 και η τυπική απόκλιση 16.1.



### 3.4 Επαγωγική Ανάλυση

Πίνακας 6 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης με τον τόπο διαμονής

[DN9]		Σωματοποίηση	Ιδεοψυχαναγκασμός	Διαπροσωπική ευαισθησία	Κατάθλιψη	Άγχος	Επιθετικότητα
Τόπος διαμονής	Correlation Coefficient	-,406**	-,339**	-,266*	-,266*	-,354**	-,403**
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.023	.023	.002	.000
	N	73	73	73	73	73	73
		Φοβικό άγχος	Παρανοειδής ιδεασμός	Ψυχωπισμός	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων
Τόπος διαμονής	Correlation Coefficient	-,342**	-,340**	-,312**	-,322**	-,252*	-,368**
	Sig. (2-tailed)	.003	.003	.007	.005	.032	.001
	N	73	73	73	73	73	73
		Διαταραχές ύπνου: Αϋπνία	Διαταραχές ύπνου: Ανησυχία	Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ανορεξία	Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Βουλιμία	Σκέψεις θανάτου	Ενοχή
Τόπος διαμονής	Correlation Coefficient	-,439**	-,294*	-,475**	-,159	-,370**	-,329**
	Sig. (2-tailed)	.000	.012	.000	.178	.001	.004
	N	73	73	73	73	73	73
		Συναισθηματική μοναξιά	Κοινωνική μοναξιά	Σύνολο μοναξιάς	Θετική αποδοχή	Πνευματικές επιδράσεις	Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας
Τόπος διαμονής	Correlation Coefficient	-,336**	-,243*	-,357**	,306**	,277*	,236*
	Sig. (2-tailed)	.004	.038	.002	.009	.018	.044
	N	73	73	73	73	73	73

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω ελέγχου συσχέτισης βλέπουμε ότι υπάρχει συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση μεταξύ του τόπου διαμονής και των υποκλιμάκων Σωματοποίηση, Ιδεοψυχαναγκασμός, Διαπροσωπική ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Επιθετικότητα, Φοβικό άγχος, Παρανοειδής ιδεασμός, Ψυχωτισμός, Γενικός δείκτης συμπτωμάτων, Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων, Διαταραχές ύπνου: Αϋπνία, Διαταραχές ύπνου: Ανησυχία, Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ανορεξία, Σκέψεις θανάτου, Ενοχή, Συναισθηματική μοναξιά, Κοινωνική μοναξιά και Σύνολο μοναξιάς. Αντιθέτως, υπάρχει συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στον τόπο διαμονής και τις υποκλίμακες Πνευματικές επιδράσεις, Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας.

Πίνακας 7 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Έχετε αδελφή;»

Έχετε αδελφή;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματοποίηση	Ναι	43	10.84	10.554	2.343	55	.023
	Όχι	14	4.00	4.540			
Ιδεοψυχαναγκασμός	Ναι	43	10.12	8.235	2.164	55	.035
	Όχι	14	5.14	4.111			
Διαπροσωπική ευαισθησία	Ναι	43	8.77	8.035	2.231	55	.030
	Όχι	14	3.79	3.766			
Κατάθλιψη	Ναι	43	14.37	11.986	2.440	55	.018
	Όχι	14	6.29	5.150			
Άγχος	Ναι	43	8.26	9.238	2.423	55	.019
	Όχι	14	2.14	2.931			
Επιθετικότητα	Ναι	43	4.88	5.215	1.045	55	.301
	Όχι	14	3.29	4.084			
Φοβικό άγχος	Ναι	43	4.63	6.655	2.049	55	.045
	Όχι	14	.93	1.592			
Παρανοειδής ιδεασμός	Ναι	43	6.33	4.804	2.158	55	.035
	Όχι	14	3.36	3.153			
Ψυχωτισμός	Ναι	43	7.23	7.883	2.288	55	.026
	Όχι	14	2.29	2.840			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Ναι	43	.913437	.8037411	2.358	55	.022
	Όχι	14	.392857	.3000667			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Ναι	43	1.729687	.5230762	2.467	55	.017
	Όχι	14	1.358631	.3560300			
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Ναι	43	42.84	28.529	2.092	55	.041
	Όχι	14	25.64	19.751			

Όσον αφορά την ερώτηση «Έχετε αδελφή;» παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Σωματοποίηση, Ιδεοψυχαναγκασμός, Διαπροσωπική ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Φοβικό άγχος, Παρανοειδής ιδεασμός, Ψυχωτισμός, Γενικός δείκτης συμπτωμάτων, Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων και Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων. Οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0.023, 0.035, 0.03, 0.018, 0.019, 0.045, 0.035, 0.026, 0.022, 0.017 και 0.041.

Πίνακας 8 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Έχετε αδελφό;»

Έχετε αδελφό;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματοποίηση	Ναι	33	6.21	6.446	-2.382	53	.021
	Όχι	22	12.27	12.341			
Ιδεοψυχαναγκασμός	Ναι	33	7.03	5.417	-1.853	53	.069
	Όχι	22	10.82	9.723			
Διαπροσωπική ευαισθησία	Ναι	33	5.94	6.800	-1.513	53	.136
	Όχι	22	8.95	7.859			
Κατάθλιψη	Ναι	33	9.82	9.495	-1.772	53	.082
	Όχι	22	15.18	12.953			
Άγχος	Ναι	33	4.09	4.965	-2.452	53	.018
	Όχι	22	9.36	10.790			
Επιθετικότητα	Ναι	33	3.30	3.678	-1.725	53	.090
	Όχι	22	5.55	5.974			
Φοβικό άγχος	Ναι	33	1.91	3.948	-2.323	53	.024
	Όχι	22	5.45	7.340			
Παρανοειδής ιδεασμός	Ναι	33	5.06	4.408	-0.769	53	.445
	Όχι	22	6.05	5.000			
Ψυχωτισμός	Ναι	33	3.55	4.590	-2.729	53	.009
	Όχι	22	8.41	8.584			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Ναι	33	.577104	.5066300	-2.151	53	.036
	Όχι	22	.992424	.9223107			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Ναι	33	1.554844	.4303345	-1.232	53	.223
	Όχι	22	1.728344	.6148029			
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Ναι	33	31.52	22.214	-1.887	53	.065
	Όχι	22	44.91	30.427			

Όσον αφορά την ερώτηση «Έχετε αδελφό;» παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Σωματοποίηση, Άγχος, Φοβικό άγχος, Ψυχωτισμός και Γενικός δείκτης συμπτωμάτων, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0.021, 0.018, 0.024, 0.009 και 0.036.

Πίνακας 9 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για τις σχέσεις με τα αδέρφια

		N	Mean	SD	F	Sig.
Επιθετικότητα	Ναι	57	4.30	4.675	4.607	.014
	Όχι	3	9.33	4.619		
	Όχι με όλα	1	16.00			
	Total	61	4.74	4.946		
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Ναι	57	39.18	28.162	3.325	.043
	Όχι	3	81.33	13.279		
	Όχι με όλα	1	33.00			
	Total	61	41.15	28.839		

Σύμφωνα με την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;» τα αποτελέσματα του ελέγχου F-test έδειξαν ότι παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα Επιθετικότητα με p-τιμή 0.014 και στην υποκλίμακα Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων με p-τιμή 0.043.

Πίνακας 10 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα *t*-test για την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τους γονείς»

		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματοποίηση	Ναι	78	9.9	10.1	-2.584	78.000	0.012
	Όχι με τον πατέρα	2	28.5	6.4			
	Total	80	10.4	10.4			
Ιδεοψυχαναγκασμός	Ναι	78	9.5	8.0	-2.196	78.000	0.031
	Όχι με τον πατέρα	2	22.0	1.4			
	Total	80	9.8	8.1			
Κατάθλιψη	Ναι	78	12.6	10.3	-2.296	78.000	0.024
	Όχι με τον πατέρα	2	29.5	10.6			
	Total	80	13.0	10.6			
Άγχος	Ναι	78	7.3	8.6	-2.905	78.000	0.005
	Όχι με τον πατέρα	2	25.0	5.7			
	Total	80	7.7	8.9			
Επιθετικότητα	Ναι	78	4.5	4.9	-2.271	78.000	0.026
	Όχι με τον πατέρα	2	12.5	7.8			
	Total	80	4.7	5.0			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Ναι	78	0.8	0.8	-2.246	78.000	0.028
	Όχι με τον πατέρα	2	2.1	0.7			
	Total	80	0.9	0.8			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Ναι	78	1.6	0.5	-2.381	78.000	0.020
	Όχι με τον πατέρα	2	2.5	0.3			
	Total	80	1.7	0.5			
Ενοχή	Ναι	78	0.8	1.0	-3.105	78.000	0.003
	Όχι με τον πατέρα	2	3.0	0.0			
	Total	80	0.9	1.0			

Με βάση την ερώτηση «Είχατε καλές σχέσεις με τους γονείς σας;» παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Σωματοποίηση, Ιδεοψυχαναγκασμός, Κατάθλιψη, Άγχος, Επιθετικότητα, Γενικός δείκτης συμπτωμάτων, Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων και Ενοχή. Οι αντίστοιχες *p*-τιμές είναι 0.012, 0.031, 0.024, 0.005, 0.026, 0.028 και 0.02 και 0.003.

Πίνακας 11 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης με τα χρόνια ασθένειας

		Συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας	Ιδεοψυχαναγκασμός	Διαπροσωπική ευαισθησία	Άγχος	Επιθετικότητα	Φοβικό άγχος
Πόσα χρόνια ασθενεί ;	Pearson Correlation	.223*	-.261*	-.234*	-.257*	-.264*	-.235*
	Sig. (2-tailed)	.043	.017	.033	.019	.016	.033
	N	83	83	83	83	83	83

Πίνακας 12 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης με τα χρόνια ασθένειας

		Παρανοειδής ιδεασμός	Ψυχωτισμός	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Θετική αποδοχή
Πόσα χρόνια ασθενεί;	Pearson Correlation	-.230*	-.271*	-.236*	-.234*	.247*
	Sig. (2-tailed)	.036	.013	.032	.034	.024
	N	83	83	83	83	83

Τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης στην ερώτηση «Πόσα χρόνια ασθενεί;» έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας, Ιδεοψυχαναγκασμός, Διαπροσωπική ευαισθησία, Άγχος, Επιθετικότητα, Φοβικό άγχος, Παρανοειδής ιδεασμός, Ψυχωτισμός, Γενικός δείκτης συμπτωμάτων, Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και Θετική αποδοχή. Οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0.043, 0,017, 0,033, 0.019, 0.016, 0.033, 0.036, 0.013, 0.032, 0.034 και 0.024. Ανάμεσα στα χρόνια ασθένειας και στις υποκλίμακες Συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας, Θετική αποδοχή υπάρχει θετική συσχέτιση, ενώ στις άλλες υποκλίμακες αρνητική.

Πίνακας 13 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης με την ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;»

		Συγχώρεση του εαυτού	Συγχώρεση των άλλων	Συγχώρεση καταστάσεων	Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας	Σωματοποίηση	Ιδεοψυχαναγκασμός	Διαπροσωπική ευαισθησία
Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;	Correlation Coefficient	-,301**	-,256*	-,256*	-,310**	,407**	,482**	,421**
	Sig. (2-tailed)	.006	.020	.020	.004	.000	.000	.000
	N	83	83	83	83	84	84	84

Από τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης, παρατηρούμε ότι υπάρχει συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;» και τις υποκλίμακες Συγχώρεση του εαυτού, Συγχώρεση των άλλων, Συγχώρεση καταστάσεων, Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας. Αντιθέτως, υπάρχει συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;» και τις υποκλίμακες Σωματοποίηση, Ιδεοψυχαναγκασμός και Διαπροσωπική ευαισθησία.



Πίνακας 14 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης με την ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;»

		Κατάθλιψη	Άγχος	Επιθετικότητα	Φοβικός άγχος	Παρανοειδής ιδεασμός	Ψυχωτισμός	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων
Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;	Correlation Coefficient	,386**	,483**	,373**	,429**	,484**	,456**	,452**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84

Από τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης, παρατηρούμε ότι υπάρχει συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;» και τις υποκλίμακες Κατάθλιψη, Άγχος, Επιθετικότητα, Φοβικός άγχος, Παρανοειδής ιδεασμός, Ψυχωτισμός, Γενικός δείκτης συμπτωμάτων.

Πίνακας 15 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης με την ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;»

		Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Διαταραχές ύπνου: Αϋπνία	Διαταραχές ύπνου: Ανησυχία	Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ανορεξία	Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Βουλιμία	Σκέψεις θανάτου
Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;	Correlation Coefficient	,234*	,512**	,386**	,259*	,478**	,234*	,405**
	Sig. (2-tailed)	.032	.000	.000	.017	.000	.032	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84

Από τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης, παρατηρούμε ότι υπάρχει συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;» και τις υποκλίμακες Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων, Διαταραχές ύπνου: Αϋπνία, Διαταραχές ύπνου: Ανησυχία, Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ανορεξία, Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Βουλιμία, Σκέψεις θανάτου.

*Πίνακας 16 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης με την ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;»*

		Ενοχή	Συναισθηματική μοναξιά	Σύνολο μοναξιάς	Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή	Πνευματικές επιδράσεις	Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας
Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;	Correlation Coefficient	,480**	,293**	,263*	-,245*	-,295**	-,268*
	Sig. (2-tailed)	.000	.007	.016	.025	.006	.014
	N	84	84	84	84	84	84

Από τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης, παρατηρούμε ότι υπάρχει συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;» και τις υποκλίμακες Ενοχή, Συναισθηματική μοναξιά, Σύνολο μοναξιάς. Αντιθέτως υπάρχει συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;» και τις υποκλίμακες Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή, Πνευματικές επιδράσεις και Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας.

Πίνακας 17 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για τις σχέσεις με τα αδέρφια

		N	Mean	SD	F	Sig.
Συναισθηματική μοναξιά	Ναι	57	1.7895	2.18548	3.970	.024
	Όχι	3	5.3333	.57735		
	Όχι με όλα	1	1.0000			
	Total	61	1.9508	2.25408		
Σύνολο μοναξιάς	Ναι	57	3.9123	2.95973	4.348	.017
	Όχι	3	9.0000	1.73205		
	Όχι με όλα	1	5.0000			
	Total	61	4.1803	3.08495		

Στα score των υποκλιμάκων της κλίμακας αξιολόγησης της Μοναξιάς με βάση την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;» παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Συναισθηματική μοναξιά και Σύνολο μοναξιάς με αντίστοιχες p-τιμές 0.024 και 0.017.

Πίνακας 18 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Είναι αγόρι ή κορίτσι;»

Είναι αγόρι ή κορίτσι;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συναισθηματική μοναξιά	Αγόρι	45	2.53	2.341	2.168	83	.033
	Κορίτσι	40	1.50	2.013			

Όσον αφορά τα score των υποκλιμάκων της κλίμακας αξιολόγησης της Μοναξιάς με βάση την ερώτηση «Είναι αγόρι ή κορίτσι;» παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα Συναισθηματική μοναξιά με p-τιμή 0.033.

Πίνακας 19 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Είναι αγόρι ή κορίτσι;»

Είναι αγόρι ή κορίτσι;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή	Αγόρι	45	64.86	18.657	-2.084	83	.040
	Κορίτσι	40	73.13	17.774			

Τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου t-test έδειξαν ότι με βάση την ερώτηση «Είναι αγόρι ή κορίτσι;» παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή, καθώς η p-τιμή είναι 0.04.

## Κεφάλαιο 4

### 4.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η παρούσα μελέτη είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς περιλαμβάνει τη σύγκριση των κοινωνικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των γονιών που έχουν παιδιά με χρόνια νοσήματα, με τις συνέπειες που έχουν αυτά στην ποιότητα ζωής των γονέων.

Όσον αφορά τα score των υποκλιμάκων της κλίμακας αξιολόγησης της Συγχώρεσης (HFS), φαίνεται ότι οι γονείς με παιδιά με νοητικά προβλήματα συγχωρούν ευκολότερα τον εαυτό τους σε σχέση με τους άλλους ή σε σχέση με τις καταστάσεις που βιώνουν.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχέτισης στην ερώτηση «Πόσα χρόνια ασθενεί;» έδειξαν ότι υπάρχει μεταξύ των χρόνων που ασθενεί το παιδί και της αυτοσυμπόνιας, της Επιθετικότητας, του Φοβικού άγχους, και της θετικής αποδοχής των γονέων. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι όσο πιο άρρωστο θεωρούν οι γονείς ότι είναι το παιδί τους, δηλαδή όσο σοβαρότερα προβλήματα θεωρούν ότι έχει, τόσο πιο δύσκολα συγχωρούν τον εαυτό τους, τους άλλους, αλλά και τις καταστάσεις. Αντίθετα, φαίνεται ότι όσο πιο άρρωστο θεωρούν το παιδί τους, τόσο αυξάνονται τα επίπεδα του ιδεοψυχαναγκασμού και της διαπροσωπικής ευαισθησίας.

Οι στατιστικοί έλεγχοι έδειξαν επίσης ότι όσο πιο άρρωστο θεωρούν οι γονείς το παιδί τους, τόσο αυξάνονται και τα συναισθήματα κατάθλιψης, άγχους, επιθετικότητα και φοβικού άγχους, όπως είναι αναμενόμενο. Στην ίδια ερώτηση τα αποτελέσματα έδειξαν θετική συσχέτιση ανάμεσα στη σοβαρότητα της κατάστασης του παιδιού και των συμπτωμάτων όπως: διαταραχές ύπνου, αϋπνία, ανησυχία, διαταραχές πρόσληψης τροφής, (ανορεξία, βουλιμία), σκέψεις θανάτου.

Τέλος, από τα αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης, παρατηρούμε ότι όταν οι γονείς θεωρούν ότι η κατάσταση του παιδιού τους είναι σοβαρή, τότε νοιώθουν πιο έντονα ενοχή και συναισθηματική μοναξιά. Αντίθετα, υπάρχει συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση ανάμεσα στις υποκλίμακες Προσωπική

ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή, Πνευματικές επιδράσεις και Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας.

Όσον αφορά τη μοναξιά αποδεικνύεται ότι τα άτομα που δεν έχουν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους, έχουν υψηλά επίπεδα συνολικής μοναξιάς. Επίσης, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα και συναισθηματικής μοναξιάς.

Διαφοροποίηση φαίνεται να υπάρχει στα επίπεδα μοναξιάς ανάλογα με το αν το παιδί είναι αγόρι ή κορίτσι. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι τα αγόρια παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς σε σχέση με τα κορίτσια. Αντίθετα, φαίνεται ότι τα κορίτσια έχουν περισσότερες προσωπικές ικανότητες, υψηλότερα πρότυπα και περισσότερες αντοχές.

## **4.2 Περιορισμοί έρευνας**

Η παρούσα έρευνα ανεξάρτητα από τη σημαντικότητά της παρουσιάζει και ορισμένους περιορισμούς που σε επόμενη έρευνα θα μπορούσαν να βελτιωθούν. Ο σημαντικότερος περιορισμός είναι πως η διεξαγωγή αποτελεσμάτων έγινε με ποσοτικές μεθόδους. Σε ένα επόμενο στάδιο θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί και με ποιοτικές μεθόδους στατιστικής ανάλυσης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Piaget, J. (1986), Η ψυχολογία της νοημοσύνης, (Μτφ. Βέλτσου, Ε.), Καστανιώτης, σελ. 20-21.
- [2] Καψάλης, Α.(2000), Παιδαγωγική ψυχολογία, Κυριακίδη, Γ' έκδοση, Θεσσαλονίκη.
- [3] Harris, J. C. (1995). *Developmental Neuropsychiatry*. New York: Oxford University Press.
- [4] Καστανιάς, Θ.Β., Δούδα, Ε.Θ., Μπάτσιου Σ.Α. & Τοκμακίδης, Σ.Π. (2015). Επισκόπηση της υγείας και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε γονείς ατόμων με νοητική υστέρηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2015, 32(3):318-327.
- [5] The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- [6] Olsson, MB. & Hwang, CP. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45:535–543
- [7] Hedov, G, Annerén, G. & Wikblad, K. (2000). Self-perceived health in Swedish parents of children with Down's syndrome. *Quality of Life Research*, 9:415–422.
- [8] Seltzer, MM, Greenberg, JS, Floyd, FJ, Pettee Y. & Hong J. (2001). Life course impacts of parenting a child with a disability. *American Journal of Mental Retardation* 2001, 106:265–286.
- [9] Τσιάντης, Γ. (1996). Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας, Τεύχος Β'. Αθήνα: Καστανιώτης.
- [10] Αλμπάνη, Ε. Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Ε., Κατσάνος, Κ.Χ., Χατζηγεωργίου, Γ., Γιάγκου, Ε. & Σκουτέλης, Δ. (2014). Ψυχολογικά χαρακτηριστικά γονέων με παιδιά που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2014, 31(5):519-533.

[11] Moes, D, Koegel, RL, Schreibman, L. & Loos, LM. (1992). Stress profiles for mothers and fathers of children with autism. *Psychol Rep*, 71:1272–1274.

[12] Dellve L, Samuelson L, Tallborn A, Fasth A, Hallberg LR. (2006), Stress and well-being among parents of children with rare diseases: A prospective intervention study. *J Adv Nurs*, 53:392–402.

[13] Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (1998). Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

[14] Κρουσταλάκης, Γ. (2005). Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες. Αθήνα : Κρουσταλάκης.

[15] Egg, M. (1972). Η αγωγή του καθυστερημένου παιδιού. Ηράκλειο.

[16] Ζάρναρη, Ο. (1975). «Στάσεις και προβλήματα γονέων καθυστερημένων παιδιών», Εκλογή, τ. 36.

Μέντης, Μ., Κοτρώτσιου, Ε., Αγγελόπουλος, Ν.Β., Κοντονή, Κ., Πέππου, Λ., Οικονόμου, Μ., Γκούβα, Μ., Τσιουρή, Ι. & Μουζάς, Ο.Δ. (2012). Προβλήματα Υγείας σε Οικογένειες με Ψυχωτικό Μέλος, 4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ.(2012): Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

[