



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

**"Συμβουλευτική Ψυχολογία & Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την
Εκπαίδευση & την Υγεία"**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Τύποι χιούμορ και η σχέση τους με την ψυχική ανθεκτικότητα
και ψυχική υγεία των εφήβων που διαμένουν σε Στέγες
Προστασίας Παιδιού**

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Σπύρου Γεωργία – Μαρία

**Μέλη τριμελούς επιτροπής: Κλεφτάρας Γεώργιος, Καθηγητής (επιβλέπων)
Βλάχου Αναστασία, Καθηγήτρια
Σταυρούση Παναγιώτα, Επίκουρη Καθηγήτρια**

Βόλος, 2021

Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Η Γεωργία - Μαρία Σπύρου, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Τύποι χιούμορ και η σχέση τους με την ψυχική ανθεκτικότητα και ψυχική υγεία των εφήβων που διαμένουν σε Στέγες Προστασίας Παιδιού» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/ και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

Γεωργία - Μαρία Σπύρου

Περίληψη

Το χιούμορ αποτελεί έναν πολυπαραγοντικό όρο που αναπαριστά οτιδήποτε μπορεί να λεχθεί ή ναπραχθεί από τους ανθρώπους, προκαλώντας ευθυμία. Μια από τις θετικές λειτουργίες του χιούμορ είναι η δράση του ως μηχανισμός αντιμετώπισης μιας απειλής ή μιας αγχωτικής κατάστασης. Τα παιδιά που έχουν απομακρυνθεί από το οικογενειακό περιβάλλον εξαιτίας της ακαταλληλότητάς του να τα αναθρέψει, βιώνουν μια σειρά αντίξοων συνθηκών που δυνητικά προκαλούν ευκαιρίες ανάπτυξης ψυχικής ανθεκτικότητας για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας. Σκοπός της προκειμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης που μπορεί να έχει το χιούμορ και οι τύποι του με την ψυχική ανθεκτικότητα και υγεία των εφήβων που ζουν σε Κέντρα Προστασίας Παιδιού. Επιμέρους στόχοι ήταν η εξέταση των τύπων χιούμορ και των παραγόντων της ψυχικής ανθεκτικότητας ως προγνωστικοί παράγοντες της ψυχικής υγείας και η σχέση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, έτη διαμονής σε Δομή) στις μεταβλητές αυτές. Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων ήταν το «Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ» για παιδιά, η «Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας» και το «Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας». Το δείγμα περιελάμβανε 71 εφήβους που διαμένουν σε Δομές Φιλοξενίας και 99 εφήβους που ζουν με τις οικογένειές τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι έφηβοι με χαμηλό επίπεδο ψυχικής υγείας της πρώτης ομάδας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, διέφεραν στους προσαρμοστικούς τύπους χιούμορ σκοράροντας πιο χαμηλά, ενώ η υποστήριξη από το σχολείο ήταν πιο έντονη. Όσον αφορά τις διαφορές που προέκυψαν στους εφήβους με υψηλό επίπεδο ψυχικής υγείας, οι έφηβοι που μεγαλώνουν στο οικογενειακό περιβάλλον έδειξαν να έχουν υψηλότερο προσαρμοστικό χιούμορ και να θέτουν περισσότερους στόχους για το μέλλον. Επίσης, το μη προσαρμοστικό χιούμορ φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την κακή ψυχική υγεία, ενώ θετική ήταν και η σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας με την καλή ψυχική υγεία. Τέλος, οι τύποι χιούμορ και οι παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορούν να προβλέψουν την ψυχική υγεία των εφήβων της ομάδας ελέγχου, σχεδόν στο διπλάσιο βαθμό σε σχέση με εκείνους που ζουν στις Δομές Φιλοξενίας. Συνολικά τα ευρήματα καταδεικνύουν τη σχέση του χιούμορ με την ανθεκτικότητα και την ψυχική υγεία των συγκεκριμένων εφήβων, ωστόσο μελλοντικές διαχρονικές μελέτες είναι αναγκαίες για την εξερεύνηση της πιθανής αξίας της παρέμβασης στο επίπεδο του χιούμορ με σκοπό την αύξηση της ανθεκτικότητας και τη διατήρηση της ψυχικής ευεξίας.

Λέξεις – Κλειδιά: τύποι χιούμορ, ψυχική ανθεκτικότητα, ψυχική υγεία, Στέγες Προστασίας Παιδιού, εφηβεία

Abstract

Humor is a multifaceted term which represents anything that may be said or done by humans causing feelings of cheerfulness. One of humor's beneficial functions is its role as a mechanism to cope with adversity. Children that have been removed from their family environment due to dysfunctional parental nurturing, experience a series of adverse conditions that can lead to resilient behaviour in need of maintaining psychological well-being. In the present study, the objective was to discover the possible relations that might occur between the types of humor, resilience and psychological well-being of adolescents in institutional care. This research, also aimed to examine a probable prediction of general mental health by the other variables in combination with sociodemographic characteristics (gender, age, years in residential care). The 'Humor Styles Questionnaire', the 'Resilience Scale' and the 'General Health Questionnaire' were the measuring tools used for collecting data. The sample consisted of 71 adolescents in institutional care and 99 adolescents who are being brought up in a family environment. In low levels of psychological well-being, the results showed that adolescents in institutional care scored lower in adaptive humor than the control group, while scoring higher in school support. As far as for high levels of psychological well-being, the control group scored higher in adaptive humor and showed that it sets more goals for the future. Moreover, positive correlations were found amongst maladaptive humor and psychopathology and also between resilience and mental health. The outcomes showed that psychological well-being can be predicted by types of humor and resilient factors nearly twice as much in the control group than in adolescents in institutional care. Last but not least, in general the findings show the relation between humor and the other variables in this specific sample, but future longitudinal research is needed in order to examine plausible interventions aiming to develop resilient behaviours that will preserve mental wellness.

Key words: types of humor, resilience, psychological well-being, institutional care, adolescence

Εκτενής περίληψη

Η αίσθηση του χιούμορ αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο, προϊόν συνδυασμού εγγενών και περιβαλλοντικών συνθηκών. Μια από τις σημαντικές του λειτουργίες είναι η συνεισφορά του στην διατήρηση της ψυχικής ευεξίας του ατόμου μέσω των ευεργετικών του ιδιοτήτων καθώς αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο ελέγχου στρεσογόνων καταστάσεων. Η εφηβεία, αντιπροσωπεύει ένα απαιτητικό αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο πραγματοποιούνται πολλές βιολογικές και κοινωνικές αλλαγές που επιφέρουν δυσμενείς συνθήκες για τα μέλη της. Στην ήδη επιβαρυνόμενη ευαλωτότητα της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, καταστάσεις όπως η κακοποίηση, η παραμέληση και η εγκατάλειψη δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο τις βιοτικές και ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες των εφήβων. Η ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας και η χρήση του χιούμορ θα μπορούσαν να αποτελέσουν πιθανούς προστατευτικούς παράγοντες για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Στον ελλαδικό χώρο, μέχρι στιγμής, δεν υπάρχουν έρευνες που να αφορούν τους τύπους χιούμορ, ενώ παράλληλα ο ευαίσθητος πληθυσμός των εφήβων που δεν μεγαλώνει στο οικογενειακό περιβάλλον έχει μελετηθεί ελάχιστα. Σκοπός της προκείμενης μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης που μπορεί να έχει το χιούμορ και οι τύποι του με την ψυχική ανθεκτικότητα και υγεία των εφήβων που ζουν σε Κέντρα Προστασίας Παιδιών και Εφήβων. Επιπρόσθετοι στόχοι αφορούσαν την διερεύνηση των πιθανών διαφορών και των συσχετίσεων των παραπάνω μεταβλητών, αλλά και την εξέταση της προβλεψιμότητας της ψυχικής υγείας από τους τύπους χιούμορ (προσαρμοστικών και μη) και τους παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας (εσωτερικοί και εξωτερικοί) σε συνδυασμό με την λειτουργία των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων στις μεταβλητές αυτές.

Η έρευνα ήταν ποσοτική και η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων. Το εργαλείο εμπεριείχε μια φόρμα συμπλήρωσης των δημογραφικών χαρακτηριστικών και τρία επιμέρους τμήματα αξιολόγησης των μεταβλητών: α) το «Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ» για παιδιά (Fox, Dean & Lyford, 2013), β) την «Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας» (Nearchou, Stogiannidou & Kiosseoglou, 2014) και γ) το «Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας» (Garyfallos et al., 1991). Το δείγμα περιλάμβανε 170 εφήβους ηλικίας 12 έως και 18 ετών. Από αυτούς, οι 71 έφηβοι διέμεναν σε Δομές Φιλοξενίας και οι υπόλοιποι 99 δεν είχαν αποχωριστεί την οικογενειακή κατοικία (ομάδα ελέγχου). Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS 26.0. Οι στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων που υλοποιήθηκαν ήταν οι εξής: παραγοντική ανάλυση, Mann – Whitney U, Spearman rho και απλή/πολλαπλή/ιεραρχική πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Τα αποτελέσματα που εξήχθησαν, έδειξαν πως υπήρχαν διαφορές στο δείγμα του πληθυσμού με χαμηλό και υψηλό επίπεδο ψυχικής υγείας. Στην πρώτη περίπτωση οι

έφηβοι που φιλοξενούνταν σε Δομές εμφάνισαν μειωμένο προσαρμοστικό είδος χιούμορ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ η υποστήριξη από το σχολείο ήταν υψηλότερη. Στη δεύτερη περίπτωση, οι έφηβοι που μεγαλώνουν στο οικογενειακό περιβάλλον έδειξαν να έχουν αυξημένο προσαρμοστικό χιούμορ και να θέτουν περισσότερους στόχους για το μέλλον σε σύγκριση με τους υπόλοιπους. Επίσης, το μη προσαρμοστικό χιούμορ φάνηκε να ενισχύεται όσο αυξάνεται η κακή ψυχική υγεία, ενώ παρόμοια συμπεριφορά ίσχυσε για τη σχέση της ανθεκτικότητας με την καλή ψυχική υγεία. Τέλος, οι τύποι χιούμορ και οι παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας μπόρεσαν να προβλέψουν την ψυχική υγεία των εφήβων της ομάδας ελέγχου, σχεδόν στο διπλάσιο βαθμό σε σχέση με εκείνους των Δομών Φιλοξενίας. Αντίστοιχα, το μη προσαρμοστικό χιούμορ στα αγόρια σε συνδυασμό με παράγοντες όπως η ηλικία και ο χρόνος διαμονής στη Δομή μπόρεσαν να προβλέψουν σε ένα βαθμό την κακή ψυχική υγεία, ενώ για τα κορίτσια παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα σχετικά με την πρόγνωση της κατάθλιψης.

Οι περιορισμοί της έρευνας αφορούσαν την έλλειψη αιτιώδους σχέσης καθώς η φύση των αποτελεσμάτων είναι συσχετιστική και δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων αιτίας – αιτιατού, το μικρό δείγμα, τη δυσκολία γενίκευσης των αποτελεσμάτων, συνδυαζόμενα με τις δυσχέρειες της έξαρσης της πανδημίας του Covid – 19. Τα ευρήματα των συγκεκριμένων αναλύσεων θα μπορούσαν να αποτελέσουν την εκκίνηση μιας σειράς ερευνών στοχεύοντας στη μελέτη της χρήσης του χιούμορ σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και των σκοπών που υπηρετεί. Ο ευάλωτος πληθυσμός των Δομών Προστασίας, θα ήταν σημαντικό να διερευνηθεί από μια πολύπλευρη προσέγγιση που θα έχει ως στόχο τη βελτίωση των συνθηκών και κατ' επέκταση τη διαφύλαξη της ψυχικής ευεξίας.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή και επόπτη της διπλωματικής μου εργασίας κ. Γεώργιο Κλεφτάρα για την ουσιαστική υποστήριξη και καθοδήγηση του, στη συγγραφή και ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να δηλώσω την ευγνωμοσύνη μου στον αδερφό μου Νικόλα για τις πολύτιμες συμβουλές και την υποστηρικτική του παρουσία σε κάθε στάδιο της εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω ολόψυχα την οικογένεια και τους φίλους μου και ιδιαίτερα την Ελεάννα, τη Μαρία, τη Χριστίνα, τον Μιχαήλ και τη Βασιλική για την συνεχή ψυχολογική και συναισθηματική τους στήριξη σ' αυτή μου την προσπάθεια.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	1
---------------	---

Κεφάλαιο 1^ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.1. Στέγες Προστασίας Παιδιού.....	4
1.1.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	4
1.1.2. Συνθήκες των Δομών Φιλοξενίας ανά τον κόσμο.....	5
1.1.3. Παιδιά και έφηβοι που φιλοξενούνται σε Δομές Προστασίας.....	7
1.2. Ψυχική Υγεία.....	10
1.2.1. Ψυχική υγεία και εφηβεία.....	10
1.2.2. Στρες και ψυχοπαθολογία των εφήβων.....	11
1.2.3. Ψυχική ευεξία των εφήβων.....	13
1.3. Ψυχική Ανθεκτικότητα.....	15
1.3.1. Διερεύνηση ψυχικής ανθεκτικότητας.....	15
1.3.2. Εννοιολογική κατασκευή	16
1.3.3. Παράγοντες Κινδύνου.....	18
1.3.4. Προστατευτικοί Παράγοντες.....	20
1.3.5. Εσωτερικοί παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας των εφήβων.....	21
1.3.6. Εξωτερικοί παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας των εφήβων.....	22
1.3.7. Φύλο.....	24
1.4. Χιούμορ.....	26
1.4.1. Ιστορική αναδρομή.....	26
1.4.2. Εννοιολογική κατασκευή.....	28
1.4.3. Το χιούμορ ως μηχανισμός άμυνας.....	30
1.4.4. Το χιούμορ ως μηχανισμός άμυνας στην εφηβεία.....	33
1.4.5. Χιούμορ: εγγενές ή περιβαλλοντικό χαρακτηριστικό;.....	35
1.4.6. Τύποι Χιούμορ.....	36
1.4.7. Φύλο.....	40
1.5. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις.....	42

Κεφάλαιο 2^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Δείγμα – Συμμετέχοντες.....	44
2.2. Διαδικασία επιλογής δείγματος.....	44
2.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	46
2.3.1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Χαρακτηριστικών	47
2.3.2. Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ	47
2.3.3. Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας.....	48
2.3.4. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας.....	50
2.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	50
2.5. Μέθοδοι Ανάλυσης Δεδομένων.....	52

Κεφάλαιο 3^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Παραγοντική δομή ψυχομετρικών εργαλείων.....	53
3.1.1. Παραγοντική δομή Ερωτηματολογίου Τύπων Χιούμορ	54
3.1.2. Παραγοντική δομή Κλίμακας Ψυχικής Ανθεκτικότητας.....	57
3.2. Περιγραφικά στοιχεία ψυχομετρικών εργαλείων και των διαστάσεων τους	60
3.3. Συγκρίσεις μέσω όρων των μεταβλητών.....	65
3.3.1. Διαφορές μεταξύ των ομάδων χαμηλού και υψηλού επιπέδου της Ψυχικής Υγείας του συνολικού πληθυσμού των εφήβων, ως προς το Χιούμορ και την Ψυχική Ανθεκτικότητα	65
3.3.1.1. Διαφορές μεταξύ των ομάδων των εφήβων που ζουν σε Δομές και της ομάδας ελέγχου με υψηλό επίπεδο Ψυχικής Υγείας, ως προς το Χιούμορ και την Ψυχική Ανθεκτικότητα.	67
3.3.1.2. Διαφορές μεταξύ των ομάδων των εφήβων που ζουν σε Δομές και της ομάδας ελέγχου με χαμηλό επίπεδο Ψυχικής Υγείας, ως προς το Χιούμορ και την Ψυχική Ανθεκτικότητα.....	69
3.3.2. Διαφορές στις ομάδες των χαμηλών και υψηλών επιπέδων του Χιούμορ του συνολικού πληθυσμού των εφήβων, ως προς την Ψυχική Ανθεκτικότητα και Γενική Ψυχική Υγεία	71

3.3.3. Διαφορές μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών του συνολικού πληθυσμού των εφήβων, ως προς το Χιούμορ, την Ψυχική Ανθεκτικότητα και Γενική Ψυχική Υγεία.....	72
3.3.4. Διαφορές μεταξύ των ομάδων Γυμνασίου και Λυκείου (ηλικιακή φάση) του συνολικού πληθυσμού των εφήβων ως προς το Χιούμορ, την Ψυχική Ανθεκτικότητα και Γενική Ψυχική Υγεία.....	74
3.4. Συσχετίσεις μεταξύ των Τύπων Χιούμορ, της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Γενικής Υγείας.....	76
3.5. Προβλεπτικοί Παράγοντες της Ψυχικής Υγείας.....	82
3.5.1. Πρόβλεψη της Ψυχικής Υγείας από τους παράγοντες του Χιούμορ και της Ψυχικής Ανθεκτικότητας στο συνολικό δείγμα, στους εφήβους των Δομών και στην ομάδα ελέγχου.....	82
3.5.2. Πρόβλεψη της Ψυχικής Υγείας από το Μη Προσαρμοστικό Χιούμορ και άλλους παράγοντες.....	88

Κεφάλαιο 4^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	90
4.1. Σημαντικότητα έρευνας.....	98
4.2. Περιορισμοί έρευνας.....	99
4.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	100
Βιβλιογραφία.....	102
Παράρτημα Α.....	130
Παράρτημα Β.....	135
Παράρτημα Γ.....	137
Παράρτημα Δ.....	138
Παράρτημα Ε.....	139

Εισαγωγή

Στις περισσότερες, αν όχι σε όλες τις χώρες του κόσμου, ένας αριθμός παιδιών και εφήβων απομακρύνεται από την πυρηνική οικογένειά, συνήθως λόγω της ακαταλληλότητάς της να τα αναθρέψει. Τα συγκεκριμένα παιδιά, αφού αποχωριστούν τους βιολογικούς ή θετούς γονείς, οδηγούνται στην ανάδοχη φροντίδα είτε κάποιας λειτουργικής οικογένειας είτε στην ένταξή τους σε κέντρα φροντίδας παιδιών με ιδρυματικό χαρακτήρα (Courtney & Thoburn, 2009, αναφ. σε Gallagher & Green, 2012). Οι Στέγες Προστασίας Παιδιού διαφέρουν ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται (ηλικία, συνθήκες, αίτια εισαγωγής), με την συνιστάμενη διάρκεια παραμονής, αλλά και το επίπεδο περιορισμού και δυνατοτήτων το οποίο προσφέρουν ανά περίπτωση (Lee, 2008).

Τα παιδιά και οι έφηβοι που ζουν σε αυτά τα κέντρα, συνήθως προέρχονται από ένα κακοποιητικό ή απορριπτικό περιβάλλον, με σύνηθες συστατικό του την παραμέληση. Εξαιτίας των αντίξοων συνθηκών, ο συγκεκριμένος πληθυσμός εμφανίζει μια ευαλωτότητα σε διάφορους τομείς όπως στο συμπεριφορικό, ψυχολογικό, γνωστικό ή και ακαδημαϊκό (Bell & Romano, 2015). Σύμφωνα με τον Tarren-Sweeney (2008), τα παιδιά που έχουν απομακρυνθεί από την οικογένειά τους με εισαγγελική παρέμβαση, βρίσκονται σε μια από τις πιο ευάλωτες και μη προνομιούχες θέσεις, η οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στο επίπεδο της ψυχικής υγείας. Μολονότι, βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα κινδύνου για εμφάνιση ψυχικών και νοητικών προβλημάτων, ορισμένα από αυτά αναπτύσσουν ανθεκτικότητα για να αντιμετωπίσουν τις διάφορες δυσμενείς καταστάσεις στη ζωή τους (Akister, Owens & Goodyer, 2010). Η ψυχική ανθεκτικότητα τέτοιων πληθυσμών συνήθως προσδιορίζεται από χαμηλή συχνότητα προβληματικών συμπεριφορών ή ως ικανότητα σε τομείς της προσωπικότητάς τους, όπως η ρύθμιση του συναισθήματος, η διαμόρφωση ασφαλών δεσμών προσκόλλησης και η ακαδημαϊκή τους ανέλιξη (Bell, Romano & Flynn, 2013). Αξίζει να τονιστεί ότι η ανθεκτικότητα αποτελεί ένα δυναμικό χαρακτηριστικό και μπορεί να εμφανίζεται σε ορισμένες πτυχές της προσωπικότητας, άλλοτε σε υψηλά ή και χαμηλά επίπεδα ακόμη και στο ίδιο άτομο (Bell & Romano, 2015. Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

Στο συγκεκριμένο πλαίσιο της Στέγης Προστασίας Παιδιών, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι έρευνες που ασχολούνται τα τελευταία χρόνια με τις διάφορες στρατηγικές που αναπτύσσει αυτός ο πληθυσμός με στόχο να αντιμετωπίσει τις δύσκολες συνθήκες ζωής που βιώνει. Μια από τις στρατηγικές, η οποία θα ερευνηθεί στην προκείμενη μελέτη είναι το χιούμορ. Ο Martin et. al (2003) σε μια προσπάθειά του να διερευνήσει το χιούμορ και τη λειτουργία που επιτελεί στην ψυχική ευεξία, κατέληξε σε 4 γενικές κατηγορίες, τις οποίες χρησιμοποίησε για τη δημιουργία του Ερωτηματολογίου Τύπων Χιούμορ (Humor Styles Questionnaire). Πιο συγκεκριμένα, οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα στην καθημερινότητά τους και στη συναναστροφή τους με το κοινωνικό σύνολο, χρησιμοποιούν το χιούμορ ως εργαλείο που δηλώνει τη θετική ή αρνητική προσαρμογή στο περιβάλλον τους. Οι τύποι αυτοί αναφέρονται ως: αυτοενισχυτικός (self-enhancing), ενωτικός/συνδεδετικός (affiliative), επιθετικός (aggressive) και αυτοκαταστροφικός/αυτοσαρκαστικός (self-defeating) (Fox, Hunter & Jones, 2016. Martin et al., 2003). Παρατηρήθηκε, επιπλέον, πως με τους δύο πρώτους τύπους συνδέονται οι έννοιες της αυτοεκτίμησης και της ικανοποίησης από τη ζωή, ενώ με τους άλλους δύο, το άγχος, η κατάθλιψη, οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί και η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Dyck & Holtzman, 2013. Kuiper, Grimshaw, Leite, & Kirsh, 2004. Martin et al., 2003. Tucker et al., 2013).

Λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παραπάνω παράγοντες, η παρούσα έρευνα, θέλει να δώσει μια διαφορετική οπτική στη συγκεκριμένη ευάλωτη ομάδα και να στοχεύσει στις στρατηγικές αντιμετώπισης που αναπτύσσει έναντι των καταστάσεων που έχει βιώσει και βιώνει (Abel, 2002). Μια από αυτές της στρατηγικές η οποία θα αποτελέσει το κύριο αντικείμενο της προκείμενης μελέτης είναι το χιούμορ. Πιο συγκεκριμένα, είναι σκόπιμο να διερευνηθούν οι τύποι χιούμορ και η συσχέτισή τους με την ψυχική ανθεκτικότητα και την ψυχική υγεία του πληθυσμού αυτού. Μια τέτοια έρευνα θα μπορούσε να εστιάσει στις δυνατότητες και όχι στις μειονεξίες των συγκεκριμένων εφήβων και πώς μέσα από τα τραυματικά τους βιώματα καταφέρνουν να διατηρούν την ψυχοσυναισθηματική τους ισορροπία.

Η παρούσα μελέτη οργανώνεται σε τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη θεωρητική ανάλυση των παραγόντων που μελετά η έρευνα. Γίνεται αρχικά μια σύντομη αναφορά στις Στέγες Προστασίας Παιδιού, τις συνθήκες που τις διέπουν, αλλά και τις ανάγκες των παιδιών οι οποίες προκύπτουν κατά τη διαμονή τους

στο συγκεκριμένο πλαίσιο. Έπειτα, παρουσιάζονται επιγραμματικά οι προκλήσεις της εφηβικής ηλικίας και οι ανάγκες των ατόμων αυτού του αναπτυξιακού σταδίου με στόχο την ψυχική ευεξία. Στη συνέχεια, παρατίθενται οι προστατευτικοί παράγοντες και οι παράγοντες κινδύνου, σε συνδυασμό με τις δράσεις των εσωτερικών και εξωτερικών μεταβλητών που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του κυριότερου μηχανισμού αντιμετώπισης των αντιξοοτήτων, δηλαδή της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ολοκληρώνοντας το πρώτο κεφάλαιο, γίνεται μια εκτενής αναφορά στο χιούμορ ως μια ακόμη στρατηγική αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, ενώ παράλληλα παρουσιάζονται η φύση του, οι τύποι του και οι σκοποί που επιτελούν.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* καταγράφεται η ερευνητική μεθοδολογία που υλοποιήθηκε για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, δίνεται αναλυτική περιγραφή του δείγματος και της τρόπου επιλογής του, των ψυχομετρικών εργαλείων και της διαδικασίας χορήγησης τους, του σκοπού και των ερευνητικών υποθέσεων, αλλά και των μεθόδων ανάλυσης δεδομένων. Στο *τρίτο κεφάλαιο* περιέχονται τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων που ακολουθήθηκαν για τη διερεύνηση των σχέσεων των τύπων χιούμορ, της ανθεκτικότητας και της ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με μεταβλητές όπως το φύλο και η ηλικία. Επιπλέον, εξετάζεται η ύπαρξη προβλεπτικότητας της ψυχικής υγείας από τους άλλους δύο παράγοντες και τις υποκατηγορίες τους. Το *τέταρτο* και *τελευταίο κεφάλαιο* περιλαμβάνει τη συζήτηση των αποτελεσμάτων σε συνάρτηση με τις ερευνητικές απόρροιες εγχώριων και παγκόσμιων μελετών. Η εργασία ολοκληρώνεται με την αναφορά στη σημαντικότητα υλοποίησής της, τους περιορισμούς διεξαγωγής της, αλλά και τις μελλοντικές προτάσεις που στόχο έχουν την περαιτέρω διερεύνηση του συγκεκριμένου πληθυσμού και των μελετηθέντων μεταβλητών, με έρευνες που θα εστιάζουν σε παρεμβάσεις για τη διαφύλαξη της ψυχικής ευεξίας.

Κεφάλαιο 1^ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.1. Στέγες Προστασίας Παιδιού

1.1.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός

Η Στέγη Προστασίας Παιδιού, ορίζεται ως «ένα σύνολο βιώσιμων διατάξεων που μπορούν να φιλοξενήσουν περισσότερα από 10 παιδιά, χωρίς τους γονείς (θετούς ή βιολογικούς) τους, στο οποίο προσφέρεται φροντίδα από ένα μικρό αριθμό ενήλικων εκπαιδευμένων φροντιστών. Οι Στέγες Προστασίας περιλαμβάνουν ένα οργανωμένο, με ρουτίνες, αλλά και μη εξατομικευμένο πρόγραμμα που ακολουθείται από τα παιδιά (πχ. Όλα τα παιδιά κοιμούνται, τρών και χρησιμοποιούν την τουαλέτα σε συγκεκριμένες ώρες) και μια σχέση περισσότερο επαγγελματική παρά γονεϊκή μεταξύ των ίδιων και των ενήλικων φροντιστών τους.» (Browne, 2009, σ. 1).

Μέχρι το 2017, περίπου 2.7 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 18 ετών βρίσκονταν σε Δομές Προστασίας παγκοσμίως (Petrowski, Cappa, & Gross, 2017). Τα περισσότερα από τα παιδιά που βρίσκονται σε ιδρυματικές εγκαταστάσεις δεν είναι ορφανά, ενώ το 50 με 90% αυτών έχουν τουλάχιστο ένα εν ζωή γονέα (Bunkers, Cox, Gesiriech, & Olson, 2014). Η εισαγωγή τους στις Δομές προϋποθέτει μια σειρά ακατάλληλων συνθηκών του οικογενειακού περιβάλλοντος στις οποίες περιλαμβάνονται η εγκατάλειψη, η παραμέληση, η σωματική ή και σεξουαλική βία, η γενικότερη κακομεταχείριση, εκμετάλλευση, ανέχεια, το θάνατο των γονέων ή την ανικανότητά τους να προσφέρουν φροντίδα εξαιτίας κάποιας ψυχικής ή σωματικής νόσου ή αναπηρίας (Bunckers et al., 2014. Courtney & Thoburn, 2009. Moore et al., 2017). Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι πολλές είναι οι φορές στις οποίες θα πρέπει να παρέμβει το κράτος εισαγγελικά με στόχο την απομάκρυνση των παιδιών από το επιβλαβές οικογενειακό περιβάλλον (Dozier, Zeanah, Wallin & Shauffer, 2012).

Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι βιολογικοί/θετοί γονείς αποφασίζουν να μεταφέρουν την κηδεμονία των παιδιών τους σε ανάδοχη οικογένεια ή σε Στέγες Προστασίας Παιδιού προσδοκώντας καλύτερες ευκαιρίες εκπαίδευσης, περίθαλψης, ασφάλειας και προοπτικών για εκείνα, καθώς εκείνοι είναι ανήμποροι να τους τα προσφέρουν (Islam & Fulcher, 2017).

Υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των Δομών, των παρατημάτων στην ίδια Δομή, ακόμη και στον τρόπο και τις μεθόδους που χρησιμοποιούν οι διαφορετικοί φροντιστές στην ομάδα των παιδιών ανά περίπτωση (Dozier et al., 2012). Παρόλα ταύτα, υπάρχουν συγκεκριμένες συνθήκες ανάμεσα στις Στέγες Προστασίας με παγκόσμια ισχύ. Οι συνθήκες αυτές περιλαμβάνουν την αντιστοιχία μεγάλου αριθμού παιδιών σε ένα παιδαγωγό, τους χαμηλούς μισθούς με σύντομη εκπαίδευση του προσωπικού που ακολουθεί κυλιόμενο ωράριο, την πειθαρχική, μη εξατομικευμένη φροντίδα, αλλά και την έλλειψη στην επένδυση της ψυχολογικής υποστήριξης παιδιών και προσωπικού (Chapin, 1915. Dozier et al., 2012. Patterson et al., 2018. The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008. Zeanah et al., 2003). Στη συνέχεια, γίνεται μια αναφορά στις συνθήκες των Δομών σε διάφορες περιοχές της υφής, αλλά και στις ανάγκες και την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των ίδιων των νέων που φιλοξενούνται στις Στέγες Προστασίας, σε Ελλάδα και εξωτερικό.

1.1.2. Συνθήκες των Δομών Φιλοξενίας ανά τον κόσμο

Στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου, τα παιδιά που απομακρύνονται από την οικογενειακή στέγη είτε λόγω ορφάνιας είτε εξαιτίας έντονων δυσλειτουργιών στην οικογένεια, τοποθετούνται στην ανάδοχη φροντίδα. Τα ιδρύματα αποτελούν την τελευταία λύση σε τέτοιου είδους καταστάσεις (McPheat, Milligan, & Hunter, 2007), που χρησιμοποιούνται, συνήθως, για παιδιά και εφήβους με σοβαρές δυσκολίες (Forrester, 2008). Στη Δύση, η εικόνα των ιδρυμάτων δεν είναι θετική. Έχουν κατηγορηθεί ότι βλάπτουν την ανάπτυξη των παιδιών και καταστρατηγούν τα δικαιώματά τους (Swales, Geibel & McMillan, 2006. UNICEF, UNAIDS & USAID,

2004), ενώ παράλληλα αποδυναμώνουν τους οικογενειακούς δεσμούς και εμφανίζουν αδυναμίες στην εκπαίδευση και υγειονομική τους περίθαλψη (Boyle, 2009. Courtney & Iwaniec, 2009). Επιπρόσθετα, τα ιδρύματα αμφισβητούνται για την πιθανή ανεπάρκεια που εμφανίζουν στην παροχή της απαραίτητης προετοιμασίας και υποστήριξης για τη μετέπειτα ανεξαρτητοποίηση των παιδιών όταν αυτά ενηλικιωθούν (Jordanwood, 2015. Mendes & Moslehuddin, 2004. Stein, 2012).

Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, μελέτες προσπάθησαν να διερευνήσουν περαιτέρω τα παραπάνω αποτελέσματα αμφισβητώντας την τάση τους για γενίκευση. Σύμφωνα με τον Fulcher (1998. 2001) οι σχέσεις μεταξύ των πρακτικών που ακολουθούνται σε μια Δομή και των ανεπαρκών αποτελεσμάτων είναι αρκετά περίπλοκη και συντελείται από διαφορές στο προσωπικό παιδαγωγικό στυλ του κάθε φροντιστή, στις δυσμενείς, οικογενειακές συνθήκες, στην οργάνωση της κάθε Δομής και τους κανόνες που πρέπει να ακολουθηθούν, αλλά και στην κουλτούρα της χώρας όπου βρίσκονται. Αμφισβητείται κατ' αυτόν τον τρόπο τα αποτελέσματα των ερευνών που προέκυψαν μόνο από το δυτικό κόσμο, καθώς απηχούν βιο-ψυχο-κοινωνικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με τις συγκεκριμένες κοινωνίες και δεν μπορούν να γενικευτούν στον υπόλοιπο κόσμο (Islam & Fulcher, 2016).

Ενδιαφέρον προκαλούν τα αποτελέσματα ερευνών που έχουν γίνει σε χώρες της Ευρώπης, της Ασίας και Αφρικής όπου υποστηρίζουν τη θετική επίδραση των Δομών (Albar, 2010. Del Valle & Bravo, 2016. Frimpong-Manso, 2013. Ibrahim, 2010. Mamabolo, Dlamini & Fulcher, 2015. Martin & Sudrajat, 2007. Mylonakou-Keke et al., 2016). Στον αναπτυσσόμενο κόσμο, πιστεύεται ότι οι ευκαιρίες που προσφέρονται στα παιδιά σε επίπεδο εκπαίδευσης, υγείας, φροντίδας, διαπροσωπικών σχέσεων και κοινωνικοποίησης, πιθανόν να μην υπήρχαν σε ένα αποστερημένο οικογενειακό περιβάλλον. Επιπλέον, μετά την ενηλικίωση τους τα παιδιά φεύγοντας από τη Δομή, βρέθηκε να έχουν περισσότερες ευκαιρίες ζωής όσον αφορά την εργασία, την ανώτερη εκπαίδευση, το γάμο και τη δημιουργία οικογένειας, το οποίο οφείλεται στις βοηθητικές εμπειρίες που είχαν από την πρότερη ζωή εντός των Δομών (Islam & Fulcher, 2016. 2017).

Σε συμφωνία με την παραπάνω λογική, ο Barth (2002) υποστηρίζει πως υπάρχουν ορισμένες συνθήκες που είναι πιο λειτουργικό για τα παιδιά να ενταχθούν σε ένα πλαίσιο με ομαδικό χαρακτήρα (Δομή), παρά σε αυτόν της αναδοχής. Παραδείγματα

τέτοιων συνθηκών είναι όταν το παιδί το έχει «σκάσει» από την ανάδοχη οικογένεια, όταν αποτελεί απειλή για τον εαυτό του ή τον περίγυρό του, αλλά και όταν το προηγούμενο περιβάλλον διαβίωσης ήταν πολύ αυστηρό. Τέλος, υποστηρίζεται ότι η ψυχική υγεία των παιδιών που διαμένουν σε μια Δομή Φιλοξενίας για αρκετό χρονικό διάστημα, μπορεί να βελτιωθεί μετά την απομάκρυνση από το επιβλαβές περιβάλλον (Knorth, Harder, Zandberg & Kendrick 2008).

Στην Ελλάδα, οι έρευνες που έχουν γίνει στον τομέα της ιδρυματικής φροντίδας του παιδιού, είναι ελάχιστες. Σύμφωνα με τους Mylonakou-Keke et al. (2016) η παιδική προστασία και πρόνοια στον ελλαδικό χώρο, έχει ιστορία αιώνων κατά τους οποίους κεντρικό ρόλο είχε η οικογένεια. Στη σημερινή εποχή, πολλές αλλαγές έχουν επέλθει εξαιτίας του συνδυασμού δύο συγχρονικών συμβάντων, της οικονομικής κρίσης και της υποδοχής μεγάλων αριθμών προσφύγων πολέμου και οικονομικών μεταναστών (Kallinikaki, 2015). Παρόλες τις δυσκολίες της παρούσας χρονικής περιόδου, στη χώρα συνεχίζει και εξελίσσεται το παιδαγωγικό ενδιαφέρον, υποστηρίζοντας ανά περίπτωση όλο και περισσότερες Δομές ή Δημόσια Ιδρύματα που έχουν ως στόχο την προστασία και φροντίδα των παιδιών, σεβόμενο τα προσωπικά τους δικαιώματα (Mylonakou-Keke et al., 2016).

1.1.3. Παιδιά και έφηβοι που φιλοξενούνται σε Δομές Προστασίας

Ορισμένα από τα παιδιά τα οποία εισέρχονται στις Στέγες Προστασίας, έχουν βιώσει από νωρίς πολύ άσχημες, τραυματικές εμπειρίες (Barth, 2015a. 2015b). Τέτοιες εμπειρίες περιλαμβάνουν σεξουαλική ή σωματική βία, αλλά και έντονη παραμέληση (Bath, 2008. 2009. Van der Kolk, 2005). Οι συνθήκες αυτές μετατρέπουν τα παιδιά σε ευάλωτους και «δύσκολους» νέους (Barth, 2008). Επιπλέον, λόγω των παραπάνω δυσμενών καταστάσεων που έχουν στο ιστορικό τους, ένα σημαντικό μέρος του συγκεκριμένου πληθυσμού παιδιών εμφανίζει διαταραγμένη ψυχική υγεία, νοητικές ή μαθησιακές δυσκολίες και έχει σημαντική ανάγκη για υποστήριξη (Barth, 2009).

Στα ιδρυματικά πλαίσια, υπάρχει μια ομάδα παιδιών η οποία χαρακτηρίζεται ως τα «προβληματικά» παιδιά ή τα παιδιά «ταραξίες/μπελάδες» (Bullock et al., 2006) που αποτελούν τους νέους που προκαλούν τη μεγαλύτερη αναστάτωση και ταραχή (Ainsworth & Hansen, 2005). Ωστόσο, πίσω από αυτή τη δυσκολία ελλοχεύουν παράγοντες που αίρουν την αιτία του προβλήματος από το παιδί και την αποδίδουν στις δυσμενείς συνθήκες τις οποίες έχει βιώσει. Το αποτέλεσμα της συμπεριφοράς της συγκεκριμένης ομάδας, υποδεικνύει ένα μοτίβο προβλεπόμενων μελλοντικών συμπεριφορών που ακολουθούν η μια την άλλη. Συγκεκριμένα, το παιδί έχοντας βιώσει κακοποίηση ή έντονες κακουχίες στην οικογένεια, απομακρύνεται και μεταφέρεται σε κάποια Δομή Προστασίας, όπου και θα εκδηλώσει έντονα προκλητική συμπεριφορά (Boyd, Einbinder, Rauktis, & Portwood, 2007. Stanley, Riordan & Alaszewski, 2005). Οι κρίσεις αυτές (ξεσπάσματα θυμού) διαδέχονται η μια την άλλη και σε συνδυασμό με την πιθανή αλλαγή πλαισίου, οδηγούν σε μια κατάσταση που εντείνουν τα προβλήματα συμπεριφοράς και τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού (Osborn & Delfabbro, 2006. Ward, Holmes, & Soper, 2008).

Με στόχο την βελτίωση της ψυχικής τους κατάστασης, είναι υψίστης σημασίας τα παιδιά που μένουν σε Δομές να είναι και να αισθάνονται ασφαλή (Moore, McArthur, Noble-Carr & Harcourt, 2015. Moore & McArthur, 2017). Ωστόσο, σε διάφορα ιδρύματα ανά τον κόσμο, υπάρχουν συχνά φαινόμενα βίας, εκφοβισμού, παρενόχλησης και έντονου στρες. Τα παιδιά για να βιώσουν την προσδοκώμενη ασφάλεια και να ανελιχθούν πνευματικά, ψυχικά, αναπτύσσοντας δεξιότητες, θα πρέπει να βιώνουν συνθήκες που προσομοιάζουν με το οικογενειακό περιβάλλον (Barth 2015a. 2015b. Harper, McCreadie, & Aldgate, 2006). Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά είναι απαραίτητο να περιβάλλονται από προσωπικό που νοιάζεται για εκείνα και τα στηρίζει, να έχουν θετικές αλληλεπιδράσεις με τους συνομηλίκους, να νιώθουν σταθερότητα, να έχουν ρουτίνες και δίκαιους κανόνες, αλλά και να νιώθουν ότι μπορούν να χαλαρώσουν, γιατί κάποιος είναι εκεί να τα φροντίζει και να τα προστατεύει (Moore et al., 2017).

Ενδιαφέρον πυροδοτούν αποτελέσματα ερευνών σχετικά με τη συμπεριφορά και την γενικότερη ψυχική υγεία των παιδιών που ζουν σε ιδρυματικό πλαίσιο, με διαφορές στο φύλο και την ηλικία. Σύμφωνα με έρευνα των Patrício, Calheiros και Martins (2016), οι νεαρές συμμετέχουσες των Δομών, περιέγραψαν τον εαυτό τους λιγότερο ανταγωνιστικό και εμφάνισαν περισσότερο αρνητική αυτοεικόνα σε σχέση με

το αγόρια. Επιπλέον, τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά περιέγραψαν τον εαυτό τους πιο ανταγωνιστικό, αλλά και με περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα από τα νεότερα. Στα ελληνικά δεδομένα, φαίνεται πως τα πράγματα δεν διαφέρουν πολύ σε σχέση με τις μέχρι τώρα έρευνες ανά τον κόσμο, όσον αφορά την ψυχική υγεία και συμπεριφορά των παιδιών που φιλοξενούνται σε Στέγες Προστασίας Παιδιού. Συγκεκριμένα, τα παιδιά εμφάνισαν υψηλά ποσοστά οριακών συμπτωμάτων θυμού είτε εσωτερικευμένα (περισσότερο στις μικρές ηλικίες) είτε εξωτερικευμένα (περισσότερο τα κορίτσια από τα αγόρια), ενώ παράλληλα, εκδήλωσαν έντονη απόσυρση/συμπτώματα κατάθλιψης και είχαν μια τάση για παραβατικές συμπεριφορές (Andreopoulou, Skiadopoulos, Drakou, & Gourzis, 2020).

1.2. Ψυχική Υγεία

1.2.1. Ψυχική υγεία και εφηβεία

Η εφηβική ηλικία είναι μια από τις πιο απαιτητικές περιόδους στη διάρκεια ζωής του ανθρώπου, η οποία ξεκινά από την εμφάνιση της ήβης και ολοκληρώνεται κατά την ανεξαρτητοποίηση από τους γονείς του ατόμου (Casey, Duhoux & Cohen, 2010). Την περίοδο αυτή πραγματοποιούνται έντονες μεταβολές σε βιολογικό επίπεδο και στον τρόπο που αντιμετωπίζεται το άτομο από τον περίγυρό του. Ο βιολογικός παράγοντας χαρακτηρίζεται από αλλαγές στις νευροενδοκρινικές εγκεφαλικές διεργασίες, τις ορμόνες και τη σωματική μορφολογία και διάπλαση του ατόμου, παράγοντες οι οποίοι αποτελούν δείκτες ωρίμανσης (Alsaker, 1995). Η συγκεκριμένη πτυχή έχει διερευνηθεί εκτεταμένα σε αντίθεση με τις μεταβολές στις κοινωνικές απαιτήσεις αυτής της ηλικιακής ομάδας (Sadeghi, Barahmand & Roshannia, 2020). Η εφηβεία ως κοινωνική κατασκευή αναπαριστά μια πολύπλοκη και αμφιλεγόμενη έννοια. Η αμφισημία προκαλείται από τη δυσκολία στην αποσαφήνιση παραγόντων που την ορίζουν, όπως η εκκίνηση και η λήξη της ηλικιακής αυτής φάσης, οι κοινωνικοί ρόλοι που μεταπηδούν σε νέα σύνολα αναφοράς, η αντίληψη για τον εαυτό, το σώμα και την σεξουαλικότητα, αλλά και οι προσδοκίες για ανεξαρτητοποίηση και ωριμότητα (Alsaker, 1995. Lerner & Steinberg, 2004). Οι βιολογικές αλλαγές κατά την εφηβεία μοιάζουν να είναι σχετικά όμοιες σε παγκόσμια εμβέλεια, ωστόσο η χρονική στιγμή υλοποίησης τους (πρώιμη - όψιμη) καθώς και η σημασία αυτών για το ίδιο το άτομο, τις κοινωνίες και το επιστημονικό ενδιαφέρον ποικίλλει ανάλογα με την εποχή και την κουλτούρα ανά τον κόσμο (Lerner & Steinberg, 2004).

Μια διαφορετική προσέγγιση της εφηβείας, εστιάζει σε τρεις σημαντικούς παράγοντες που αφορούν τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τη γνωστική λειτουργία (Spear, 2000. Gardner & Steinberg, 2005). Οι αλλαγές στην έκκριση ορμονών και η σωματική ωρίμανση οδηγούν σε τροποποιήσεις στην εγκεφαλική λειτουργία και κατ' επέκταση μεταβολές στις αντιδράσεις των εφήβων απέναντι σε αγχωτικά γεγονότα (Liben et al., 2002. Schwab et al., 2001). Οι συγκεκριμένες αλλαγές συχνά οδηγούν σε αντικοινωνική συμπεριφορά η οποία περιέχει χαρακτηριστικά όπως

ενδοπροσωπική ή διαπροσωπική επιθετικότητα, βία, παραβατικότητα ή και πρόωμη σεξουαλική δραστηριότητα (Cairns & Stoff, 1996). Όσον αφορά τη συναισθηματική ανάπτυξη, η εσωτερίκευση (12 – 13 ετών) και η εξωτερίκευση (14 – 15 ετών) συναισθημάτων θλίψης, αλλά και επιθετικότητας φαίνεται να πραγματοποιούνται συνήθως σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους της εφηβικής ανάπτυξης (Ge, Conger, & Elder, 2001a). Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι η βιολογική ηλικία, σύμφωνα με τα στάδια του Tanner (εφηβική κλίμακα ανάπτυξης), διαφέρει από την πραγματική χρονολογική ηλικία και είναι αυτή που σχετίζεται περισσότερο με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα αγόρια και τα κορίτσια (Ge et al., 2002). Η πρόωμη ωρίμανση για τα κορίτσια, συνοδεύεται από μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης, ενώ στα αγόρια σχετίζεται με την εξωτερίκευση επιθετικής συμπεριφοράς (Ge et al., 2001a. Ge et al., 2001b). Επισημαίνεται ότι όσο αυξάνεται το αναπτυξιακό στάδιο γίνεται πιο έντονη η εμφάνιση περισσότερων αρνητικών συναισθημάτων (Lerner & Steinberg, 2004). Τέλος, αναφορικά με τη γνωστική λειτουργία, φαίνεται να ενισχύεται αναλογικά με τη χρονολογική ηλικία παρά με το εφηβικό στάδιο ανάπτυξης (Davison & Susman, 2001). Για παράδειγμα, η χωροταξική αντίληψη, σε έρευνα των Liben et al. (2002), φάνηκε να μην επηρεάζεται από την καθυστερημένη έναρξη των εφηβικών σταδίων σε έναν αριθμό ατόμων της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας.

1.2.2. Στρες και ψυχοπαθολογία των εφήβων

Οι μεταβολές που συμβαίνουν από τη μέση παιδική ηλικία, αλλά και κατά την εφηβεία αντιπροσωπεύουν ένα αριθμό κοινωνικών, ακαδημαϊκών, γνωστικών και σωματικών αλλαγών (Stroud et al., 2009). Οι έφηβοι καθώς μεγαλώνουν, εκδηλώνουν αυξανόμενο ενδιαφέρον ως προς την επαφή με τους συνομηλίκους και τις ρομαντικές σχέσεις, ενώ εμφανίζεται μείωση στην εξάρτησή τους από τους γονείς και την οικογένεια γενικότερα (Steinberg & Morris, 2001). Επιπρόσθετα, στο συγκεκριμένο αναπτυξιακό στάδιο, οι έφηβοι καθώς αντιμετωπίζουν τις στρεσογόνες καταστάσεις αυτής της ηλικίας, παρουσιάζουν έντονα αρνητική διάθεση και γενικότερη συναισθηματική αστάθεια (Compas, Hinden & Gerhardt, 1995).

Η εφηβική ωρίμανση επιφέρει μορφολογικές αλλαγές όπως την αύξηση ορισμένων ορμονών που επηρεάζουν τα κέντρα του εγκεφάλου και τα περιφερικά συστήματα απόκρισης στο στρες (Spear, 2000). Οι στρεσογόνες καταστάσεις που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της ζωής αποτελούν πιθανούς παράγοντες απειλής της ψυχολογικής ευεξίας και γενικότερα της υγιούς ανάπτυξης των παιδιών και εφήβων. Σύμφωνα με τους Grant et al. (2003), το στρες μπορεί να οριστεί ως μια σειρά από περιβαλλοντικά συμβάντα ή χρόνιες καταστάσεις που αντικειμενικά απειλούν τη σωματική ή και ψυχική υγεία των ατόμων μιας συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας σε μια συγκεκριμένη κοινωνία.

Τα άτομα επηρεάζονται διαφορετικά από τους παράγοντες κινδύνου που διατρέχουν τη ζωή τους, εκδηλώνοντας άλλοτε υψηλή ευαλωτότητα, άλλοτε ψυχική ανθεκτικότητα ή και μπορεί να παραμείνουν σχετικά ανεπηρέαστα (Newsome, Vaske, Gehring & Boisvert, 2016). Πέραν των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι με τις αλλαγές που συμβαίνουν σε ενδοπροσωπικό επίπεδο, σημαντικός είναι και ο ρόλος των συνθηκών του περιβάλλοντος στο οποίο αλληλεπιδρούν. Οι περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες δυναμικά σχετίζονται με την αιτιολογία και τη συντήρηση της εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης χαρακτηριστικών που μπορεί να επιφέρουν διαταραχές στους νέους. Παραδείγματα απειλών για την ψυχική υγεία των εφήβων, αποτελούν τα αυξημένα επίπεδα φτώχειας, βίας, οικογενειακών δυσκολιών, αλλά και τα συναισθηματικά ή συμπεριφορικά προβλήματα που προκύπτουν στην ηλικία αυτή (Children's Defense Fund, 1999. Grant et al., 2003. Haggerty, Sherrod, Garmezy & Rutter, 1994).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η μετάβαση των παιδιών στην εφηβεία, σχετίζεται με δραματική αύξηση της εμφάνισης ψυχοπαθολογίας, και ιδιαίτερα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αγχωτικών συνδρόμων (Craske & Zucker 2002. Fisak, Richard & Mann, 2011). Το γεγονός αυτό αναπαριστά μια κρίσιμη χρονική στιγμή όπου διαφορές στο φύλο σχετίζονται με τα ανάλογα επίπεδα κατάθλιψης ή άλλων μορφών ψυχοπαθολογίας (Hayward, 2003). Πιο συγκεκριμένα τα κορίτσια από την προεφηβεία, φαίνεται να έχουν την τάση να εσωτερικεύουν τα προβλήματά τους περισσότερο από τα αγόρια, εμφανίζοντας εσωτερικευμένες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, σχεδόν με διπλάσιες πιθανότητες σε σχέση με το άλλο φύλο. Σε αυτό παίζουν σημαντικό ρόλο, το εφηβικό αναπτυξιακό στάδιο, οι ορμόνες, η εθνικότητα, η

επιρροή από τους συνομηλίκους και η πιθανή θυματοποίηση (Bhatia & Bhatia, 2007. Hayward, 2002).

1.2.3. Ψυχική ευεξία των εφήβων

Στην εφηβική ηλικία, τα παιδιά βρίσκονται σε μια διαδικασία αναζήτησης της προσωπικής τους ταυτότητας (Cramer, 2017. Hatano, Sugimura & Klimstra, 2017), της ανεξαρτησίας από τους γονείς (Allen & Hauser, 1996), αλλά και της εμπλοκής τους σε επικίνδυνες συμπεριφορές (Park, McCoy, Erausquin & Barlett, 2018). Σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, οι έφηβοι έχουν την τάση να βιώνουν στρες, άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς καλούνται να αναλάβουν νέες αυξανόμενες ευθύνες (Anyan & Hjemdal, 2013. Steinberg & Morris, 2001).

Με στόχο τη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας είναι απαραίτητη η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης, δεξιοτήτων που αφορούν τη λήψη αποφάσεων, αλλά και μηχανισμού ελέγχου των συναισθημάτων (Modecki, Zimmer – Gembeck & Guerra, 2017). Η ψυχική ευεξία καθορίζεται από τη θετική αλληλεπίδραση με τον περίγυρο, την αυτονομία, τους στόχους, το νόημα ζωής, αλλά και την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου (Ryff, 1989) καθώς καλείται να αντιμετωπίσει τις υπαρξιακές προκλήσεις της ζωής (Ryff & Singer, 2008). Για τους εφήβους, η ψυχική υγεία σχετίζεται με την επιλογή προσωπικής ταυτότητας (Phillips & Pittman, 2007), τη γονεϊκή εμπλοκή και τον τρόπο ανατροφής (Cripps & Zyromski, 2009), τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται στον ελεύθερο χρόνο (Trainor, Delfabbro, Anderson & Winefield, 2010), τον κοινωνικό περίγυρο (Hussey, Kanjilal & Okunade, 2013), την εθνική ταυτότητα και το νόημα ζωής (Kiang & Fuligni, 2010), ενώ πιο πρόσφατα συσχετίσεις βρέθηκαν με την αισιοδοξία (Monzani, Steca & Greco, 2014), τους εγγενείς στόχους και προσδοκίες (Davids, Roman & Kerchhoff, 2017), καθώς επίσης και με την προσωπικότητα και την αντίληψη της αυτό-αποτελεσματικότητας του εφήβου (Tommasi et al., 2018).

Η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην ψυχολογική ευεξία του ατόμου, καθώς ένας αριθμός ερευνών έχει επισημάνει τη

μεταξύ τους σύνδεση (Bajaj & Pande, 2016. Liu, Wang & Lu, 2013. Lü, Wang, Liu & Zhang, 2014). Η ανθεκτικότητα, έχει οριστεί ως η ικανότητα του ατόμου να ανακάμπτει μετά από ένα δυσμενές συμβάν (Garmezy, 1991), η ανθρώπινη δυνατότητα προσαρμογής που βοηθά το άτομο να ανταπεξέλθει σε απαιτητικές καταστάσεις (Connor & Davidson, 2003. Masten 2001), αλλά και η αλληλουχία προσαρμοστικότητας και επιτυχίας (Hunter & Chandler, 1999). Παράλληλα, όλοι οι παραπάνω παράγοντες μαζί, υποστηρίζεται, πως συμμετέχουν σε μια δυναμική σχέση με την προσωπικότητα και το περιβάλλον του ατόμου (Ahern, 2006). Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη χαρακτηριστικών ανθεκτικότητας και κατ' επέκταση ψυχικής ευεξίας, παίζει η ισχυρή σχέση μεταξύ γονέων και παιδιού που μπορεί να ενδυναμώσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης απέναντι στο άγχος και τους κινδύνους της ζωής (Wright, Masten & Narayan, 2013).

Η κατοχή συγκεκριμένων δεξιοτήτων όπως της προαναφερθείσας ανθεκτικότητας, μπορεί να αντιμετωπίσει με επιτυχία τις προκλήσεις της ζωής, οδηγώντας σε ένα βίο με ψυχική ευεξία (Cann & Collette, 2014). Ανάμεσα σε αυτές τις δεξιότητες, σημαντική είναι η συνεισφορά του χιούμορ στη διατήρηση της ψυχολογικής ισορροπίας (Lefcourt, 2001. Lefcourt & Martin, 1986. Martin et al., 2003). Το χιούμορ αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο ελέγχου των αρνητικών επιδράσεων που μπορούν να επιφέρουν στρεσογόνες καταστάσεις (Dixon, 1980. Lefcourt, 2001). Πλήθος ερευνών υποστηρίζει πως η αίσθηση του χιούμορ ως χαρακτηριστικό κάνει το άτομο ικανό να επαναξιολογεί καταστάσεις μετατρέποντάς αυτές σε λιγότερο απειλητικές και κατ' επέκταση με μειωμένη αρνητική επίδραση σε αυτό (Abel, 2002. Abel & Maxwell, 2002. Kuiper, Martin, & Olinger, 1993. Kuiper, McKenzie & Belanger, 1995).

1.3. Ψυχική Ανθεκτικότητα

1.3.1. Διερεύνηση Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Σύμφωνα με τον Masten (2001), η μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας προέκυψε από την ανάγκη να διερευνηθούν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες σε συνδυασμό με την εγγενή ικανότητα του ατόμου για αυτοσυντήρηση και αυτοπροστασία. Στην πορεία διερεύνησης της ψυχικής ανθεκτικότητας προέκυψαν 4 περίοδοι, κατά τις οποίες το ενδιαφέρον εστιάστηκε σε διαφορετικά σημεία της ίδιας ή και της σχέσης της με άλλους παράγοντες.

Κατά την πρώτη περίοδο, η έρευνα εξέτασε την ανθεκτικότητα ως έννοια μέσα από πεποιθήσεις, αντιλήψεις και θεωρίες που αφορούσαν το άτομο αυτό καθ' αυτό και τα εσωτερικά του χαρακτηριστικά. Σε δεύτερο στάδιο, η ψυχική ανθεκτικότητα αναδείχθηκε ως ένα πιο δυναμικό φαινόμενο που καλλιεργεί τη θετική προσαρμογή έναντι των αντιξοοτήτων που αντιμετωπίζει το άτομο σε συγκεκριμένες στιγμές στη ζωή του (Wright & Masten, 2004, σ. 8). Ουσιαστικά, έγινε η κίνηση για μια προσέγγιση της έννοιας από εξελικτική σκοπιά, όπου ερευνήθηκε ο τρόπος κατά τον οποίο το άτομο αλληλεπιδρά με τους άλλους και βρίσκει εσωτερική ισορροπία, καθώς ανταπεξέρχεται σε απαιτητικά ή δυσμενή περιβάλλοντα.

Το τρίτο κύμα διερεύνησης της ψυχικής ανθεκτικότητας εστιάστηκε στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Με άλλα λόγια, το ενδιαφέρον οδηγήθηκε στην πρόληψη πριν την εμφάνιση των γεγονότων που προκαλούν δυσάρεστες συνέπειες για το άτομο ή στην ανίχνευση μιας ήδη αναπτυσσόμενης συνθήκης που θα διαταράξει τη λειτουργικότητα του, με την αντίστοιχη παρέμβαση ανά περίπτωση. Η συγκεκριμένη κίνηση, προέκυψε από το ενδιαφέρον της κοινωνικής πρόνοιας σχετικά με τα παιδιά που αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις κατά το μεγάλωμά τους και την πρόθεση να αλλάξουν τα απαραίτητα στοιχεία στη ζωή τους, έτσι ώστε να έχουν ένα πιο ελπιδοφόρο μέλλον (Masten & Obradovic, 2006).

Το τέταρτο και πιο πρόσφατο κύμα, δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί χωρίς τις νέες τεχνολογίες. Με γνώμονα την εξέλιξη της επιστήμης σε τομείς όπως οι νευροεπιστήμες

και η μοριακή γενετική, μπορούν αν διερευνηθούν νέα μονοπάτια προς την κατανόηση των νευροβιολογικών διαδικασιών που πραγματοποιούνται στον άνθρωπο (Cicchetti & Toth, 2009).

1.3.2. Εννοιολογική κατασκευή

Η ψυχική ανθεκτικότητα αφορά τις αντιδράσεις των ατόμων απέναντι σε αγχωτικές καταστάσεις ή αντιξοότητες που μπορεί να προκύπτουν στη ζωή. Ορισμένα άτομα αποτυγχάνουν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες, ενώ άλλα εξελίσσονται και ευημερούν (Chung, 2008). Οι Gorden, Ingersoll και Orr (1995), ορίζουν την ανθεκτικότητα ως «την ικανότητα του ατόμου να επιτύχει, να ωριμάσει και να αποκτήσει δυνατότητες μέσα σε ένα πλαίσιο δυσμενών συνθηκών ή εμποδίων» (σ. 1). Αντίστοιχα, οι Everall, Altrows και Paulson (2006) την διατύπωσαν ως «μια προσαρμοστική διαδικασία, κατά την οποία το άτομο χρησιμοποιεί εσωτερικές και εξωτερικές πηγές για να ξεπεράσει τις αντιξοότητες ή απειλές που θέτουν σε κίνδυνο την εξέλιξή του» (σ. 462). Εν κατακλείδι, η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα ή ορισμένη διαδικασία που ενεργοποιεί το άτομο έτσι ώστε να χρησιμοποιήσει επιτυχημένες στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων σε δυσμενείς συνθήκες, ενώ παράλληλα αποκτά δεξιότητες κατά τη διαδικασία αυτή (Chung, 2008. Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz & Axpe, 2018).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η έκθεση σε αντιξοότητες της καθημερινότητας, δεν σημαίνει απαραίτητα πως θα έχει ως αποτέλεσμα την σκληραγώγηση του ατόμου. Μολονότι η υπερπροστατευτικότητα δεν βοηθά στην εξέλιξη της ανθεκτικότητας, η έντονη έκθεση σε δυσκολίες, σε πρώιμο στάδιο, πιθανότατα θα κατακλύσει το άτομο θέτοντας σε κίνδυνο την ανάπτυξή της, με αντίστοιχο τρόπο. Με άλλα λόγια, η ‘δόση’ και η χρονική στιγμή εμφάνισης μιας δυσχέρειας παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτικότητας στο άτομο (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003). Σε διαφορετικά χρονικά σημεία της ζωής, οι αντιξοότητες μπορούν να τραυματίσουν ή και να ενδυναμώσουν το άτομο ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες (Wolff, 1995).

Η ανθεκτικότητα φαίνεται να αποτελείται από τρία σημαντικά συστατικά στοιχεία. Το πρώτο αφορά την ικανότητα αλλαγής ή προσαρμοστικότητας του ατόμου σε δύσκολες συνθήκες, ενώ το δεύτερο την ικανότητα ανάκαμψης ή επιτυχίας του όταν τα δεδομένα δείχνουν ότι θα αποτύχει. Τέλος το τρίτο, περιλαμβάνει την αποφασιστικότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει τους παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν, παρά να τους αποφύγει (Werner-Wilson, Zimmerman & Whalen, 2000). Με άλλα λόγια, οι όροι «παράγοντες κινδύνου» και «ψυχική ανθεκτικότητα», αντανακλούν τα επίπεδα ευαλωτότητας και προσωπικής ασφάλειας του ατόμου, αντίστοιχα (Hanewald, 2011).

Ενδιαφέρον προκαλεί το διαγνωστικό μοντέλο των Masten και Reed (2002), οι οποίοι πρότειναν 2 απαραίτητα κριτήρια για την ανάδειξη της ψυχικής ανθεκτικότητας στον άνθρωπο: (1) επίπεδο δυσκολίας και (2) επίπεδο προσαρμοστικότητας. Ανάλογα με την διακύμανση της καθεμιάς από τις δύο μεταβλητές, υπάρχει και ο ανάλογος διαχωρισμός του πληθυσμού σε 4 διακριτές ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που βιώνουν ένα χαμηλό επίπεδο δυσκολιών και εμφανίζουν χαμηλή προσαρμοστικότητα, κατατάσσονται στην ευάλωτη ομάδα. Τα άτομα που βιώνουν δριμείς δυσμενείς συνθήκες και εμφανίζουν χαμηλό επίπεδο προσαρμοστικότητας, θεωρούνται δυσπροσάρμοστα. Εκείνοι που βιώνουν χαμηλό επίπεδο δυσκολιών και προσαρμόζονται εύκολα, κατατάσσονται στην ομάδα των σχετικά ανεπηρέαστων. Τέλος, τα άτομα που επιδεικνύουν υψηλή προσαρμοστικότητα σε έντονες αντιξοότητες, είναι αυτά που ανήκουν στον ψυχικά ανθεκτικό πληθυσμό (Chung, 2008).

Οι Newman και Blackburn (2002) πρότειναν μια διαφορετική κατηγοριοποίηση της ανθεκτικότητας και των παραγόντων κινδύνου που αφορούν ή επηρεάζουν το άτομο, αντίστοιχα, σε τρεις διακριτές διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση αφορά το άτομο καθ' αυτό (εσωτερική), η δεύτερη την οικογένεια του (εξωτερική), ενώ η τρίτη το εξωτερικό περιβάλλον στο οποίο αλληλεπιδρά. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας την πρώτη διάσταση, δηλαδή αυτή του ατομικού παράγοντα, ευνοούν η προσωπική αντίληψη, τα συναισθήματα, η ενσυναίσθηση, οι κοινωνικές δεξιότητες, αλλά και η ιδιοσυγκρασία. Στη δεύτερη διάσταση, αυτή της οικογένειας περιλαμβάνεται η ύπαρξη υποστηρικτικών γονέων, αλλά και η σύναψη ισχυρού δεσμού με τον ένα ή και τους δύο γονείς. Η τρίτη και

τελευταία διάσταση, αυτή του εξωτερικού περιβάλλοντος, εμπεριέχει επιτυχημένες σχολικές εμπειρίες, φιλίες ή και κοντινές σχέσεις με μη συγγενικά πρόσωπα που ενέπνευσαν το εν λόγω άτομο. Από την άλλη πλευρά, σημαντικοί είναι και οι παράγοντες κινδύνου που δημιουργούν δυσχέρεια στη λειτουργικότητα του ατόμου και μάχονται την ανθεκτικότητά του. Στο ατομικό επίπεδο, περιλαμβάνονται οι μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα στην επικοινωνία ή γενετικοί παράγοντες, ενώ στο οικογενειακό, η έντονη διαμάχη μεταξύ των γονέων, η κακοποίηση και η έλλειψη συμβουλών και καθοδήγησης. Τέλος, σε επίπεδο κοινωνίας οι παράγοντες κινδύνου αντανακλούν την ανέχεια, την έλλειψη στέγης, το ρατσισμό, καθώς και τις μη ελεγχόμενες κρίσεις – καταστάσεις που μπορούν να προκύψουν αναπάντεχα στην καθημερινότητα του ατόμου (Çelik, Çetin & Tutkun, 2015. Newman & Blackburn, 2002).

Σε μια πιο λεπτομερή κατηγοριοποίηση οι Martin και Rees (2002) τοποθέτησαν την ψυχική ανθεκτικότητα σε επίπεδο εαυτού, οικογένειας, διαπροσωπικών σχέσεων και κοινωνίας. Στη νέα ομαδοποίηση, ο τρίτος παράγοντας, αναφέρεται στη σύναψη και δημιουργία υγιών υποστηρικτικών σχέσεων με σημαντικούς άλλους πέραν της οικογένειας, ενώ ο τέταρτος αφορά την κοινωνία, τα αποτελεσματικά σχολεία, τη δημόσια ασφάλεια και υγεία. Επιπλέον, τόνισαν την σημασία της δημιουργίας ισχυρού δεσμού με ένα σημαντικό άλλο, πρόσωπο το οποίο μπορεί να είναι και διαφορετικό απ' το γονέα, αλλά να διακρίνεται για τη φροντιστική του διάθεση και στοργικότητα. Η συγκεκριμένη συνθήκη είναι υψίστης σημασίας όταν το άτομο μεγαλώνει σε υποβαθμισμένες περιοχές με φτωχά ερεθίσματα και παροχές (Çelik, et al., 2015, Hanewald, 2011).

1.3.3. Παράγοντες Κινδύνου

Η ψυχική ανθεκτικότητα φαίνεται να επηρεάζεται από παράγοντες που άλλοτε την αναπτύσσουν και άλλοτε την υπονομεύουν. Γεγονότα που διαταράσσουν την αρμονία της καθημερινότητας συχνά έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη λειτουργικότητα του ατόμου. Συνθήκες που εμπεριέχουν απειλή, τραύμα και γενικότερα οι δυσμενείς

εμπειρίες, θέτουν την ψυχοσυναισθηματική ισορροπία του ατόμου σε κίνδυνο (Masten & Reed, 2002).

Αρκετά χρόνια πίσω, οι West και Farrington (1973), σε μια μελέτη τους που είχε ως πληθυσμό νεαρά αγόρια με παραβατικότητα, ανέδειξαν τους παράγοντες κινδύνου που συνδέονταν με τη καθημερινότητα των παιδιών αυτών. Ενδιαφέρουσα, σε αυτή την περίπτωση, είναι η διαπίστωση ότι οι συγκεκριμένοι παράγοντες δεν διαφέρουν από την πρόσφατη βιβλιογραφία. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε ότι το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα, οι πολυμελείς οικογένειες, η γονεϊκή παραβατικότητα – εγκληματικότητα, η χαμηλή νοημοσύνη, οι φτωχές παροχές φροντίδας ή η έλλειψη ερεθισμάτων, αποτελούν παράγοντες που προκαλούν δυσκολίες στη λειτουργικότητα των παιδιών που μεγαλώνουν υπό αυτές τις συνθήκες (Hanewald, 2011. Willms, 2002). Όταν οι αντίξοες συνθήκες προκύψουν κατά τη χρονική περίοδο που η ανάπτυξη του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος του παιδιού βρίσκεται σε κρίσιμο στάδιο, οι επιπτώσεις γίνονται ακόμη πιο δυσμενείς (Cynader & Frost, 1999). Αντίστοιχα, όταν ορισμένοι παράγοντες κινδύνου προκύψουν μεμονωμένα, πιθανά να έχουν εξασθενημένη δράση, ενώ ο συνδυασμός τους σημαντικά πιο ισχυρή (Willms, 2002). Επίσης, δεν έχουν όλοι τους τις ίδιες επιπτώσεις, κάποιιοι μπορεί να προβλέπουν σε μεγαλύτερο βαθμό την πορεία του ατόμου, ενώ άλλοι όχι (Hanewald, 2011).

Οι παράγοντες κινδύνου που μπορεί να προκύψουν στην προσωπική ζωή των παιδιών, στο άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον ή και στο ευρύτερο περιβάλλον, αντανακλώνται στη συμπεριφορά τους. Επιπτώσεις πιθανά να προκύψουν σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας των παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, στον ακαδημαϊκό τομέα, το παιδί μπορεί να εμφανίσει μειωμένο ενδιαφέρον για μάθηση, χαμηλές επιδόσεις ή και μεγάλο αριθμό απουσιών. Σε κοινωνικό επίπεδο, το παιδί ίσως, έχει έντονες διαμάχες με τους συνομηλίκους ή και κοινωνική απόσυρση, ενώ σε σωματικό επίπεδο, πιθανά να αυτοτραυματίζεται ή να έχει παραμελημένη εμφάνιση. Τα συναισθήματά του μπορεί να εμπλέκονται το ένα με το άλλο, να μην υπάρχει σταθερότητα και να προβάλλει προκλητική συμπεριφορά. Οι τομείς αυτοί, μπορεί να είναι διακριτοί σε ένα παιδί που βιώνει δύσκολες καταστάσεις ή και να συνυπάρχουν μεταξύ τους, ανάλογα με την πολυπλοκότητα των συνθηκών και της ιδιοσυγκρασίας τους παιδιού (Hanewald, 2011. Masten & Reed, 2002).

1.3.4. Προστατευτικοί Παράγοντες

Οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να αντισταθμιστούν από τους προστατευτικούς παράγοντες οι οποίοι ξεπροβάλλουν από το ίδιο το δυναμικό του παιδιού, αλλά και τα τρία άμεσα συστήματα που το περιβάλλουν, το οικογενειακό, το σχολικό και αυτό της κοινωνίας στην οποία μεγαλώνει και αλληλεπιδρά. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι προστατευτικοί παράγοντες, όπως και οι παράγοντες που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα, έχουν επίσης αθροιστικό χαρακτήρα. Με άλλα λόγια, όσο περισσότεροι εμφανίζονται στην καθημερινότητα ενός παιδιού, τόσες περισσότερες πιθανότητες έχει εκείνο να εμφανίσει στοιχεία ψυχικής ανθεκτικότητας (Willms, 2002). Η ιδέα της προστασίας και ασφάλειας των παιδιών και εφήβων, μέσω της απομάκρυνσής τους από δύσκολες καταστάσεις ή της μη έκθεσής τους σε αντιξοότητες της καθημερινότητας, δεν υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία ως ένας επωφελής τρόπος (Olsson et al., 2003).

Όσον αφορά την προσωπικότητα του παιδιού, ασφάλεια του προσφέρουν χαρακτηριστικά, όπως η αυτονομία, η αυτοεκτίμηση και ο θετικός κοινωνικός προσανατολισμός τους. Αντίστοιχα, σε επίπεδο οικογένειας, προστατευτικούς παράγοντες αποτελούν η συνοχή της οικογένειας, η ζεστασιά, η στοργικότητα και η έλλειψη διενέξεων (Wolkow, & Ferguson, 2001). Συγκεκριμένα, στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι η συνοχή, η σταθερότητα και η ποιότητα της φροντίδας και της υποστήριξης που προσφέρει η οικογένεια κατά την βρεφική περίοδο των παιδιών είναι εξαιρετικά σημαντική για τη μετέπειτα εξέλιξή τους (Garmezy, 1985. Hanewald, 2011. Masten & Garmezy, 1985).

Σε επίπεδο κοινωνίας, η διαθεσιμότητα υποστηρικτικού πλαισίου από εξωγενείς πηγές, είναι σημαντικά χρήσιμη για την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων στο παιδί (Garmezy, 1985. Hanewald, 2011. Masten & Garmezy, 1985). Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε υποβαθμισμένες περιοχές ή γειτονιές με έντονη παραβατικότητα, βρίσκονται σε περισσότερο κίνδυνο σε σχέση με τα υπόλοιπα. Ωστόσο, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως η δύναμη σταθερών υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων της περιοχής, θα μπορέσει να αντισταθμίσει τη δυσκολία και να αποτελέσει στήριγμα για το παιδί (Pence, 1988, Willms, 2002). Σημαντική είναι και η συνεισφορά του σχολείου ως πηγή προστασίας για το παιδί. Τα παιδιά που

αλληλεπιδρούν σε φτωχά από ερεθίσματα περιβάλλοντα, φαίνεται να αναπτύσσουν χαρακτηριστικά ψυχικής ανθεκτικότητας, αν τα σχολεία στα οποία φοιτούν διακρίνονται από ένα ιστορικό καλών ακαδημαϊκών επιδόσεων και από δασκάλους που τα νοιάζονται και τα προσέχουν (Hanewald, 2011. Rojas, 2015. Rutter, Maughan, Mortimore & Ouston, 1979).

1.3.5. Εσωτερικοί παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας των εφήβων

Οι εσωτερικοί παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας των εφήβων, αναφέρονται σε στοιχεία της προσωπικότητας και του χαρακτήρα που ήδη διαθέτουν ή εξελίσσουν οι ίδιοι, ανά περίπτωση. Θεμελιώδεις εγγενείς παράγοντες όπως η ιδιοσυγκρασία, η εύρυθμη νευρολογική λειτουργία και η ευφυΐα (π.χ. υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, ικανότητα προγραμματισμού και λήψης αποφάσεων) αποτελούν σημαντικές βάσεις για την εξέλιξη της ανθεκτικότητας του ατόμου (Manomenidis, Panagoroulou & Montgomery, 2019. Olsson et al., 2003. Smith, 1999).

Χαρακτηριστικά που αφορούν το άτομο και τις ικανότητές του ως προς την αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό περίγυρο είναι, επίσης, κυρίαρχης σημασίας για την καλλιέργεια της ψυχικής ανθεκτικότητας. Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνικότητα των εφήβων, η ανταπόκριση τους στους άλλους, η θετική προσκόλληση και οι επικοινωνιακές δεξιότητες είναι ισχυροί δείκτες (Olsson et al., 2003. Werner, 1995). Επιπρόσθετα, οι έφηβοι εμπλέκονται σε δραστηριότητες που ικανοποιούν τις σωματικές και ψυχικές τους ανάγκες, οι οποίες τους προσφέρουν το αίσθημα της άνεσης και της ασφάλειας. Έχοντας την αίσθηση του ανήκειν και της αποδοχής, εμφανίζουν περισσότερα στοιχεία πίστης στον εαυτό και κατ' επέκταση ψυχικής ανθεκτικότητας (Ali, Dwyer, Vanner & Lopez, 2010).

Αξιοσημείωτα χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η αυτοεκτίμηση, η αυτοαποτελεσματικότητα, η ανεκτικότητα σε δυσάρεστα γεγονότα, η ενσυναίσθηση, η ευελιξία, το χιούμορ, αλλά και η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων αποτελούν

υποστηρικτικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας των εφήβων (Bernard, 2004. Brooks, 1994. Gartland, Bond, Olsson, Buzwell & Sawyer, 2011. Olsson et al., 2003. Werner, 1995). Το τελευταίο χαρακτηριστικό, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (Gartland et al., 2011) αναπτύσσεται σε έντονο βαθμό σε δυσμενή περιβάλλοντα που περιλαμβάνουν ανέχεια, κακοποίηση (Egeland, 1997), έλλειψη στέγης (Buckner, Mezzacappa & Beardslee, 2003), παιδιά που προσβάλλονται από σοβαρές ασθένειες όπως ο καρκίνος ή έχουν γονείς με ψυχικές διαταραχές (Beardslee, 1989) ή κατάθλιψη (Dumont & Provost, 1999). Σημαντικό εσωτερικό παράγοντα αποτελεί και η ικανοποίηση από τη ζωή, καθώς και η θετική αντίληψη για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον του εφήβου (Rodríguez-Fernández et al., 2018). Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ψυχικά ανθεκτικών εφήβων, είναι κοινά ανεξαρτήτως εθνικότητας, κουλτούρας, φύλου και χρονικής περιόδου (Gartland et al., 2011. Werner & Smith, 2001).

1.3.6. Εξωτερικοί παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας των εφήβων

Στους εξωτερικούς παράγοντες που προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα των εφήβων αναφέρονται τα τρία μικροσυστήματα που τους περιβάλλουν, η οικογένεια, το σχολείο και το κοινωνικό δίκτυο των συνομηλίκων. Αυτοί οι τρεις παράγοντες αν και εκλαμβάνονται ως αυτόνομοι, στην βιβλιογραφία, υποστηρίζεται ότι συνδέονται μεταξύ τους αλληλοεπηρεάζουν την ανάπτυξη ανθεκτικότητας στα παιδιά (Manomenidis et al., 2019. Moore et al., 2018. Petanidou, Daskagianni, Dimitrakaki, Kolaitis & Tountas, 2013).

Όσον αφορά την οικογένεια των εφήβων, σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικής μάθησης οι υποστηρικτικοί γονείς αποτελούν παραδείγματα προς μίμηση για τα παιδιά τους, καλλιεργώντας τους την ενσυναίσθηση (Eisenberg, Spinrad & Sadovsky, 2006). Σε συμφωνία με τα παραπάνω βρίσκεται και το περιεχόμενο της θεωρίας της προσκόλλησης που αφορά τις θετικές επιδράσεις των φροντιστικών γονέων στην ανάπτυξη των παιδιών τους (Miklikowska, Duriez, & Soenens, 2011. Laible, Carlo &

Roesch, 2004). Η οικογενειακή ζεστασιά και τρυφερότητα, η γονεϊκή ενθάρρυνση και υποστήριξη ή η στενή επαφή με φροντιστικό ενήλικα, αποτελούν ισχυρούς εξωτερικούς παράγοντες ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας των εφήβων (Allen, 1998. Werner, 1995).

Στη βιβλιογραφία δύο είναι τα περιβάλλοντα που προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα, το σχολικό και το ευρύτερο κοινωνικό. Το σχολείο αποτελεί σημαντικό εξωτερικό παράγοντα προώθησης της ανθεκτικότητας και αυτό εξαιτίας τριών σημαντικών ιδιοτήτων που προσφέρει σε παιδιά και εφήβους. Οι τελευταίοι περνούν το ένα τρίτο του χρόνου τους σε αυτό. Το σχολείο, λοιπόν, εκτός του ότι είναι ένα πλαίσιο που εξελίσσει καθολικά το άτομο, παράλληλα, προσφέρει ευκαιρίες εξάσκησης νέων δεξιοτήτων και πειραματισμού. Επιπλέον, αποτελεί ένα δυναμικό και ασφαλές πλαίσιο που αντικαθιστά άλλα πιθανά δυσμενή περιβάλλοντα που θα μπορούσαν να βλάψουν τους μαθητές τις συγκεκριμένες ώρες (Olsson, 2003. Patton et al., 2000). Σχολεία που περιλαμβάνουν υποστηρικτικό δίκτυο συνομηλίκων, εκπαιδευτικούς με θετικές επιρροές και ευκαιρίες επιτυχίας σε ακαδημαϊκές επιδόσεις και όχι μόνο, αποτελούν θετικούς δείκτες ψυχικής ανθεκτικότητας (Olsson et al., 2003. Rojas, 2015. Smith, 1999. Werner, 1995).

Τελευταία αλλά εξίσου σημαντική είναι η συνεισφορά του παράγοντα των συνομηλίκων για την προαγωγή της ψυχικής ανθεκτικότητας του εφήβου στην παρούσα χρονική στιγμή, αλλά και για τη μελλοντική του εξέλιξη (Allan, McKenna & Dominey, 2013. Rojas, 2015. Wolkow & Ferguson, 2001). Σύμφωνα με τους Luthar, Cicchetti & Becker (2000), το κοινωνικό πλαίσιο, μπορεί να δώσει ευκαιρίες στους εφήβους να νιώσουν κοινωνικά αποδεκτοί, όταν αυτό είναι υποστηρικτικό. Η αίσθηση του ανήκειν και της αποδοχής για τον έφηβο από το δίκτυο των συνομηλίκων, μπορεί να αποτελέσει, ίσως και σημαντικότερο παράγοντα από αυτόν της υποστήριξης από τους γονείς, όσον αφορά την αποφυγή επικίνδυνων συμπεριφορών, παραβατικότητας, καπνίσματος ή χρήσης παράνομων ουσιών (Ali et al., 2010). Το συγκεκριμένο εύρημα εξηγείται από το γεγονός ότι το παιδί καθώς εισέρχεται στην εφηβεία είναι υποχρεωμένο από το πλέον πιο απαιτητικό σχολικό και εξωσχολικό πρόγραμμα, να βρίσκεται περισσότερο χρόνο με ομηλικούς, οι οποίοι ασκούν πλέον μεγαλύτερη επιρροή (Petanidou et al., 2013).

1.3.7. Φύλο

Το φύλο φαίνεται πως είναι ένας αμφιλεγόμενος όρος όσον αφορά τις μελέτες σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα των παιδιών και εφήβων. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα κορίτσια εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας και ενσυναίσθησης σε σχέση με τα αγόρια, ενώ δεν υπάρχουν διακριτές διαφορές για τον παράγοντα της γενικότερης ψυχικής τους ευεξίας (Sadeghi, Barahmand & Roshannia, 2020. Vinayak & Judge, 2018). Αντίστοιχα, είναι και τα αποτελέσματα και στην ενήλικη ηλικιακή φάση. Οι γυναίκες, κατά τη διάρκεια της ζωής τους καθώς βιώνουν δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, στερεοτύπων και προκαταλήψεων εξελίσσουν την ψυχική τους ανθεκτικότητα (Isaacs, 2014). Επιπλέον, δέχονται περισσότερη κοινωνική υποστήριξη και εκφράζουν λιγότερο θυμό, στοιχεία που αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες και συμβάλλουν στην προώθηση ανθεκτικών δεξιοτήτων συγκριτικά με τους άνδρες (Galambos, Barker & Krahn, 2006. Sneed et al., 2006). Σε συμφωνία με τα παραπάνω, η έρευνα των Imura και Taku (2017), σε έφηβους Ιάπωνες, ανέδειξε ότι τα κορίτσια εμφάνισαν περισσότερη ευαλωτότητα στις δύσκολες συνθήκες εξωτερικεύοντας στοιχεία νευρωτισμού, ενώ αγόρια εκδήλωσαν περισσότερη εξωστρέφεια.

Όσον αφορά το φύλο στην οικογένεια, οι μητέρες φαίνεται να έχουν την τάση να εξελίσσουν τα ηθικά συναισθημάτα στις κόρες τους, ενώ οι πατέρες τις γνωστικές και ηθικές συμπεριφορές στους γιούς τους (Miklikowska et al., 2011. Zahn-Waxler, 2000). Σύμφωνα με τους Hastings, McShane, Parker και Ladha (2007), η σχέση μητέρας – κόρης είναι η πιο στενή, συναισθηματική και ισχυρή από οποιαδήποτε άλλη δυαδική σχέση. Με άλλα λόγια, το κοινό φύλο μεταξύ γονέων και παιδιών προάγει αντίστοιχα στοιχεία κοινωνικοποίησης, ενσυναίσθησης και ψυχικής ανθεκτικότητας (Maccoby, 2003. Miklikowska et al., 2011. Zahn-Waxler, 2000). Επιπλέον, οι γονείς φαίνεται να ωθούν τα αγόρια να παίρνουν περισσότερα ρίσκα και να είναι πιο ανεξάρτητα, ενώ στα κορίτσια ωθούνται να έχουν μια πιο συντηρητική συμπεριφορά, πράγμα το οποίο επηρεάζει και την ανθεκτικότητά τους (Sadeghi et al., 2020).

Πέραν αυτού καθ' αυτού του ρόλου της οικογένειας, πολύ σημαντικό μερίδιο επιρροής στην προώθηση της ψυχικής ανθεκτικότητας ανάμεσα στα δύο φύλα, έχει η κοινωνία και τα πρότυπα που ανατροφοδοτούνται από τα μέλη της. Το κοινωνικό σύνολο προσδωκά νόρμες που υπακούν στο πρότυπο των συμπονετικών, ευγενικών

κοριτσιών, που τους ενδιαφέρουν η εμφάνιση και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Αντίστοιχα, τα αγόρια αναμένεται να είναι ανεξάρτητα, αυτόνομα, ανταγωνιστικά και να σκέφτονται τα ατομικά τους συμφέροντα (Klein & Hodges, 2001. Vinayak & Judge, 2018. Overgaauw, Rieffe, Broekhof, Crone & Güroğlu, 2017).

Ενδιαφέρον προκαλούν τα αποτελέσματα της έρευνας των Wei et al., (2021) από την έρευνα που έκαναν σχετικά με τις διαφορές φύλου στις σχέσεις μεταξύ τύπων παιδικών τραυμάτων και ανθεκτικότητας σε συμπτώματα κατάθλιψης Κινέζων εφήβων κατά τη διάρκεια της πανδημίας του Covid-19. Πιο συγκεκριμένα, αν και το παιδικό τραύμα έχει περισσότερες πιθανότητες να προκαλέσει καταθλιπτικά συμπτώματα στα κορίτσια από ότι στα αγόρια (Hodes & Epperson, 2019), η άμεση επίδραση της ψυχικής ανθεκτικότητας στα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν διέφερε ανάμεσα στα δύο φύλα. Ωστόσο, η αλληλεπίδραση της ανθεκτικότητας και της συναισθηματικής κακοποίησης στα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν ισχυρότερη στα κορίτσια (Wei et al., 2021).

1.4. Χιούμορ

1.4.1. Ιστορική αναδρομή

Από τα πρώτα συγγράμματα των φιλοσόφων των αρχαίων χρόνων και των πρώτων νεότερων (17^{ος} και μετά), όπως του Πλάτωνα (Φίληβος), του Αριστοτέλη (Περί ποίησης), του Χομπς (Λεβιάθαν) και του Ρουσώ (Επιστολή στον Ντ' Αλαμπέρ), το χιούμορ παρουσιάζεται ως μορφή εχθρότητας. Για τους συγκεκριμένους φιλόσοφους, η ειρωνική ποιότητα που εμπεριέχει το γέλιο το οποίο απευθύνεται στην ασχήμια, την ασθένεια, την ανεπάρκεια ή τη δυσμορφία των άλλων, ωθεί στη θυματοποίηση των ατόμων, πράγμα που κάνει το χιούμορ αποκρουστικό και βάνασσο (Snyder & Lopez, 2001). Κατά το 19^ο αιώνα, συγγραφείς όπως ο Davis (1975) στο έργο του 'World of Wonders' και ο Umberto Eco (1980) στο έργο του 'Το όνομα του Ρόδου' - διαφορετικά σε σχέση με τους υπόλοιπους συγγραφείς μέχρι εκείνη την εποχή - κάνουν λόγο για τη λειτουργία του χιούμορ ως ευλογίας ή κατάρας ανάλογα με τις συνθήκες και τον τρόπο χρήσης του.

Σε αντίθεση με τους φιλοσόφους και τους συγγραφείς, οι γιατροί και οι επιστήμονες υγείας εκείνης της εποχής θεωρούσαν πως το χιούμορ ή πιο απλά το γέλιο, μπορεί να έχει θετική επίδραση στους ασθενείς (Goldstein, 1982). Πρότειναν το γέλιο ως μια μορφή θεραπευτικής μεθόδου και τόνισαν τη σημαντική συμβολή του στην ανάρρωση των παθόντων, καθώς αυξάνει την πίεση του αίματος, γυμνάζει, βελτιώνει την αναπνοή, προσφέρει ενέργεια και υγιή εμφάνιση, καταπραΰνει τα συμπτώματα της μελαγχολίας, της κατάθλιψης και του πένθους (Cousins, 1979. Goldstein, 1982. McDougall, 1903. Walsh, 1928).

Όσον αφορά τον τομέα της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής, ο Freud, πρωτοπόρος της εποχής του, στο βιβλίο του Jokes and Their Relation to Unconscious (1905), περιγράφει το γέλιο ως μια μορφή εκτόνωσης αμυντικών εντάσεων. Τέτοιου είδους εντάσεις εμπερίκλειαν συναισθήματα και σκέψεις που σχετίζονταν με το θυμό ή τη σεξουαλικότητα και θεωρούνταν απρεπείς από τον κοινωνικό περίγυρο. Λίγα χρόνια αργότερα, ο Freud, μιλώντας για το χιούμορ, το

όρισε ως την εσωτερίκευση της γονεϊκής συγχώρεσης (μετάβαση σταδίου βίωσης θυμού και οργής του παιδιού απέναντι στους γονείς, στο στάδιο της συγχώρεσης) η οποία κάνει το άτομο ικανό να δει διαφορετικές οπτικές και να βιώσει ανακούφιση σε καταστάσεις που διακρίνονται από απογοητεύσεις και αποτυχίες. Με άλλα λόγια, παρουσίασε το χιούμορ ως παρηγορητικό παράγοντα στη συναισθηματική απελπισία (Freud, 1928).

Από τα τέλη του προηγούμενου αιώνα έως και σήμερα, οι απόψεις για το ρόλο και τη λειτουργία του χιούμορ στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου, καθώς και στις διαπροσωπικές του σχέσεις, ποικίλλουν. Με μια πιο ανθρωπιστική ματιά οι Dixon (1980) και Diamond (1997), πρότειναν πως το χιούμορ αντικατέστησε συμπεριφορές θυμού και βίας που στόχο τους είχαν την επιβίωση στις τότε νομαδικές κοινωνίες. Αυτός ο διαφορετικός τρόπος προσέγγισης για διεκδίκηση και επίλυση προβλημάτων, φάνηκε να είναι πιο λειτουργικός από τη στιγμή που οι λαοί ξεκίνησαν να ζουν πιο κοντά και σε σταθερές περιοχές.

Παράλληλα, μια άλλη οπτική αφορά τα άτομα των οποίων οι σύζυγοι έχουν πεθάνει. Υποστηρίχτηκε λοιπόν, πως αν οι άνθρωποι μπορούν να γελάσουν με μια δύσκολη ή ακόμη και τρομοκρατική εμπειρία τους, γίνονται πιο προσεγγίσιμοι από τους άλλους. Επιπλέον, το γέλιο, το χαμόγελο και γενικότερα το χιούμορ, επιδεικνύει πως οι πενθούντες είναι έτοιμοι για εκ νέου κοινωνική αλληλεπίδραση μετά το δυσάρεστο γεγονός (Bonnano & Keltner, 1997). Τέλος, η χρήση του γέλιου από τα άτομα που πενθούν αποτελεί στοιχείο πως έχουν ξεκινήσει τη διαδικασία εμπλοκής τους στα κοινωνικά δρώμενα και την ανάκαμψή τους από το πένθος. Το χιούμορ, συνεπώς, θα αποτελέσει για εκείνους προστασία από τις συνεχόμενες πιέσεις που βιώνουν (Keltner & Bonnano, 1997).

Ωστόσο, στο σημείο αυτό είναι εμφανής μια ασυμφωνία μεταξύ των αναφορών των ερευνητικών δεδομένων της εποχής μας που υποστηρίζουν την θετική επίδραση του χιούμορ, σε σχέση με την καταγραφή απόψεων των φιλοσόφων των παλαιότερων και αρχαίων χρόνων για τη χλευαστική μορφή του. Αυτό που αξίζει να τονιστεί είναι ότι το χιούμορ επιτελεί διάφορους σκοπούς. Από τους πρώτους ερευνητές σε αυτή τη λογική ήταν ο Vaillant (1977), ο οποίος περιέγραψε το χιούμορ ως «ώριμο» αμυντικό μηχανισμό και έκανε τη διάκριση μεταξύ του αυτοσαρκασμού και του πνευματώδους χιούμορ. Για εκείνον, το πρώτο,

περιγράφεται ως προσαρμοστικό μέσο το οποίο έχει ως στόχο τη χαλάρωση από αγχωτικά γεγονότα που το άτομο μπορεί να υφίσταται, ενώ το δεύτερο έχει ένα πιο επιθετικό και ελεγκτικό χαρακτήρα προς το δέκτη. Το πνευματώδες χιούμορ, βρέθηκε πως υποβιβάζει και τους παρατηρητές ακόμη κι αν αυτοί δεν είναι ο στόχος, προκαλώντας στο δέκτη και τον περίγυρό του συναισθήματα φόβου και απόρριψης. Αντίθετα, με το αυτοσαρκαστικό χιούμορ, το άτομο συνεχίζει να ευχαριστείται την κοινωνική συναναστροφή, καθώς δεν προκαλεί αγχωτικά αισθήματα στους δέκτες (Janes & Olson, 2000. Snyder & Lopez, 2001). Την αντίληψη αυτή απορρίπτει, λίγα χρόνια μετά, ο Martin με τους συνεργάτες του (2003), που τοποθέτησαν τον αυτοσαρκαστικό τύπο χιούμορ στο μη προσαρμοστικό είδος καθώς τα χιουμοριστικά σχόλια γίνονται εις βάρος του πομπού.

1.4.2. Εννοιολογική κατασκευή

Η αντίληψη ότι το χιούμορ εμπεριέχει κάτι αστείο αποτελεί θεμέλιο για τον προσδιορισμό της έννοιας (Ruch, 2008). Ο συγκεκριμένος όρος αντιπροσωπεύει μια πληθώρα φαινομένων που σχετίζονται με τη χιουμοριστική εμπειρία (Ruch, 2001. 2007). Το χιούμορ θα μπορούσε να οριστεί ως ένας ευρύς και πολυπαραγοντικός όρος που αναπαριστά οτιδήποτε μπορεί να λεχθεί ή ναπραχθεί από τους ανθρώπους, το οποίο θα προκαλέσει γέλιο ή θα εκληφθεί από τους υπολοίπους ως αστείο. Επιπρόσθετα, το χιούμορ αφορά τη γνωστική διαδικασία που συμβάλλει στη δημιουργία και την αντίληψη του εύθυμου ερεθίσματος, αλλά και κατ' επέκταση στη συναισθηματική απόκριση στο αστείο. Οι παραπάνω λειτουργίες είναι απαραίτητες για την προσωπική απόλαυση από το συγκεκριμένο ερέθισμα (Martin & Ford, 2018). Το χιούμορ αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο παρέχεται από τα άτομα κατά την αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό τους περίγυρο. Το γέλιο και τα αστεία προκαλούνται πολύ συχνότερα όταν τα άτομα βρίσκονται σε παρέα, παρά όταν είναι απομονωμένα (Martin & Kuiper, 1999. Provine & Fischer, 1989).

Μια ενδιαφέρουσα διερεύνηση της ανάπτυξης χιούμορ από την παιδική ηλικία μέχρι την ενήλικη ζωή, είναι αυτή των διάφορων θεωριών που έχουν ασχοληθεί με την πολύπλευρη προσέγγιση του (Semrud-Clikerman & Glass, 2010). Αξιοσημείωτο ρόλο παίζει η ασυνέπεια στις μικρότερες ηλικίες, δηλαδή η ταυτόχρονη εμφάνιση ασύμφωνων στοιχείων ή η ξαφνική αντίφαση μεταξύ των προσδοκιών (Bariaud, 1988. Bernstein, 1986. Johnson & Mervis, 1997). Το χιούμορ περιέχεται σε 2 φάσεις, την αντίληψη της ασυμφωνίας και την επαναξιολόγηση της κατάστασης ώστε να επιλυθεί η αντίφαση (Hoicka, Jutsum & Gattis, 2008).

Μια δεύτερη προσέγγιση είναι αυτή της γνωστικής και συναισθηματικής κυριαρχίας (Semrud-Clikerman & Glass, 2010). Τα παιδιά απολαμβάνουν την αριστοτεχνία ενός χιουμοριστικού ερεθίσματος, ενώ παράλληλα, εκφράζουν αυτή τους την ευχαρίστηση όταν το ερέθισμα συμφωνεί με τις απαιτήσεις του συγκεκριμένου εξελικτικού σταδίου στο οποίο βρίσκονται. Κατά συνέπεια, όταν ο χιουμοριστικός παράγοντας είναι είτε υπερβολικά περίπλοκος είτε πολύ απλός για τη γνωστική ή συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, η ικανοποίηση που λαμβάνουν είναι αισθητά χαμηλότερη (Pinderhughes & Zigler, 1985).

Η τρίτη και τελευταία θεωρητική προσέγγιση του χιούμορ από αναπτυξιακή σκοπιά, αφορά την κοινωνική αλληλεπίδραση (Semrud-Clikerman & Glass, 2010). Η ασυμφωνία που προκύπτει από το χιουμοριστικό ερέθισμα μπορεί να προκαλέσει φόβο ή σύγχυση στο παιδί. Ωστόσο, για να εκληφθεί το ερέθισμα ως κάτι αστείο και μη απειλητικό θα χρειαστεί να μεταφερθεί με ένα παιχνιδιάρικο τρόπο. Αυτός ο τρόπος διαμορφώνεται μέσω μιας κοινωνικής αλληλεπίδρασης που έχει την αντίστοιχη παιχνιδιάρικη ή εύθυμη πρόθεση (Bariaud, 1988).

Το χιούμορ, τα τελευταία χρόνια, μελετάται από διάφορες πλευρές. Τέτοια παραδείγματα αφορούν την γνωστική σκοπιά όσον αφορά την ικανότητα του ατόμου να δημιουργεί, αντιλαμβάνεται, αναπαράγει και θυμάται αστεία (Feingold & Mazzella, 1993), αλλά και ως παράγοντας συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας στις περιπτώσεις όπου η καλή διάθεση μοιάζει να έχει γίνει χαρακτηριστικό του ατόμου (Ruch & Kohler, 1998). Επιπρόσθετα, το χιούμορ διερευνάται ως μοτίβο συμπεριφοράς με την τάση του ατόμου να γελά συχνά, να λέει αστεία διασκεδάζοντας τον περίγυρό του ή το αντίστροφο (Craik, Lampert & Nelson,

1996), καθώς επίσης και ως στάση ζωής μέσω μιας εύθυμης οπτικής για τον κόσμο ή θετικής αλληλεπίδρασης και απόκρισης (Svebak, 1996). Ενδιαφέρον προκαλεί η διερεύνηση της αισθητικής πλευράς του χιούμορ, η οποία αφορά την εκτίμηση της αξίας του, αλλά και την προσωπική προτίμηση στο είδος και το περιεχόμενο του (Ruch & Hehl, 1998). Μελέτες έχουν γίνει από αναπτυξιακή, κλινική ή νευρολογική σκοπιά, αλλά και από την πλευρά της προσωπικότητας, της υγείας και της εκπαίδευσης των ατόμων που το διαχειρίζονται (Martin & Ford, 2018). Τέλος, αξιοσημείωτος είναι ο ρόλος του χιούμορ ως στρατηγική αντιμετώπισης ή μηχανισμό άμυνας μέσω της διατήρησης μιας χιουμοριστικής διάθεσης απέναντι σε δυσμενείς εμπειρίες (Lefcourt & Martin, 1986).

1.4.3. Το χιούμορ ως μηχανισμός άμυνας

Τα πρώτα δείγματα για τον ρόλο του χιούμορ ως μηχανισμού άμυνας απέναντι σε έντονα τραυματικά γεγονότα εντοπίστηκαν σε εργαζόμενους που ασχολούνται με έκτακτα περιστατικά όπως αστυνομικούς, πυροσβέστες ή ειδικούς υγείας. Το προσωπικό τέτοιων επαγγελμάτων κάνει χρήση κυνικού ή «μαύρου» χιούμορ έτσι ώστε να φέρει σε ισορροπία την έντονη πίεση που βιώνει σε συνθήκες έντονα αγχογόνες (Rowe & Regehr, 2010). Ειδικότερα, η μεταχείριση του χιούμορ στις συγκεκριμένες καταστάσεις γίνεται προσαρμοστικά με στόχο να βοηθήσει το άτομο να αποστασιοποιηθεί από την ψυχοφθόρα διαδικασία, αλλά και να δώσει ενωτική μορφή στο έργο μέσω της συνεργασίας του ατόμου με τους υπόλοιπους συναδέλφους. Η συγκεκριμένη μορφή χιούμορ μπορεί δυνητικά να διασφαλίσει την αποτελεσματική ομαδική λειτουργία του προσωπικού κάτω υπό αυτές τις τραυματικές συνθήκες (Kuiper, 2012).

Από τα τέλη του προηγούμενου αιώνα, πλήθος ερευνών αναφέρονται στην εύθυμη οπτική του χιούμορ και του γέλιου, τα οποία δρουν θεραπευτικά στο άτομο μέσω της εκτόνωσης εντάσεων και άγχους (Kuiper & Martin, 1998. Lefcourt, Davidson, Shepherd, Phillips, Prkachin & Mills, 1995. Moran, 1996. Moran & Massam, 1999). Ενώ το άγχος συνδέεται με ψυχικό αδιέξοδο (Gillis, 1992), το

χιούμορ φαίνεται να αποφορτίζει το άτομο έναντι των αρνητικών συνεπειών του (Abel, 1998). Το έντονο γέλιο, σύμφωνα με τον Fry (1994), έχει τη δύναμη να προκαλέσει θετικές σωματικές ή και βιοχημικές αλλαγές και κατ' επέκταση ισχυρότερες ανοσοποιητικές αποκρίσεις σε επικείμενη ασθένεια. Επιπρόσθετα, υποστηρίζεται ότι η καλή αίσθηση του χιούμορ σχετίζεται με τη μυϊκή χαλάρωση, με τον έλεγχο του πόνου και της δυσφορίας, με τη θετική ψυχική κατάσταση και με μια γενικότερη ψυχική ευεξία και υγιή αυτοαντίληψη (Deaner & McConatha, 1993. Kuiper & Martin, 1993. Kuiper, McKenzie & Belanger, 1995. Ruch & Kohler, 2010).

Ο θετικός αντίκτυπος του χιούμορ μπορεί να επεξηγηθεί μέσω του ρόλου του στη γνωστική εκτίμηση μιας απειλής ή μιας αγχωτικής κατάστασης και της λειτουργίας του ως μηχανισμός αντιμετώπισης άγχους γενικότερα (Abel, 2002. Kuiper & Martin, 1998). Σημαντική λειτουργία του χιούμορ αποτελεί η πρόκληση μιας γνωστικο-συναισθηματικής μετατόπισης ή αναδιάρθρωσης μιας κατάστασης έτσι ώστε να είναι λιγότερο απειλητική. Παράλληλα, απελευθερώνονται συναισθήματα που σχετίζονται με την αντιληπτή απειλή και η αυτόματη σωματική διέγερση που το άτομο εμφανίζει στον κίνδυνο, ελαττώνεται (Abel, 2002. Martin, Kuiper, Olinger & Dance, 1993).

Ως απόρροια των παραπάνω αναφορών αλλά και των διάφορων ερευνών του προηγούμενου αιώνα μέχρι και σήμερα, αναφέρεται το γεγονός ότι το χιούμορ αποτελεί έναν ιδιαίτερα υγιή και αποτελεσματικό μηχανισμό αντιμετώπισης δυσκολιών. Η συγκεκριμένη οπτική υποστηρίζεται από την αντίληψη ότι το χιούμορ είναι ένα ισχυρό αντίδοτο έναντι των αρνητικών συναισθημάτων, βελτιώνει τη διάθεση και δρα απέναντι στις τρέχουσες στρεσογόνες καταστάσεις (Freud, 1928. Martin & Lefcourt, 1983. Samson & Gross, 2012. Szabo, 2007. Tucker, Wingate, O'Keefe, Slish, Judah & Rhoades-Kerswill, 2013. Vaillant, 2000). Ενδιαφέρον προκαλούν τα αποτελέσματα των Newman και Stone (1996), τα οποία αναφέρονται στην σημαντικότητα του, ως μηχανισμού άμυνας σε άτομα με υψηλό, αλλά και χαμηλό επίπεδο χιούμορ, ενώ οι συνέπειές του μπορεί να είναι δραστικές ακόμη και σε αυτούς που δεν συνηθίζουν να το χρησιμοποιούν σχεδόν καθόλου.

Όσον αφορά την εξέλιξη του εαυτού, υποστηρίχτηκε ότι το προσωπικό χιούμορ μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα για μια καλύτερη ψυχική ευημερία και ικανοποίηση από τη ζωή (Peterson, Ruch, Beermann, Park & Seligman, 2007). Επιπλέον, φάνηκε πως συμβάλλει στην ενδυνάμωση του χαρακτήρα μετά από κάποιο τραύμα (Peterson, Park, Pole, D' Andrea, & Seligman, 2008). Αντίστοιχα, το χιούμορ ενδυναμώνει το άτομο έτσι ώστε να αντέχει τις χαμηλές του επιδόσεις σε εργασίες που του ανατίθενται ή την αποτυχία (Geisler & Weber, 2010). Σύμφωνα με τους Olson, Hugelshofer, Kwon και Reff (2005), τα καταθλιπτικά άτομα μετά από αυτοαξιολόγηση, δήλωσαν πως με τη χρήση του χιούμορ ως μέσου αλλαγής διάθεσης ή προσέγγισης των άλλων στον κοινωνικό περίγυρο, παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας όταν συλλογίζονταν την κατάσταση την οποία βίωναν (Olson, Hugelshofer, Kwon & Reff, 2005). Παράλληλα, άνθρωποι με χαμηλότερη αίσθηση του χιούμορ είναι πιθανότερο να βιώσουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, ιδιαίτερα όταν εκτίθενται σε αντίξοες συνθήκες (Tucker et al., 2013).

Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι πέραν των θετικών επιδράσεων, το χιούμορ έχει και αρνητικές επιπτώσεις στο άτομο. Συγκεκριμένα παραδείγματα αποτελούν αυτά που κάνουν το άτομο δυσπροσαρμοστικό σε διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις. Με άλλα λόγια, όταν γίνεται έντονη και συνεχής χρήση κυνικού ή «μαύρου» χιούμορ, ο πομπός οδηγείται στο καμουφλάρισμα των συναισθημάτων (χωρίς να έρχεται σε επαφή και να τα αντιμετωπίζει) ή στην αποσιώπηση του πόνου που πιθανά να βιώνει σε εκείνη την δυσμενή συνθήκη (Kosenko & Rintamaki, 2010). Τέλος, μια διαφορετική αρνητική πτυχή του χιούμορ για την θετική αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων, αποτελεί αυτή στο χώρο εργασίας όπου τα άτομα με υπονομευτικά σχόλια και αστεία ελέγχουν τις αλληλεπιδράσεις με τους συναδέλφους δίνοντας έμφαση στην απόσταση και τα κοινωνικά όρια (Holmes & Marra 2002).

1.4.4. Το χιούμορ ως μηχανισμός άμυνας στην εφηβεία

Ως στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, αναφέρονται οι γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες των παιδιών να διαχειριστούν ή να μεταβάλλουν στρεσογόνες καταστάσεις στην καθημερινότητά τους (Führ, 2002. Lazarus & Folkman, 1984. Martin, 1998). Στην πρώτη κατηγορία, τη γνωστική, η εστίαση γίνεται στο πρόβλημα και οι στρατηγικές αφορούν επίλυση προβλημάτων, συλλογή πληροφοριών, ανάθεση στόχου και οριοθέτηση της συμπεριφοράς ώστε να οδηγεί στο προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Αντίστοιχα, η συμπεριφορική προσπάθεια εστιάζει περισσότερο στο συναίσθημα και οι στρατηγικές περιλαμβάνουν την αναπλαισίωση του προβλήματος, αλλαγή νοήματος, αποστασιοποίηση, θετική οπτική των πραγμάτων, χρήση της σωματικής άσκησης και του χιούμορ (Folkman, Chesney, McKusick, Ironson, Johnson & Coates, 1991).

Σύμφωνα με την Αναπτυξιακή Ψυχολογία (Erikson, 1968. Feldman, 2006), η προεφηβεία και εφηβεία αποτελούν τις πιο δύσκολες ηλικιακές περιόδους του ανθρώπου. Η ανάπτυξη της σεξουαλικότητας μέσω αλλαγών στο σώμα και το νου, αλλά και οι αντιδράσεις του κοινωνικού περίγυρου σε αυτές τις μεταβολές, αποτελούν τα απαιτητικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτής της ηλικίας. Η εφηβεία αποτελεί την περίοδο των τυπικών λογικών πράξεων, το τέταρτο στάδιο κατά τον Piaget (1970), σύμφωνα με το οποίο τα παιδιά ξεκινούν να διαμορφώνουν αφαιρετική σκέψη, να διαχειρίζονται παραπάνω από δύο μεταβλητές ταυτόχρονα, να ανιχνεύουν λογικές ασάφειες σε δηλώσεις και να προβλέπουν τη λογική συνέπεια των πράξεων τους. Επιπλέον, η μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία οδηγεί πιο κοντά στην αντίληψη του εαυτού μέσω της αυτοπαρατήρησης, μια ικανότητα που ξεκινά να πρωτοεμφανίζεται αυτή την περίοδο (Fendt, 1990). Οι συγκεκριμένες γνωστικές δεξιότητες δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα της προκείμενης ηλικιακής ομάδας να παίζουν με ιδέες και έννοιες σε μια πιο αφηρημένη μορφή (Führ, 2001). Τα παιδιά σε αυτή την ηλικία ξεκινούν να απολαμβάνουν ακόμη και υπαρξιακά αστεία για τη ζωή, αλλά και με οποιουδήποτε περιεχομένου ή δομής αστεία (Martin & Ford, 2018).

Από την παιδική και την εφηβική ηλικία, υποστηρίζεται πως η χρήση του χιούμορ ως εργαλείου που στόχο του έχει την αντιμετώπιση αγχωτικών δυσκολιών που προκύπτουν καθημερινά, είναι σημαντικά αποτελεσματική (Führ, 2002. Martin, 1998). Τα παιδιά πολλές φορές χρησιμοποιούν γλεουαστικό χιούμορ ως μηχανισμό άμυνας έναντι του στρες που βιώνουν ή κάποιου φόβου τους, με αποτέλεσμα να νιώθουν ότι έχουν τον έλεγχο της κατάστασης. (Dowling, 2002. Martin, 1989). Οι Kuiper και Martin (1993), αναφέρουν ότι η συστηματική χρήση χιούμορ από τους εφήβους, είχε ως απότοκο υψηλότερα επίπεδα, αυτοεκτίμησης, λιγότερη απόκλιση μεταξύ πραγματικής και ιδανικής αντίληψης του εαυτού, ενώ η σταθερότητα σε απόψεις – αντιλήψεις φάνηκε πιο ισχυρή.

Νεότερες μελέτες ασχολήθηκαν με τις συνθήκες κατά τις οποίες έφηβοι κάνοντας χρήση του χιούμορ προσπάθησαν να ανταπεξέλθουν σε απαιτητικές συνθήκες στην καθημερινότητά τους επιδεικνύοντας ανθεκτικότητα. Αναλυτικότερα, οι έφηβοι χρησιμοποιούν το χιούμορ κατά τις συνήθειες συναντήσεις τους με συνομηλίκους, ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο την κοινωνικο-συναισθηματική τους λειτουργικότητα και μειώνοντας το κοινωνικό στρες που βιώνουν κατά τη διαδικασία προσέγγισης του άλλου (Cameron, Fox, Anderson & Cameron, 2010). Επιπλέον, το χιούμορ αποτελεί μέσο αντιμετώπισης του άγχους που βιώνουν τα παιδιά στις τάξεις του Λυκείου κατά την προετοιμασία τους για την εισαγωγή τους στο πανεπιστήμιο (Shaunessy & Suldo, 2010).

Πέραν των δυσκολιών που μπορούν να αντιμετωπίσουν παιδιά και έφηβοι λόγω καθημερινών στρεσογόνων παραγόντων, υπάρχει μια ομάδα αυτού του ηλικιακού πληθυσμού που πιθανά βιώνει έντονες αντίξοες συνθήκες. Μια τέτοια ομάδα αφορά άτομα που αποτελούν παιδιατρικούς ασθενείς. Τα παιδιά κάνουν χρήση του χιούμορ με το δικό τους μοναδικό τρόπο για να ανταπεξέλθουν στις αγχωτικές καταστάσεις της ακινητοποίησης, του πόνου και του γενικότερου φόβου με την κλινική διαδικασία (Dowling, 2002. Goodenough & Ford, 2005). Πιο συγκεκριμένα, παιδιά και έφηβοι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και χρειάζονται συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο ή φιλοξενούνται εκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, έχουν υποστεί κακώσεις και έντονους τραυματισμούς, έχουν υποβληθεί σε μεταμοσχεύσεις - εγχειρήσεις ή έχουν βιώσει τραυματικές /μετατραυματικές καταστάσεις, με τη χρήση του χιούμορ εμφάνισαν θετικά

αποτελέσματα στη θεραπεία, κατά την ψυχοφθόρα διαδικασία (Bloyd & Hunsberger, 1998. Denholm, 1995. Goodenough & Ford, 2005. Grey, Lipman, Cameron & Thunder, 1997. Hanton, 1998. Lefcourt, 2002. Yim-Chiplis, 1998).

1.4.5. Χιούμορ: εγγενές ή περιβαλλοντικό χαρακτηριστικό;

Το χιούμορ μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, όπως το χιούμορ ερμηνείας (επιτηδευμένο που χρησιμοποιείται στην τηλεόραση, σε ταινίες, από κωμικούς ως παράσταση) (Martin & Ford, 2018), τα αστεία (Long & Graesser, 1988), το αυθόρμητο χιούμορ συζήτησης (Norrick 2003) και το ακούσιο ανεπιτήδευτο χιούμορ (Nilsen & Nilsen, 2000). Ωστόσο, η αίσθηση του χιούμορ αποτελεί ένα διαφορετικό παράγοντα που περιλαμβάνει μια πληθώρα στοιχείων και μπορεί να παραλληλιστεί με χαρακτηριστικό προσωπικότητας, έξη, ιδιосуγκρασιακή ιδιότητα, δεξιότητα ή συμπεριφορά, τα οποία έχουν ξεχωριστές ποιότητες και διαφέρουν ανά άτομο (Feingold & Mazzella, 1991. Greengross, 2013. Greengross & Miller, 2011. Martin, 2007. Ruch, 1998). Οι διαφορές στην αίσθηση του χιούμορ προκύπτουν στην πρώιμη παιδική ηλικία.

Η σχετική αναλογία μεταξύ των γενετικών και περιβαλλοντικών επιρροών που δέχεται το χιούμορ διαφέρει ανά περίπτωση σχετικά με τον ορισμό και τον τρόπο με τον οποίο μετράται. Η τάση του ατόμου να διατηρεί θετικά συναισθήματα, να γελά και να χαμογελά, αποτελούν εγγενή χαρακτηριστικά (Goldsmith, Lemery, Buss & Campos, 1999). Σχετικά με τις περιβαλλοντικές επιρροές στην ανάπτυξη της αίσθησης του χιούμορ, η οικογένεια παίζει το σημαντικότερο ρόλο. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει την υπόθεση του άγχους και των στρατηγικών αντιμετώπισης, αλλά και την υπόθεση του προτύπου / ενίσχυσης (Manke, 2010). Σύμφωνα με την πρώτη υπόθεση, το παιδί δυνητικά αναπτύσσει μια υψηλή αίσθηση του χιούμορ ως μέσο αντιμετώπισης ενός δυσλειτουργικού οικογενειακού περιβάλλοντος με στόχο να κερδίσει το ενδιαφέρον και την αποδοχή των μη φροντιστικών γονέων. Από την άλλη πλευρά, η δεύτερη υπόθεση αντιπροσωπεύει την αίσθηση του χιούμορ που αποτελεί προϊόν μίμησης των

παιδιών από μια λειτουργική οικογένεια που εκτιμά την αξία του (Martin & Ford, 2018).

1.4.6. Τύποι Χιούμορ

Πολλοί ερευνητές μέσα από μια πληθώρα μελετών έδειξαν ότι το χιούμορ παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στις διαπροσωπικές σχέσεις με τη μορφή της αύξησης των θετικών αποκρίσεων, της διευκόλυνσης της αυτο-αποκάλυψης, της εκτόνωσης εντάσεων και συγκρούσεων, της δυνατότητας που προσφέρει στους συμμετέχοντες να μη γελοιοποιούνται σε ανάλογες καταστάσεις, κ.α. (Lefcourt, 2001. Long & Graesser, 1988. Yip & Martin, 2006). Σε αντίθεση με τα παραπάνω, το χιούμορ έχει και αρνητική χροιά όταν παίρνει μορφές επιθετικού πειράγματος και σαρκασμού, καθώς μπορεί να έχει δυσάρεστο αντίκτυπο στην κοινωνική συναναστροφή του ατόμου (Martin et al., 2003). Ωστόσο, η συνετή χρήση του χιούμορ αποτελεί από μόνη της κοινωνική δεξιότητα που μπορεί να συμβάλλει σε περιπτώσεις εκκίνησης διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων, να προσφέρει συναισθηματική στήριξη ή ακόμη και να διευκολύνει τη διαχείριση – επίλυση αντιπαραθέσεων (Yip & Martin, 2006).

Την τελευταία εικοσαετία, η διερεύνηση του χιούμορ αυξάνεται με σταθερό ρυθμό. Ωστόσο, το ενδιαφέρον της έρευνας δεν έχει εστιαστεί ιδιαίτερα στην κοινωνικοσυναισθηματική λειτουργία του κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Martin, 2007). Έχει αναγνωριστεί ότι καθ' όλη την έκταση του ηλικιακού φάσματος, το χιούμορ διακρίνεται σε τέσσερις ξεχωριστές κατηγορίες που αντανακλούν το ρόλο του στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων (Fox, Dean & Lyford, 2013. Martin et al., 2003). Ο Martin et al. (2003), πρωτοπόρος αυτής της ιδέας, στόχευε στην κατασκευή ενός εργαλείου που να μετρά ποσοτικά το χιούμορ στα άτομα. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τον οδήγησε να δημιουργήσει τους εξής τέσσερις μετρήσιμους τύπους: ενωτικός/συνδετικός (affiliative humor), αυτοενισχυτικός (self-enhancing humor), επιθετικός (aggressive humor) και

αυτοκαταστροφικός/αυτοσαρκαστικός (self-defeating humor) (Fox, Hunter & Jones, 2016. Martin et al., 2003).

Ανάμεσα σε αυτές τις 4 μεταβλητές ο Martin με τους μαθητές του, διέκριναν τη διαφορετική λειτουργία του χιούμορ, καθώς ανά περίπτωση, αυτό μπορεί να έχει ωφέλιμη ή επιβλαβή επίδραση στο ίδιο το άτομο ή τους συμμετέχοντες (Martin & Ford, 2018). Κάθε τύπος απεικονίζει τους διαφορετικούς τρόπους που τα άτομα από συνήθεια, αυθόρμητα ή και ασυνείδητα χρησιμοποιούν το χιούμορ στην καθημερινότητά τους (Martin, 2015. Martin et al., 2003). Αξίζει να τονιστεί ότι καθοριστικό παράγοντα σε αυτή τη διαδικασία αποτελεί η προσωπικότητα του ατόμου, καθώς συγκεκριμένα χιουμοριστικά ερεθίσματα γίνονται αντιληπτά ή δεκτά και εκφέρονται από άτομα με ορισμένη προσωπικότητα (Schermer, Martin, R. A., Martin, N. G, Lynskey & Vernon, 2013).

Αρχικά, το **ενωτικό/συνδετικό χιούμορ (affiliative humor)** χρησιμοποιείται για την απόκτηση διαπροσωπικών πλεονεκτημάτων, όπως για παράδειγμα την βελτίωση των κοινωνικών συναναστροφών. Τα αστεία, απλά ή πνευματώδη σε αυτή την περίπτωση, λειτουργούν για να διασκεδάσουν τους άλλους ή και να μειώσουν πιθανές διαπροσωπικές εντάσεις (Martin & Ford, 2018). Το συγκεκριμένο είδος χιούμορ προσφέρει προσωπική επιβεβαίωση ή επιβεβαίωση των συμμετεχόντων, ενώ παράλληλα σχετίζεται με την εμφάνιση περισσότερης οικειότητας στις διαπροσωπικές σχέσεις (Martin et al., 2003) αλλά και την επιτυχή επίλυση προβλημάτων μεταξύ των συντροφικών σχέσεων (Cambell, Martin & Ward, 2008). Ο τύπος αυτός σχετίζεται με χαρακτηριστικά όπως η εξωστρέφεια, η καλή διάθεση, η αυτοπεποίθηση, η οικειότητα, η ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και τα θετικά συναισθήματα (Martin et al., 2003).

Κατά δεύτερον, το **αυτοενισχυτικό χιούμορ (self-enhancing humor)**, σχετίζεται με τη βελτίωση ή διατήρηση της ψυχικής ευεξίας, ενώ παράλληλα αποτελεί σημαντική στρατηγική αντιμετώπισης των δυσμενείων και του στρες (Martin & Ford, 2018. Cann, Stilwell & Taku, 2010). Ο συγκεκριμένος τύπος, προσιδιάζει με την άποψη του Freud, σύμφωνα με την οποία το χιούμορ αποτελεί έναν υγιή μηχανισμό άμυνας που επιτρέπει στο άτομο να αποφύγει τα αρνητικά συναισθήματα, ενώ ταυτόχρονα του επιτρέπει να διατηρήσει μια ρεαλιστική οπτική σε μια δυνητικά αναστρέψιμη κατάσταση (Freud, 1928). Επιπλέον, διαφέρει από

τον προηγούμενο τύπο καθώς ο δέκτης της θετικής του επίδρασης είναι το ίδιο το άτομο το οποίο αποκομίζει ενδοπροσωπικά οφέλη (Martin & Ford, 2018). Τέλος, αυτό το είδος έχει αρνητική συσχέτιση με τα αρνητικά συναισθήματα όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος και γενικότερα ο νευρωτισμός, αλλά θετική συσχέτιση με την αυτοεκτίμηση, την ψυχική ευεξία και την δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες (Martin et al., 2003).

Ο τρίτος τύπος είναι το **επιθετικό χιούμορ (aggressive humor)**, λειτουργεί δυσπροσαρμοστικά, έχει στόχο της βελτίωση της εικόνας του εαυτού εις βάρος των υπολοίπων, έχοντας επιζήμια αποτελέσματα στις διαπροσωπικές σχέσεις (Cann, Davis & Zapata, 2011. Fox et al., 2016. Martin & Ford, 2018). Σκοπός του συγκεκριμένου είδους είναι η κριτική ή η χειραγώγηση των άλλων με μεθόδους σαρκαστικούς, πειρακτικούς, μειωτικούς ή γελοιοποίησης του δέκτη, ενώ δυνητικά προσβάλλουν το άτομο (πχ. με τη χρήση ρατσιστικών ή σεξιστικών αστείων) (Martin, 2007). Το επιθετικό χιούμορ σχετίζεται θετικά με την εχθρικότητα, το θυμό και την επιθετικότητα και αρνητικά με τη δεκτικότητα και την ευσυνειδησία (Martin et al., 2003).

Ο τέταρτος και τελευταίος τύπος, το **αυτοκαταστροφικό/αυτοσαρκαστικό χιούμορ (self-defeating humor)**, βοηθά στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων, αλλά λειτουργεί εις βάρος του εαυτού (Fox et al., 2013). Αυτό το είδος λειτουργεί αυτομειωτικά για τον πομπό, ο οποίος αστειεύεται με τις αδυναμίες και τις ατέλειές του, ενώ γελά με τα αστεία που τον γελοιοποιούν ή τον υποτιμούν, με στόχο να κερδίσει την εύνοια των υπολοίπων (Martin, 2007. Martin & Ford, 2018. Martin et al., 2003). Το συγκεκριμένο στυλ, αποτελεί μια μορφή κεκαλυμμένης αμυντικής άρνησης απέναντι σε υποβόσκοντα αρνητικά συναισθήματα ή μια μέθοδο αποφυγής εποικοδομητικής αντιμετώπισης των προβλημάτων (Martin, 2007. Stieger, Formann & Burger, 2011). Μολονότι το άτομο παρουσιάζεται ως αστείο ή ευχάριστο, ενέχει στοιχεία συναισθηματικής εξάρτησης, αποφευκτικότητας και χαμηλού αυτοσεβασμού. Επιπρόσθετα, εμφανίζει θετική συσχέτιση με το νευρωτισμό, την κατάθλιψη και το άγχος και αρνητική με την ψυχική ευεξία, την αυτοεκτίμηση και την ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις (Martin et al., 2003).

Πίνακας 1. Η κατηγοριοποίηση των Τεσσάρων Τύπων Χιούμορ κατά τον Martin et al. (2003) σχετικά με το αν έχει ωφέλιμη ή βλαβερή επίδραση στον πομπό ή το δέκτη.

Ποιος ωφελείται από το Χιούμορ;			
		Εαυτός	Διαπροσωπικές Σχέσεις
Εις βάρος ποιανού;	Κανενός: Ωφέλιμη χρήση	Αυτοεπισχυτικό Χιούμορ	Συνδεδεικτό/Ενωτικό Χιούμορ
	Κάποιου: Επιζήμια χρήση	Εις βάρος των υπολοίπων: Επιθετικό χιούμορ	Εις βάρος του εαυτού: Αυτοκαταστροφικό/Αυτοσαρκαστικό Χιούμορ

Η Fox et al. (2013) μέσω μιας διπλής μελέτης, έκανε μια προσπάθεια να δημιουργήσει ένα έγκυρο εργαλείο μέτρησης της προσαρμοστικότητας και δυσπροσαρμοστικότητας που εμφανίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι χρησιμοποιώντας στο χιούμορ. Βασιζόμενη στον Martin et al. (2003) στην εκκίνηση του εγχειρήματός της, τροποποίησε το ερωτηματολόγιο των ενηλίκων, έτσι ώστε να προσιδιάζει στην παιδική και εφηβική ηλικία. Σημαντικό εύρημα της συγκεκριμένης προσπάθειας ήταν πως τα παιδιά εμφανίζουν παρόμοιους τύπους με τους ενήλικες, ωστόσο με διαφορές στην ηλικία και το φύλο. Επιπλέον, βρέθηκε πως τα παιδιά καθώς μεγαλώνουν εμφανίζουν πιο έντονα το επιθετικό χιούμορ. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με δύο τρόπους. Από τη μια τα παιδιά στις μικρότερες ηλικίες αισθάνονται πιο διστακτικά να εκδηλώσουν μη κοινωνικά προτιμώμενους τρόπους χιούμορ και από την άλλη, στις μεγαλύτερες ηλικίες είναι πιο αποδεκτό από τη νόρμα να εμφανίσουν μη κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές (Fox et al., 2013).

Αξίζει να σημειωθεί πως ο συνδυασμός των διαφορετικών τύπων χιούμορ στους ενήλικες μπορεί να δημιουργήσει νέα είδη που σχετίζονται με την ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στην εκάστοτε συνθήκη (Galloway, 2010. Leist & Müller, 2013). Αντίστοιχα, στα παιδιά και τους εφήβους, σύμφωνα με έρευνα της Fox et al. (2016), από τους συνδυασμούς των τύπων χιούμορ,

προέκυψαν νέα στυλ. Πιο αναλυτικά, οι «Διαπροσωπικοί Κωμικοί» (Interpersonal Humorists), ήταν αυτοί που εμφάνισαν υψηλά επίπεδα επιθετικού και ενωτικού/συνδεδετικού χιούμορ, αλλά χαμηλά αυτοκαταστροφικού/ αυτοσαρκαστικού και αυτοενισχυτικού χιούμορ. Οι «Αυτοσαρκαστικοί» (Self-Defeaters) έδειξαν υψηλό αυτοκαταστροφικό χιούμορ, αλλά χαμηλό επίπεδο σε όλα τα υπόλοιπα. Οι «Ευπροσάρμοστοι Κωμικοί» (Adaptive Humorists) είχαν έντονο αυτοενισχυτικό και ενωτικό χιούμορ, αλλά λιγότερο από τους άλλους δύο τύπους. Τέλος, οι «Προωθητές του Χιούμορ» (Humor Endorsers) εμφάνισαν πλεόνασμα σε όλους τους τύπους χιούμορ. Οι συγκεκριμένοι τύποι σχετίζονται με την προσαρμοστικότητα και την ψυχική ευεξία των παιδιών στις συνθήκες που βιώνουν, με τους «Αυτοσαρκαστικούς» να εμφανίζουν την μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής.

1.4.7. Φύλο

Σε έρευνα που αφορούσε την ψυχική υγεία των εφήβων, οι Plancherel και Bolognini (1995), ανακάλυψαν ότι τα αγόρια εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τα κορίτσια, ενώ έδειξαν περισσότερη εμπλοκή σχετικά με το χιούμορ και τα διάφορα χόμπι ή αθλήματα ως μηχανισμούς άμυνας (Hay, 1995). Η χρήση του χιούμορ έχει θετικό και αρνητικό αντίκτυπο, ενώ ταυτόχρονα διαφέρει ανάμεσα στα δύο φύλα σε περιεχόμενο και συνέπειες (Wu, Lin & Chen, 2016).

Σε σχετική έρευνα που αφορούσε το χιούμορ στην εφηβική ηλικία, ανακαλύφθηκε πως υπήρχαν διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Αναλυτικότερα, χειριζόμενοι μια τριπλή κλίμακα χρήσης του χιούμορ ως μηχανισμού άμυνας κατά του άγχους, γλυκαστικών σχολίων απέναντι στους άλλους και ως μέσου θετικής αλλαγής στη διάθεση, βρέθηκαν διαφορές στο φύλο (Führ, 2002). Συγκεκριμένα, τα αγόρια είχαν την τάση να χρησιμοποιούν πιο επιθετικό ή με σεξουαλικό περιεχόμενο χιούμορ ως στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους τους, ενώ τα κορίτσια προτιμούσαν να κάνουν χρήση του χιούμορ ως μέσου

αλλαγής της διάθεσής τους από υποτονική σε εύθυμη. Παράλληλα, τα κορίτσια έδειξαν μια αύξηση χρήσης αναλογικά με την ηλικία, γεγονός που δεν εμφάνισαν τα αγόρια.

Όσον αφορά τους τύπους χιούμορ, τα αγόρια φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα χιούμορ σε όλα τα είδη. Ωστόσο, ενδιαφέρον προκαλεί η διαφορά που ενυπάρχει στη χρήση του επιθετικού τύπου χιούμορ (Fox et al., 2013. Wu et al., 2016). Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι τα αγόρια είναι γενικότερα πιο επιθετικά από τα κορίτσια, ειδικά όταν αυτό το χαρακτηριστικό εξωτερικεύεται με λεκτική ή και σωματική μορφή (Martin et al., 2003. Führ, 2002. Underwood, 2003). Για τα αγόρια, η χρήση του επιθετικού χιούμορ σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα άγχους και με υψηλή κοινωνική δεξιότητα. Αντίστοιχα, στα κορίτσια, αυτός ο τύπος σχετίζεται με την τάση για εσωτερίκευση των προβλημάτων, υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και χαμηλή αυτοαξία (Fox et al., 2013). Τέλος, το επιθετικό χιούμορ συνδέεται με αξιοσημείωτη κοινωνική υποστήριξη στα αγόρια, ενώ το αντίθετο εμφανίζεται στα κορίτσια (Dyck & Holtzman, 2013).

1.5.Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις

Λαμβάνοντας υπόψη την βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε, σκοπός της προκείμενης μελέτης είναι η διερεύνηση των σχέσεων που μπορεί να έχει το χιούμορ και οι τύποι του με την ψυχική ανθεκτικότητα και υγεία των εφήβων που ζουν σε Κέντρα Προστασίας Παιδιών και Εφήβων.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που θα διερευνηθούν είναι οι εξής:

1. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ εφήβων με υψηλά και χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας ως προς τους τύπους του χιούμορ και την ψυχική ανθεκτικότητα.
2. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ εφήβων που ζουν στις Δομές και της ομάδας ελέγχου ως προς τα επίπεδα ψυχικής υγείας, τους τύπους χιούμορ και την ψυχική ανθεκτικότητα.
3. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ εφήβων με υψηλά και χαμηλά επίπεδα χιούμορ ως προς την ψυχική ανθεκτικότητα και την γενική ψυχική υγεία.
4. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς τους τύπους χιούμορ, την ψυχική ανθεκτικότητα και την γενική ψυχική υγεία.
5. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εφήβων που φοιτούν στο Γυμνάσιο και το Λύκειο ως προς τους τύπους χιούμορ, την ψυχική ανθεκτικότητα και την γενική ψυχική υγεία.
6. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές και θετικές συσχετίσεις μεταξύ των 2 τύπων χιούμορ που σχετίζονται με τη θετική προσαρμογή του εφήβου (αυτοενισχυτικός, ενωτικός), της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ψυχικής υγείας.
7. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές και αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των 2 τύπων χιούμορ που σχετίζονται με την αρνητική προσαρμογή του εφήβου (επιθετικός, αυτοσαρκαστικός), της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ψυχικής υγείας.

8. Συνολικά οι μεταβλητές του χιούμορ και της ψυχικής ανθεκτικότητας προβλέπουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την ψυχική υγεία.
9. Το μη προσαρμοστικό χιούμορ προβλέπει με στατιστικά σημαντικό τρόπο την κακή ψυχική υγεία.

Κεφάλαιο 2^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Δείγμα – Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά εκατόν εβδομήντα (170) έφηβοι, ηλικίας 11 έως και 18 ετών και φοιτούν στις τάξεις της ΣΤ' Δημοτικού έως και Γ' Λυκείου. Το δείγμα (Πίνακας 2) απαρτίζουν 71 έφηβοι (41.8%) που διαμένουν σε Στέγες Προστασίας Παιδιού, καθώς απομακρύνθηκαν από τις οικογένειές τους με εισαγγελική παρέμβαση (από 7 Δομές, ΜΚΟ και ορφανοτροφεία, διάσπαρτες στον ελλαδικό χώρο) και την ομάδα ελέγχου, 99 έφηβοι που μένουν στην οικογενειακή οικία (58.2%). Οι 92 έφηβοι του συνολικού πληθυσμού ήταν αγόρια (54.1%), ενώ οι 78 κορίτσια (45.9%). Συγκεκριμένα, 48 αγόρια (67.6%) έμεναν σε Δομές και 44 μαζί με την οικογένειά τους (44.4%), ενώ αντίστοιχα για τα κορίτσια, 23 φιλοξενούνταν σε Στέγες Προστασίας Παιδιού (32.4%) και 55 στην οικογενειακή κατοικία (55.5%).

Όσον αφορά τη χρονολογία γέννησης, η μέση χρονολογία των εφήβων που φιλοξενούνται στις Δομές ήταν το 2005, ενώ της ομάδας ελέγχου το 2004. Στην πρώτη ομάδα το 69.0% φοιτούσε στο Γυμνάσιο/ΣΤ' Δημοτικού (49 έφηβοι), ενώ το 31.0% στο Λύκειο (22 έφηβοι). Αντίστοιχα, στην ομάδα ελέγχου το 25.3% (25 έφηβοι) φοιτούσε στο Γυμνάσιο/ΣΤ' Δημοτικού, ενώ το 74.7% στο Λύκειο (74 έφηβοι). Όσον αφορά την ύπαρξη αδερφών στο δείγμα, το 87.3% των εφήβων (62) έχουν αδέρφια με το μέσο όρο (*M.O.*) να είναι 4, ενώ αντίστοιχα στην ομάδα ελέγχου, ένα περίπου ισάξιο ποσοστό της τάξεως του 87.9% (87), έχουν αδέρφια με *M.O.* = 1.

Στο ερωτηματολόγιο των εφήβων που μένουν σε Δομές Φιλοξενίας υπήρχαν δύο επιπλέον ερωτήσεις. Η πρώτη αφορούσε την ύπαρξη κάποιας μορφής επικοινωνίας των εφήβων με γονείς, συγγενείς ή κάποιο νονό κλπ, ενώ η δεύτερη αφορούσε τα χρόνια που τα παιδιά βρίσκονται στις Δομές. Αναλυτικότερα, το 94% των παιδιών (64) δήλωσαν ότι διατηρούν κάποια επικοινωνία με δικό τους πρόσωπο. Τέλος, τα χρόνια

που διαμένουν τα παιδιά στις Στέγες Προστασίας κυμαίνονται από 1 έως 16 έτη με $M.O.= 6$.

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που φιλοξενούνται σε Στέγες Προστασίας Παιδιού.

Χαρακτηριστικά	Δομές		Ομάδα ελέγχου	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Δείγμα	71	41.8	99	58.2
Φύλο				
Αγόρια	48	67.6	44	44.4
Κορίτσια	23	32.4	55	55.5
Σχολική βαθμίδα				
Γυμνάσιο/Στ' Δημοτικού	49	69.0	25	25.3
Λύκειο	22	31.0	74	74.7
Ύπαρξη αδερφών	65	87.3	87	87.9
Ύπαρξη επικοινωνίας	64	94.0	-	-
	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>
Χρονολογία γέννησης	2005.45	1.85	2005	2.07
Αριθμός αδερφών	3.56	2.87	1.42	1.03
Έτη διαμονής σε Δομή	5.74	3.09	-	-

Οι τιμές αφορούν τις συχνότητες (*N*), τα ποσοστά (%), τους μέσους όρους (*M.O.*) και τις τυπικές αποκλίσεις (*T.A.*).

2.2. Διαδικασία επιλογής δείγματος

Η επιλογή του δείγματος έγινε με μη τυχαία θεωρητική δειγματοληψία (purposful sampling). Με το παρόν είδος δειγματοληψίας, η επιλογή γίνεται με βάση κάποιο συγκεκριμένο κριτήριο το οποίο μελετάται στην έρευνα και όχι με τυχαίο τρόπο (Sharma, 2017). Αναλυτικότερα, ο πληθυσμός επιλέχθηκε με την προϋπόθεση να διαμένει σε Στέγη Προστασίας Παιδιού. Για την υλοποίηση της έρευνας, πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με διάφορες την κοινωνική υπηρεσία διάφορων Δομών Φιλοξενίας, ιδρυμάτων και ορφανοτροφείων στα οποία διαμένουν έφηβοι ηλικίας 12 έως και 18 ετών. Στη συνέχεια, ζητήθηκε ο αριθμός των παιδιών που ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα και η διαθεσιμότητά τους.

Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, χρησιμοποιήθηκε ευκαιριακή ή βολική δειγματοληψία (convenience sample). Η συγκεκριμένη στρατηγική είναι μη τυχαία και αφορά τον πληθυσμό που προσεγγίζεται με βάση την προσβασιμότητα, την διαθεσιμότητα και την εγγύτητά του (Taherdoost, 2016). Πιο αναλυτικά, για την ομάδα ελέγχου κλήθηκαν να συμμετέχουν έφηβοι της περιοχής που φοιτούν στα εγγύτερα Δημοτικά, Γυμνάσια και Λύκεια. Η ενημέρωση έγινε μέσω επικοινωνίας με τους διευθυντές, καθηγητές, δασκάλους και γονείς. Με τις παραπάνω στρατηγικές δειγματοληψίας επιλέχθηκαν οι συμμετέχοντες.

2.3. Ψυχομετρικά εργαλεία

Για τη συλλογή δεδομένων με σκοπό τη διερεύνηση του Χιούμορ, της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Γενικής Υγείας των εφήβων χρησιμοποιήθηκε, το «Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Χαρακτηριστικών» το «Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ» για παιδιά, η «Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας» και το «Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας» (Παράρτημα Ε):

2.3.1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Χαρακτηριστικών

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν κατάλληλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που αντιστοιχούν στον καθένα. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, το μήνα και τη χρονολογία γέννησης, την σχολική βαθμίδα, την ύπαρξη αδερφών και τον αριθμό τους, την ύπαρξη εξωτερικής επικοινωνίας με κάποιο συγγενικό πρόσωπο και την ηλικία στην οποία εισήλθαν στη Δομή. Η σχολική βαθμίδα, εκφράστηκε με 7 ξεχωριστές επιλογές που αντιστοιχούσαν στις τάξεις της ΣΤ' Δημοτικού έως και της Γ' Λυκείου. Επίσης, ζητήθηκε η ηλικία εισαγωγής στη Δομή. Στο ερωτηματολόγιο της ομάδας ελέγχου, αφαιρέθηκαν οι δύο τελευταίες ερωτήσεις της επικοινωνίας με συγγενή και των χρόνων στη Δομή, διότι δεν είχαν λογική αντιστοιχία για τον συγκεκριμένο πληθυσμό.

2.3.2. Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την μελέτη του χιούμορ αποτελεί την προσαρμοσμένη έκδοση του «Ερωτηματολογίου Τύπων Χιούμορ» (Humor Styles Questionnaire) των Martin et al. (2003), το οποίο τροποποιήθηκε κατάλληλα από τους Fox et al. (2013), για την μέτρηση του χιούμορ στην παιδική-εφηβική ηλικία (από 11 ετών και άνω). Για τις ανάγκες χρησιμοποίησης του στον ελληνικό πληθυσμό, ήταν απαραίτητη η μετάφραση του ερωτηματολογίου. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε αρχικά, από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα αγγλικά και προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από μια ομάδα τριών ψυχολόγων και παιδαγωγών.

Το παρόν ψυχομετρικό τεστ διαθέτει τέσσερις υποκλίμακες που αντιστοιχούν στους τέσσερις τύπους χιούμορ: ενωτικός/συνδεδετικός (affiliative humor), αυτοενισχυτικός (self-enhancing humor), επιθετικός (aggressive humor) και αυτοκαταστροφικός/ αυτοσαρκαστικός (self-defeating humor). Κάθε ένας από αυτούς

τους τύπους εξετάζεται από μια ομάδα ερωτήσεων. Συγκεκριμένα, ο πρώτος τύπος αντιστοιχεί στις ερωτήσεις: 4, 8, 12, 14, 17, 20, ο δεύτερος στις: 2, 6, 10, 19, 22, 24, ο τρίτος στις: 1, 5, 9, 15, 18, 21 και ο τέταρτος στις: 3, 7, 11, 13, 16, 23. Τέλος, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δίνονται με μια τετράβαθμη κλίμακα Likert από το 1 έως το 4 (1-Δεν ισχύει καθόλου, 2-Ισχύει λίγο, 3- Ισχύει αρκετά, 4- Ισχύει σίγουρα). Το συνολικό σκορ των απαντήσεων κυμαίνεται μεταξύ του 24 και του 96, ενώ για κάθε τύπο μεταξύ του 6 και του 24. Το υψηλότερο σκορ δείχνει υψηλό επίπεδο χρήσης του χιούμορ.

Στο προσαρμοσμένο για παιδιά άνω των 11 ετών ερωτηματολόγιο των Fox et al. (2013), ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach alpha) κυμαίνεται από .71 έως και .87. Αναλυτικότερα, για κάθε τύπο χιούμορ ισχύουν τα εξής: ενωτικός/συνδετικός (affiliative humor) .87, αυτοενισχυτικός (self-enhancing humor) .70, επιθετικός (aggressive humor) .74 και αυτοκαταστροφικός/ αυτοσαρκαστικός (self-defeating humor) .71.

2.3.3. Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Όσον αφορά τη μέτρηση της ανθεκτικότητας, χρησιμοποιήθηκε η «Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας» (California Healthy Kids Survey – Resilience Youth Development Module School-Focused Scales), η οποία μεταφράστηκε στα ελληνικά από τους Nearchou, Stogiannidou και Kiosseoglou (2013) αφορώντας τους μαθητές της ηλικιακής βαθμίδας του Δημοτικού. Μετά την επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου έγιναν κάποιες τροποποιήσεις έτσι ώστε να προσιδιάζει στους εφήβους που μελετώνται στην παρούσα έρευνα, ηλικιακά, αλλά και σε σχέση με τις συνθήκες διαβίωσής τους (π.χ. δάσκαλοι – καθηγητές, γονείς – παιδαγωγοί). Το παρόν ψυχομετρικό ερωτηματολόγιο, διαθέτει 7 υποκλίμακες. Οι τρεις υποκλίμακες αξιολογούν τους εσωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας όπως είναι η αυτοπεποίθηση, οι στόχοι – φιλοδοξίες και η ενσυναίσθηση, ενώ οι υπόλοιπες τέσσερις τους εξωτερικούς, δηλαδή την υποστήριξη από το σπίτι, το σχολείο, το δίκτυο των συνομηλίκων, αλλά και την κοινότητα.

Οι απαντήσεις δίνονται με τη μορφή της κλίμακας Likert με αυξανόμενη διαβάθμιση από το 1 έως το 4 (1-Δεν ισχύει καθόλου, 2-Ισχύει λίγο, 3- Ισχύει αρκετά, 4- Ισχύει σίγουρα). Στο αρχικό ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται 51 ερωτήσεις, ωστόσο στην παρούσα έρευνα όπως και στην έρευνα της Nearchou, Stogiannidou και Kiosseoglou (2014) κατά την οποία προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα σε μαθητές Δημοτικού, χρησιμοποιούνται οι 34 οι οποίες κρίθηκαν κατάλληλες για τη συγκεκριμένη ηλικία. Από αυτές, οι 13 αφορούν τους εσωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας, ενώ οι 21 τους εξωτερικούς. Αναλυτικότερα, στους τρεις εσωτερικούς παράγοντες αντιστοιχούν η αυτοπεποίθηση (ερωτήσεις: 15, 16, 17, 20, 21, 24), οι στόχοι – φιλοδοξίες (ερωτήσεις: 12, 13, 14, 23) και η ενσυναίσθηση (ερωτήσεις: 18, 19, 22). Οι υπόλοιποι τέσσερις περιλαμβάνουν την υποστήριξη από το σπίτι (ερωτήσεις: 30, 31, 32, 33, 34), το σχολείο (ερωτήσεις: 1, 2, 3, 4, 5), το δίκτυο των συνομηλίκων (ερωτήσεις: 25, 26, 27, 28, 29) και την κοινότητα (ερωτήσεις: 6, 7, 8, 9, 10, 11). Τα σκορ των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων της ψυχικής ανθεκτικότητας κυμαίνονται: για την αυτοπεποίθηση από 6 έως 24 βαθμούς, για τους στόχους -φιλοδοξίες από 4 έως 16, για την ενσυναίσθηση από 3 έως 12, για την υποστήριξη από το σπίτι από 5 έως 20, για την υποστήριξη από το σχολείο από 5 έως 20, για την υποστήριξη από το δίκτυο των συνομηλίκων από 5 έως 20 και τέλος, για την υποστήριξη από την κοινότητα από 6 έως 24. Όσο αυξάνεται το σκορ τόσο υψηλότερα είναι και τα επίπεδα της ψυχικής ανθεκτικότητας των υποκειμένων.

Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach alpha), στο προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο των Nearchou et al.(2014) είναι .63 έως .81 συνολικά. Για κάθε μια από τις επτά υποκλίμακες έχει τις παρακάτω τιμές: αυτοπεποίθηση .67, στόχοι-φιλοδοξίες .66, ενσυναίσθηση .63, υποστήριξη από το σπίτι .64, από το σχολείο .69, από το δίκτυο συνομηλίκων .81 και από την κοινότητα .80.

2.3.4. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της ψυχικής υγείας του δείγματος είναι το «Ερωτηματολόγιο Γενική Υγείας» (GHQ – General Health Questionnaire) των Goldberg και Hillier (1979), το οποίο μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στα ελληνικά από τους Garyfallos et al. (1991). Το αρχικό ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 60 ερωτήσεις, ωστόσο έχει δημιουργηθεί ένας αριθμός από συντομότερες μορφές που έχουν παραγοντική μορφή (GHQ-30, GHQ-28, GHQ-20, GHQ-12). Για την παρούσα μελέτη επιλέχθηκε το GHQ – 28 ή κλιμακωτό GHQ (scaled) που ερμηνεύει το 48% της διακύμανσης του αρχικού GHQ-60 (Goldberg & Hillier, 1979). Η συγκεκριμένη μορφή ελέγχει τέσσερις παράγοντες που αφορούν την ψυχική υγεία: τα σωματικά συμπτώματα, το άγχος και την αϋπνία, την κοινωνική δυσλειτουργία και τη σοβαρή κατάθλιψη. Κάθε υποκατηγορία περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα, τα σωματικά συμπτώματα αντιστοιχούν στις ερωτήσεις: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, το άγχος και η αϋπνία στις: B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, η κοινωνική δυσλειτουργία στις: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7 και τέλος η σοβαρή κατάθλιψη στις: D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7. Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 28 έως και 112, με κάθε υποκλίμακα να αυξομειώνεται μεταξύ των 7 και 28 βαθμών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μεγαλύτερη βαθμολογία στο GHQ αντιστοιχεί και σε μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία.

Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου (Garyfallos et al., 1991) έχει συντελεστή α του Cronbach $>.80$ σε όλες τις υποκλίμακες. Πιο αναλυτικά, τα σωματικά συμπτώματα έχουν δείκτη εσωτερικής συνέπειας $.80$, το άγχος και η αϋπνία $.82$, η κοινωνική δυσλειτουργία $.90$ και τέλος η σοβαρή κατάθλιψη $.92$.

2.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Σε ένα πρώτο στάδιο σε συνεργασία με τον επιβλέποντα καθηγητή διαμορφώσαμε δύο επιστολές. Τα συγκεκριμένα έγγραφα εμπεριείχαν τις απαραίτητες πληροφορίες για τις ανάγκες της έρευνας, ενημερώνοντας τις Δομές Φιλοξενίας (πρώτη επιστολή), αλλά και τα Σχολεία – Γονείς (δεύτερη επιστολή), ζητώντας την απαραίτητη

υπογεγραμμένη έγκριση (Παράρτημα Γ). Σημαντική αναπάντεχη παράμετρος στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν το ξέσπασμα της πανδημίας του Covid-19. Αυτή η συνθήκη έφερε αμέτρητες δυσκολίες στην υλοποίηση της. Μια από αυτές ήταν η δυσκολία συλλογής του υλικού δια ζώσης, καθώς τα μέτρα για τη δημόσια υγεία ήταν πολύ αυστηρά με καθολικό lockdown σε όλη τη χώρα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τα ερωτηματολόγια να πρέπει να σταλούν και να δοθούν από τους ψυχολόγους ή την κοινωνική υπηρεσία της κάθε Δομής Προστασίας Παιδιού με την απαραίτητη λεπτομερή καθοδήγηση. Αντίστοιχες ήταν οι ενέργειες και στα σχολεία – οικογένειες. Επειδή η διαδικασία δεν θα περιλάμβανε τον ερευνητή ως φυσική παρουσία, συντάχθηκε ένα μικρό κείμενο το οποίο θα δίδονταν στην αρχή στους συμμετέχοντες ως μια μορφή γνωριμίας. Το κείμενο περιείχε λίγα λόγια για τον ερευνητή, την έρευνα και τις ανάγκες της. Τέλος, αναφορά έγινε στον κώδικα δεοντολογίας που αφορούσε τους συμμετέχοντας με τη διαβεβαίωση ότι τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα, οι ίδιοι δεν θα κριθούν για τις απαντήσεις τους και έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν, εάν και εφόσον το επιθυμούν (Παράρτημα Δ).

Τα ερωτηματολόγια τροποποιήθηκαν κατάλληλα για τον ειδικό και γενικό πληθυσμό της μελέτης (Δομή – οικογένεια, μαθητές Δημοτικού/Γυμνασίου/Λυκείου). Οι τρεις κλίμακες – ερωτηματολόγια, περιείχαν συνολικά 86 ερωτήσεις, ενώ τα δημογραφικά συγκροτούνταν από 8 ερωτήσεις για τα παιδιά που φιλοξενούνταν σε Δομές και 6 για εκείνα που μένουν με την οικογένειά τους. Για την αντιμετώπιση πιθανών εσφαλμένων αποτελεσμάτων λόγω κόπωσης των παιδιών κατά τη συμπλήρωση, τα ερωτηματολόγια και οι κλίμακες που δόθηκαν σε Δομές και σχολεία είχαν διαφορετική σειρά ανά περίπτωση. Για παράδειγμα, σε μια μικρή ομάδα του πληθυσμού το ερωτηματολόγιο του χιούμορ ήταν πρώτο, σε μια άλλη δεύτερο ή και τρίτο. Το ίδιο συνέβη και με τις υπόλοιπες κλίμακες - ερωτηματολόγια, σε αντίθεση με τα δημογραφικά στοιχεία, τα οποία δίνονταν πάντα πρώτα (Παράρτημα Ε).

Η ουσιαστική διαδικασία είχε ως εξής. Αρχικά, έγινε μια πρώτη επικοινωνία με τους φορείς, οι οποίοι ενημερώθηκαν για τα απαραίτητα στοιχεία της έρευνας και συζήτησαν το θέμα στο διοικητικό συμβούλιο. Οι φορείς που συμφώνησαν να συμμετέχουν, σε επόμενη επικοινωνία, πληροφορήθηκαν λεπτομερειακά για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να διαμοιράσουν το υλικό για να συμπληρωθεί κατάλληλα από τους συμμετέχοντες. Στην πορεία, γνωστοποιήθηκε η διαδικασία και στα παιδιά, τα

οποία οικειοθελώς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Επίσης, δόθηκε η δυνατότητα για επιπλέον διευκρινιστικές ερωτήσεις ή κατευθύνσεις από τον ερευνητή ο οποίος εκδήλωσε την διαθεσιμότητα του μέσω οποιασδήποτε μεθόδου επικοινωνίας που δυνητικά θα διευκόλυνε τη διαδικασία (mail, τηλέφωνο, βιντεοκλήση). Τέλος, οι φορείς είτε με ταχυδρομείο είτε με ηλεκτρονικά μέσα απέστειλαν το υλικό προς διερεύνηση.

2.5. Μέθοδοι Ανάλυσης Δεδομένων

Όσον αφορά την επεξεργασία και τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, έγινε χρήση του λογισμικού στατιστικών εφαρμογών SPSS της έκδοσης 26 (IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp), ενώ για τη γραφική αναπαράσταση των παραγοντικών αναλύσεων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό Amos 26.0 (Chicago: SPSS). Τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ορίστηκαν έως το επίπεδο του 5%, το οποίο είναι το ανώτερο επιτρεπτό στις ανθρωπιστικές επιστήμες.

Για τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, έγινε μελέτη της παραγοντικής τους δομής. Η παραγοντική ανάλυση των ερωτηματολογίων συνοδεύτηκε από τους δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας των κλιμάκων μέτρησης. Η εξαγωγή των παραγόντων έγινε με τη μέθοδο ανάλυσης των βασικών συνιστωσών (Principal Component Analysis).

Για την επιλογή των κατάλληλων αναλύσεων των μεταβλητών έγινε τεστ κανονικότητας (Kolmogorov - Smirnov) το οποίο προτείνεται για πληθυσμό άνω των 50 υποκειμένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν ακολουθούν κανονική κατανομή, επομένως, η παρατήρηση των στατιστικών διαφορών μεταξύ των μεταβλητών (ανά δύο) και των διαστάσεών τους έγινε με τη μέθοδο Mann-Whitney U.

Για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου όσον αφορά τις συσχετίσεις, έγινε πρώτα έλεγχος με scatter plot, το οποίο έδειξε πως οι μεταβλητές έχουν γραμμικότητα. Ωστόσο, επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman rho (με

αμφίπλευρο έλεγχο), έναντι του παραμετρικού Pearson's r , με στόχο να ελεγχθεί η σχέση μονοτονικότητας των μεταβλητών.

Τέλος, για τον έλεγχο προβλεψιμότητας της ψυχικής υγείας – ψυχοπαθολογίας από το χιούμορ, την ψυχική ανθεκτικότητα και άλλους παράγοντες όπως το φύλο και την ηλικία, έγινε χρήση της στατιστικής ανάλυσης της παλινδρόμησης. Συγκεκριμένα, η διαδικασία επεξεργασίας των μεταβλητών για τον έλεγχο της πιθανότητας να αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας, χρησιμοποιήθηκε η απλή (linear regression), η πολλαπλή (multiple regression) και η ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση (hierarchical multiple regression), με στόχο την εξαγωγή πιο αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

3^ο Κεφάλαιο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Παραγοντική δομή ψυχομετρικών εργαλείων

Με δεδομένο ότι το «Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ» και η «Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας» δεν έχουν σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθεί η παραγοντική δομή τους (principal component factor analysis), με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων της μεθόδου Varimax.

Ο προσδιορισμός των παραγόντων έγινε με βάση το κριτήριο Kaiser, το κριτήριο ποσοστού της διακύμανσης και τη γραφική αναπαράσταση του Scree plot. Επιπλέον, για την εξέταση της καταλληλότητας των δεδομένων του δείγματος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συνολικής δειγματικής καταλληλότητας με τη χρήση του μέτρου K.M.O. (Kaiser-Meyer-Olkin, $KMO > .76$), απορρίπτοντας τιμές μικρότερες του 0.5 (Kaiser & Rice, 1974). Τέλος, έγινε έλεγχος σφαιρικότητας (Bartlett's test of sphericity, $p < .05$), εξετάζοντας την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών με επιθυμητό επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο του 5%.

3.1.1. Παραγοντική δομή Ερωτηματολογίου Τύπων Χιούμορ

Για τη συγκεκριμένη ανάλυση το μέτρο KMO επιβεβαίωσε την επάρκεια του δείγματος ($KMO = .76$), ενώ ο έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett's ήταν στατιστικά σημαντικός [$\chi^2(276) = 1256.45, p < .000$]. Η ανάλυση βασικών συνιστωσών (principal

component analysis) με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (Varimax) της Κλίμακας Τύπων Χιούμορ, έδειξε ότι οι 24 προτάσεις ομαδοποιούνται σε 6 παράγοντες που ερμηνεύουν το 61.24% της συνολικής διακύμανσης, ποσοστό που θεωρείται αρκετά σημαντικό (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1995). Το scree plot έδειξε την παρουσία 4 κύριων παραγόντων προς εξαγωγή. Οι 4 παράγοντες που εξήχθησαν από τη διαδικασία, είχαν ιδιοτιμή μεγαλύτερη του 1 και εξηγούσαν το 51.38% της συνολικής διακύμανσης. Στην βιβλιογραφία φαίνεται πως το ερωτηματολόγιο των «Τύπων Χιούμορ» αποτελείται από 4 παράγοντες που αντιστοιχούν στους 4 τύπους χιούμορ, ενωτικό/συνδετικό, αυτοεπισχυτικό, επιθετικό και αυτοκαταστροφικό/αυτοσαρκαστικό (Fox et al., 2013). Παρόμοια εικόνα συναντάμε και στην παρούσα ανάλυση (Παράρτημα Α), όπου οι 4 παράγοντες προσιδιάζουν με αυτούς της βιβλιογραφίας, ωστόσο με μικρές διαφορές στην αντιστοιχία των ερωτήσεων οι οποίες πιθανόν να σχετίζονται με το μέγεθος του δείγματος ή και την διαφορετική κουλτούρα της ελληνικής σε σχέση με την αγγλική (στην οποία διαμορφώθηκε το αρχικό ερωτηματολόγιο).

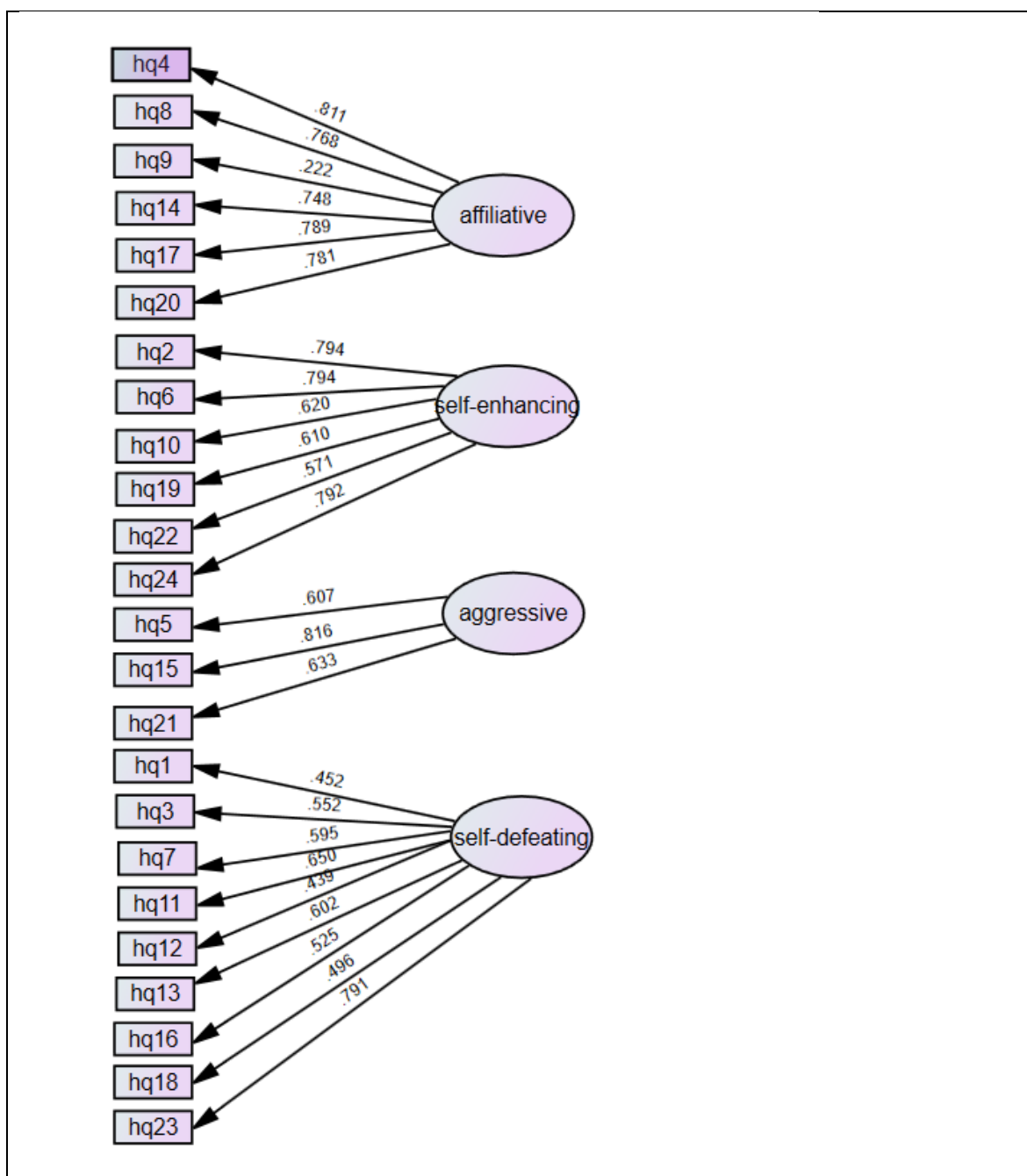
Παράγοντας 1: Αποτελείται από 6 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 4.31 και ερμηνεύει το 17.96% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Ενωτικός/Συνδετικός» και αντιπροσωπεύει τον ένα από τους δύο προσαρμοστικούς τύπους χιούμορ.

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 6 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 3.41 και ερμηνεύει το 14.21% της συνολικής διακύμανσης. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να οριστεί ως «Αυτοεπισχυτικός» και αντιπροσωπεύει τον δεύτερο προσαρμοστικό τύπο χιούμορ.

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 9 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 2.75 και ερμηνεύει το 11.45% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Αυτοκαταστροφικό/Αυτοσαρκαστικός» και αντιπροσωπεύει το δεύτερο μη προστατευτικό τύπο χιούμορ.

Παράγοντας 4: Αποτελείται από 3 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 1.86 και ερμηνεύει το 7.76% της συνολικής διακύμανσης. Ο συγκεκριμένος παράγοντας αντιπροσωπεύει τον ένα από τους δυο μη προσαρμοστικούς τύπους χιούμορ και μπορεί να οριστεί ως «Επιθετικός».

Οι ερωτήσεις μαζί με τους 4 παραπάνω παράγοντες που εξήχθησαν από την παραγοντική ανάλυση, απεικονίζονται αναλυτικά στο Διάγραμμα 1 και στο Παράρτημα Α (1).



Διάγραμμα 1. Ερωτήσεις: hq1-hq24 (αντιστοιχία με τις ερωτήσεις 1-24 του ερωτηματολογίου «Τύπων Χιούμορ»)

Παράγοντες: 1. Ενωτικός/Συνδετικός (Affiliative), 2. Αυτοενισχυτικός (Self-enhancing), 3. Επιθετικός (Aggressive), 4. Αυτοκαταστροφικός/Αυτοσαρκαστικός (Self-defeating)

3.1.2. Παραγοντική δομή Κλίμακας Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Το μέτρο Kaiser–Meyer–Olkin επιβεβαίωσε την επάρκεια του δείγματος ($KMO = .82$), ενώ ο έλεγχος σφαιρικότητας Barlett’s ήταν στατιστικά σημαντικός [$\chi^2(561) = 2648.34, p < .000$]. Η ανάλυση βασικών συνιστωσών (principal component analysis) με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (Varimax) της Κλίμακας Τύπων Χιούμορ, έδειξε ότι οι 34 προτάσεις ομαδοποιούνται σε 8 παράγοντες που ερμηνεύουν το 65.82% της συνολικής διακύμανσης. Το scree plot έδειξε την παρουσία 7 κύριων παραγόντων προς εξαγωγή. Οι 7 παράγοντες που εξήχθησαν από τη διαδικασία, είχαν ιδιοτιμή μεγαλύτερη του 1 και εξηγούσαν το 62.56% της συνολικής διακύμανσης. Η βιβλιογραφία, για τη συγκεκριμένη κλίμακα ορίζεται από 7 παράγοντες που αντιστοιχούν στους εσωτερικούς (3 υποκλίμακες: αυτοπεποίθηση, στόχοι – φιλοδοξίες, ενσυναίσθηση) και τους εξωτερικούς (4 υποκλίμακες: υποστήριξη από το σπίτι, σχολείο, συνομιλήκους, κοινότητα) (Nearchou et al., 2013). Παρόμοια εικόνα συναντάμε και στην παρούσα ανάλυση (Παράρτημα Α), όπου οι 7 παράγοντες προσιδιάζουν με αυτούς της βιβλιογραφίας, ωστόσο με μικρές διαφορές στην αντιστοιχία των ερωτήσεων οι οποίες πιθανόν να σχετίζονται με το μέγεθος του δείγματος ή και την διαφορετική κουλτούρα των πληθυσμών που χρησιμοποιείται.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 6 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 9.52 και ερμηνεύει το 28.00% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Υποστήριξη από την κοινότητα» και αντιπροσωπεύει τον τέταρτο εξωτερικό παράγοντα της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 6 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 3.07 και ερμηνεύει το 9.03% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Υποστήριξη από το σχολείο» και αντιπροσωπεύει τον δεύτερο από τους τέσσερις εξωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 5 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 2.40 και ερμηνεύει το 7.06% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Υποστήριξη από τους συνομιλήκους» και αντιπροσωπεύει τον τρίτο από τους τέσσερις εξωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας.

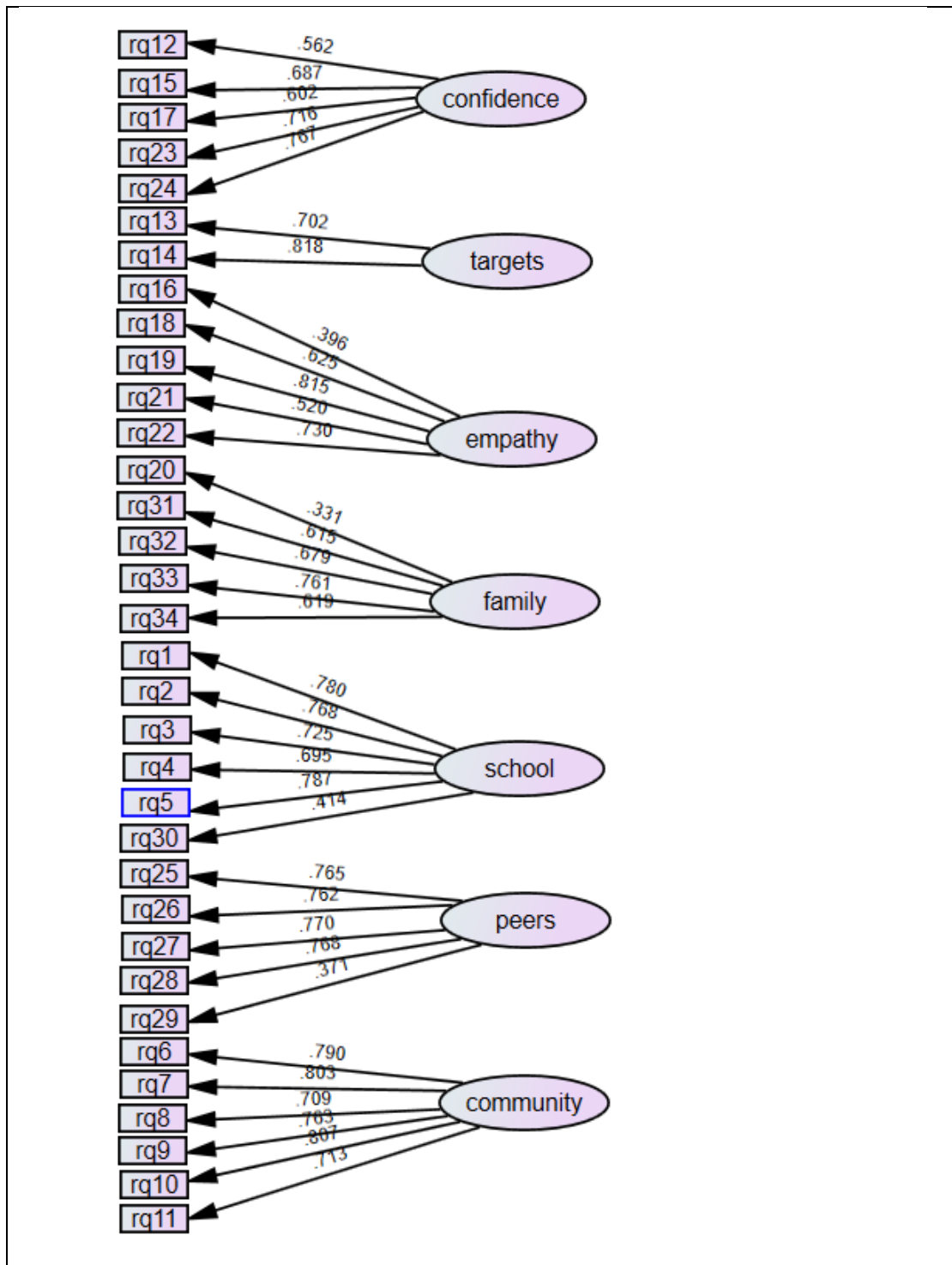
Παράγοντας 4: Αποτελείται από 5 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 1.94 και ερμηνεύει το 5.70% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Αυτοπεποίθηση» και αντιπροσωπεύει τον ένα από τους τρεις εσωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Παράγοντας 5: Αποτελείται από 5 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 1.59 και ερμηνεύει το 4.67% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Υποστήριξη από το σπίτι» και αντιπροσωπεύει τον ένα από τους τέσσερις εξωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Παράγοντας 6: Αποτελείται από 5 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 1.46 και ερμηνεύει το 4.29% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Ενσυναίσθηση» και αντιπροσωπεύει τον τρίτο εσωτερικό παράγοντα της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Παράγοντας 7: Αποτελείται από 2 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 1.29 και ερμηνεύει το 3.81% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Στόχοι - Φιλοδοξίες» και αντιπροσωπεύει τον δεύτερο από τους τρεις εσωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Στη συνέχεια, στο Διάγραμμα 2 και στο Παράρτημα Α (2), παρουσιάζονται οι ερωτήσεις ομαδοποιημένες με τις φορτίσεις στους παράγοντες που αναπτύχθηκαν στην παρούσα την ανάλυση.



Διάγραμμα 2. Ερωτήσεις: rq1-rq34 (αντιστοιχία με τις ερωτήσεις 1-34 της κλίμακας «Ψυχικής Ανθεκτικότητας»)

Παράγοντες: 1.Υποστήριξη από την κοινότητα (community), 2.Υποστήριξη από το σχολείο (school), 3.Υποστήριξη από τους συνομηλίκους (peers), 4.Αυτοπεποίθηση (confidence), 5.Υποστήριξη από το σπίτι (family), 6.Ενσυναίσθηση (empathy), 7.Στόχοι – Φιλοδοξίες (targets)

3.2. Περιγραφικά στοιχεία ψυχομετρικών εργαλείων και των διαστάσεων τους

Με στόχο την επεξεργασία των μεταβλητών που εμπεριέχονται στα ψυχομετρικά εργαλεία μέτρησης του Χιούμορ, της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και την Γενικής Υγείας, εξετάστηκε η μηδενική υπόθεση της ύπαρξης κανονικής κατανομής των δεδομένων. Μέσω του τεστ κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov (Πίνακας 3), τα αποτελέσματα στην συντριπτική τους πλειοψηφία ήταν στατιστικά σημαντικά, οδηγώντας στην αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης για την ύπαρξη μη κανονικής κατανομής.

Πίνακας 3. Τεστ κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov για όλες τις διαστάσεις των ψυχομετρικών εργαλείων, στο βασικό δείγμα και την ομάδα ελέγχου.

Kolmogorov - Smirnov				
Μεταβλητές	Δείγμα	Τιμή D	Βαθμός Ελευθερίας	Σημαντικότητα p.
Χιούμορ	Δομές	.109	71	.035
	Ομάδα ελέγχου	.077	99	.167
Προσαρμοστικό Χιούμορ	Δομές	.079	71	.200
	Ομάδα ελέγχου	.060	99	.200
Ενωτικός/Συνδετικός τύπος	Δομές	.111	71	.031
	Ομάδα ελέγχου	.140	99	.000
Αυτοενισχυτικός τύπος	Δομές	.082	71	.200
	Ομάδα ελέγχου	.099	99	.018
Μη Προσαρμοστικό Χιούμορ	Δομές	.092	71	.200
	Ομάδα ελέγχου	.134	99	.000
Επιθετικός τύπος	Δομές	.083	71	.200
	Ομάδα ελέγχου	.110	99	.005
Αυτοσαρκαστικός/ Αυτοκαταστροφικός τύπος	Δομές	.125	71	.008
	Ομάδα ελέγχου	.168	99	.000

Ανθεκτικότητα	Δομές	.104	71	.055
	Ομάδα	.090	99	.048
	ελέγχου			
Εσωτερικοί παράγοντες	Δομές	.074	71	.200
	Ομάδα	.116	99	.002
	ελέγχου			
Αυτοπεποίθηση	Δομές	.116	71	.019
	Ομάδα	.124	99	.001
	ελέγχου			
Στόχοι - Φιλοδοξίες	Δομές	.144	71	.001
	Ομάδα	.196	99	.000
	ελέγχου			
Ενσυναίσθηση	Δομές	.148	71	.001
	Ομάδα	.165	99	.000
	ελέγχου			
Εξωτερικοί παράγοντες	Δομές	.111	71	.031
	Ομάδα	.079	99	.136
	ελέγχου			
Υποστήριξη από το σπίτι	Δομές	.168	71	.000
	Ομάδα	.161	99	.000
	ελέγχου			
Υποστήριξη από το σχολείο	Δομές	.117	71	.017
	Ομάδα	.105	99	.009
	ελέγχου			
Υποστήριξη από τους συνομηλίκους	Δομές	.107	71	.044
	Ομάδα	.187	99	.000
	ελέγχου			
Υποστήριξη από την κοινότητα	Δομές	.151	71	.000
	Ομάδα	.147	99	.000
	ελέγχου			
Ψυχική Υγεία	Δομές	.116	71	.019
	Ομάδα	.092	99	.040
	ελέγχου			
Σωματικά συμπτώματα	Δομές	.189	71	.000
	Ομάδα	.097	99	.022
	ελέγχου			
Άγχος	Δομές	.146	71	.001
	Ομάδα	.092	99	.037
	ελέγχου			
Κοινωνική δυσλειτουργία	Δομές	.133	71	.003
	Ομάδα	.117	99	.002
	ελέγχου			
Κατάθλιψη	Δομές	.160	71	.000

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των διαστάσεων των ψυχομετρικών εργαλείων για το συνολικό πληθυσμό αλλά και τα επιμέρους δείγματα των εφήβων που διαμένουν σε Δομές ή την οικογενειακή κατοικία (ομάδα ελέγχου).

Όσον αφορά το σύνολο του πληθυσμού, σχετικά με το ερωτηματολόγιο των Τύπων Χιούμορ, οι έφηβοι εμφάνισαν περισσότερο το προσαρμοστικό χιούμορ (28.32) με το μέσο όρο των τύπων του, τον ενωτικό (15.14) και τον αυτοενισχυτικό (13.18) να έχουν τιμές μεγαλύτερες του μέσου τους εύρους του. Η μέση τιμή του μη προσαρμοστικού χιούμορ βρίσκεται ελαφρά πάνω από το μέσο του εύρους (24.29) με τον αυτοσαρκαστικό τύπο να βρίσκεται στα όρια (10.55). Το ίδιο μοτίβο συμβαίνει και στους άλλους δύο πληθυσμούς, δηλαδή αυτόν των Δομών και της ομάδας ελέγχου.

Στην κλίμακα της Ψυχικής Ανθεκτικότητας, οι έφηβοι φαίνεται πως έχουν υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας (106.35), είτε μέσω των εσωτερικών παραγόντων (40.44) είτε των εξωτερικών (65.90) στο συνολικό πληθυσμό. Μολονότι, τα επιμέρους δείγματα των Δομών (15.56) και της ομάδας ελέγχου (13.56), δείχνουν τους μέσους όρους να συμφωνούν σχεδόν σε όλες τις κλίμακες της ανθεκτικότητας, φαίνεται να διαφέρουν ελαφρά στην πρώτη ομάδα όπου η υποστήριξη από το σχολείο είναι πιο έντονη σε σχέση με την αντίστοιχη της ομάδας ελέγχου. Το μεγαλύτερο μέσο όρο στο εύρος των εξωτερικών παραγόντων της ψυχικής ανθεκτικότητας εμφανίζουν και τα δύο επιμέρους δείγματα (Δομές: $M.O. = 18.33$, Ομάδα ελέγχου: $M.O. = 18.68$) σχετικά με την υποστήριξη από την κοινότητα.

Τέλος, στο ερωτηματολόγιο της Γενικής Υγείας, οι έφηβοι εμφανίζουν ελαφρά αυξημένη διαταραγμένη ψυχική υγεία σε όλα τα δείγματα (Σύνολο: $M.O. = 52.62$, Δομές: $M.O. = 51.87$, Ομάδα ελέγχου: $M.O. = 53.14$). Ωστόσο, η ομάδα ελέγχου εμφανίζει πιο χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας σε σχέση με τους εφήβους των Δομών όπως επιβεβαιώνουν οι μέσοι όροι με τις ανάλογες διαφορές στο εύρος τους. Η κατάθλιψη είναι η μοναδική περίπτωση, στην οποία η ομάδα ελέγχου (11.43), είναι χαμηλότερη σε σχέση με τους εφήβους στις Στέγες Προστασίας Παιδιού (12.21).

Πίνακας 4. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς όλων των διαστάσεων των ψυχομετρικών εργαλείων και των πληθυσμών του δείγματος.

Κλίμακες	Συνολικό δείγμα			Δομές			Ομάδα ελέγχου		
	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>Εύρος</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>Εύρος</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>Εύρος</i>
<i>Ερωτηματολόγιο</i> <i>Τύπων Χιούμορ</i>	52.62	10.18	0-83.00	50.77	12.27	0-77.00	53.94	8.19	23.00-83.00
Προσαρμοστικό χιούμορ	28.32	6.79	0-45.00	26.92	7.33	0-42.00	29.33	6.22	10.00-45.00
Ενωτικός Τύπος	15.14	3.68	0-21.00	14.00	3.98	0-21.00	15.96	3.23	6.00-21.00
Αυτοεπισχυτικός Τύπος	13.18	4.46	0-24.00	12.92	4.58	0-22.00	13.36	4.38	4.00-24.00
Μη προσαρμοστικό χιούμορ	24.29	5.35	0-40.00	23.8	6.66	0-40.00	24.61	4.17	13.00-38.00
Επιθετικός τύπος	13.73	2.98	0-21.00	13.19	3.77	0-21.00	14.12	2.19	7.00-19.00
Αυτοσαρκαστικός τύπος	10.55	3.62	0-21.00	10.64	4.17	0-21.00	10.49	3.18	6.00-21.00
<i>Κλίμακα Ψυχικής</i> <i>Ανθεκτικότητας</i>	106.35	16.45	34.00-134.00	105.97	17.61	34.00-134.00	106.62	15.65	60.00-131.00
Εσωτερικοί παράγοντες	40.44	6.71	13.00-52.00	39.46	7.59	13.00-52.00	41.15	5.92	19.00-52.00
Αυτοπεποίθηση	17.97	3.49	6.00-24.00	17.90	3.83	6.00-24.00	18.02	3.24	8.00-24.00

Στόχοι & Φιλοδοξίες	13.38	2.72	4.00-16.00	12.71	3.00	4.00-16.00	13.86	2.41	6.00-16.00
Ενσυναίσθηση	9.08	2.09	3.00-12.00	8.84	2.20	3.00-12.00	9.26	1.99	4.00-12.00
Εξωτερικοί παράγοντες	65.90	11.53	21.00-83.00	66.50	11.66	21.00-82.00	65.47	11.47	35.00-83.00
Υποστήριξη από το σπίτι	16.98	2.93	5.00-20.00	16.87	3.24	5.00-20.00	17.06	2.70	9.00-20.00
Υποστήριξη από το σχολείο	14.40	4.05	5.00-20.00	15.56	3.37	5.00-20.00	13.56	4.31	5.00-20.00
Υποστήριξη από τους συνομηλικούς	15.98	3.51	5.00-20.00	15.73	3.29	5.00-20.00	16.16	3.67	5.00-20.00
Υποστήριξη από την κοινότητα	18.54	5.13	0-24.00	18.33	5.27	0-24.00	18.68	5.05	0-24.00
Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας	52.62	12.76	28.00-84.00	51.87	14.02	28.00-81.00	53.14	11.82	31.00-84.00
Σωματικά συμπτώματα	12.76	3.89	7.00-23.00	12.04	42.22	7.00-23.00	13.28	3.56	7.00-21.00
Άγχος	14.34	4.56	6.00-26.00	13.87	5.03	6.00-23.00	14.67	4.19	7.00-26.00
Κοινωνική δυσλειτουργία	13.76	3.19	7.00-28.00	13.74	3.42	7.00-28.00	13.77	3.02	8.00-22.00
Κατάθλιψη	11.75	4.72	7.00-28.00	12.21	5.12	7.00-28.00	11.43	4.41	7.00-25.00

Οι τιμές αφορούν το μέσο όρο (*M.O.*), την τυπική απόκλιση (*T.A.*) και το εύρος (ελάχιστο – μέγιστο).

3.3. Συγκρίσεις μέσω των όρων των μεταβλητών

Σε αυτή την ενότητα εξετάζονται οι πρώτες πέντε ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες αφορούν διαφορές μεταξύ των μεταβλητών και των πληθυσμών που πραγματεύεται η έρευνα. Οι μεταβλητές του Χιούμορ, της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Γενικής Ψυχικής Υγείας, όπως προαναφέρθηκε, εξετάστηκαν ως προς την κανονικότητά τους και τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν πως δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Απόρροια της παραπάνω διαδικασίας είναι ο έλεγχος των σχέσεων των μεταβλητών με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Mann – Whitney. Στη συνέχεια, παρατίθενται λεπτομερώς τα αποτελέσματα αυτών των συγκρίσεων.

3.3.1. Διαφορές μεταξύ των ομάδων χαμηλού και υψηλού επιπέδου της Ψυχικής Υγείας του συνολικού πληθυσμού των εφήβων, ως προς το Χιούμορ και την Ψυχική Ανθεκτικότητα

Σε αυτή την υποενότητα εξετάζεται το πρώτο ερευνητικό ερώτημα που αφορά την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ εφήβων με υψηλά ($n = 152$, $M.O. = 52.15$, $T.A. = 10.28$) και χαμηλά ($n = 18$, $M.O. = 56.67$, $T.A. = 8.57$) επίπεδα ψυχικής υγείας ως προς τους τύπους του χιούμορ και την ψυχική ανθεκτικότητα. Το κριτήριο διαχωρισμού το παραπάνω ομάδων έγινε σύμφωνα με το σκορ που προέκυψε από τις διαστάσεις των ψυχομετρικών εργαλείων (εύρος σκορ ψυχικής υγείας = 28.00 – 112.00, υψηλό επίπεδο > 70.00, χαμηλό επίπεδο < 70.00). Στον Πίνακα 5 εμφανίζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης επιβεβαιώνοντας στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων του χαμηλού και υψηλού επιπέδου της ψυχικής υγείας και του μη προσαρμοστικού χιούμορ, καθώς επίσης και με τις δύο υποκατηγορίες του, τον επιθετικό και τον αυτοσαρκαστικό τύπο. Επιπλέον, σημαντική διαφορά εμφανίζεται μεταξύ των δύο επιπέδων της ψυχικής υγείας και της

υποκατηγορίας των εσωτερικών παραγόντων της ψυχικής ανθεκτικότητας που αφορά τους στόχους και τις φιλοδοξίες των εφήβων για το μέλλον.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την πρώτη διάκριση, το επίπεδο ψυχικής υγείας φαίνεται να διαφέρει σημαντικά ως προς το μη προσαρμοστικό χιούμορ (χαμηλό επίπεδο: $\Delta.T. = 24.00$, υψηλό επίπεδο: $\Delta.T. = 27.00$) με την τιμή κριτηρίου U να είναι 569.00 και $p < .000$. Επιπλέον, στατιστικά σημαντικές διαφορές υπάρχουν και στον επιθετικό τύπο χιούμορ ($\Delta.T. = 14.00$, $\Delta.T. = 16.00$, $U = 724.00$ με $p < .001$), αλλά και στον αυτοσαρκαστικό τύπο ($\Delta.T. = 10.00$, $\Delta.T. = 12.50$, $U=796.50$ με $p < .004$) σε σχέση με τη χαμηλή και υψηλή ψυχική υγεία αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί πως και στις τρεις περιπτώσεις αμφότερα, το χαμηλότερο επίπεδο ψυχικής υγείας είχε υψηλότερες διάμεσες τιμές για τους μη προσαρμοστικούς τύπους χιούμορ. Σχετικά με τις διαφορές της ψυχικής υγείας και της ανθεκτικότητας, βρέθηκε πως σημαντικές είναι μόνο στην περίπτωση του εσωτερικού παράγοντα των στόχων και φιλοδοξιών ($\Delta.T. = 14.00$, $\Delta.T. = 13.00$, $U = 951.00$ με $p < .032$) που εμφανίζουν οι έφηβοι στο συνολικό πληθυσμό τους δείγματος. Στη συγκεκριμένη σύγκριση, η ανθεκτικότητα έχει πιο αυξημένη διάμεση τιμή στην περίπτωση της καλύτερης ψυχικής υγείας. Καταλήγοντας, όλα τα παραπάνω μας οδηγούν στην επιβεβαίωση της πρώτης ερευνητικής υπόθεσης

Πίνακας 5. Συγκρίσεις μέσων όρων μεταξύ χαμηλών και υψηλών επιπέδων της Ψυχικής Υγείας των εφήβων, ως προς το Χιούμορ και την Ψυχική Ανθεκτικότητα (συνολικός πληθυσμός).

Κλίμακες	Υψηλό επίπεδο Ψυχικής Υγείας ($n = 152$)	Χαμηλό επίπεδο Ψυχικής Υγείας ($n = 18$)	U	p .
	$\Delta.T.$	$\Delta.T.$		
<i>Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ</i>				
Προσαρμοστικό χιούμορ	28.00	28.00	1254.00	.563
Ενωτικός Τύπος	16.00	16.00	1286.00	.677
Αυτοεπισχυτικός Τύπος	13.00	12.00	1171.50	.319
Μη προσαρμοστικό χιούμορ	24.00	27.00	569.00	.000
Επιθετικός τύπος	14.00	16.00	724.00	.001

Αυτοσαρκαστικός τύπος	10.00	12.50	796.50	.004
<i>Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας</i>				
Αυτοπεποίθηση	18.00	16.50	1047.50	.103
Στόχοι & Φιλοδοξίες	14.00	13.00	951.00	.032
Ενσυναίσθηση	9.00	9.00	1306.50	.752
Υποστήριξη από το σπίτι	18.00	16.00	1028.00	.081
Υποστήριξη από το σχολείο	15.00	15.00	1247.50	.540
Υποστήριξη από τους συνομηλίκους	17.00	16.00	1277.00	.643
Υποστήριξη από την κοινότητα	20.00	20.00	1363.00	.980

Οι τιμές αφορούν τη διάμεσο (*Δ.Τ.*), τους ελέγχους Mann-Whitney U και το *p*-value.
Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

3.3.1.1. Διαφορές μεταξύ των ομάδων των εφήβων που ζουν σε Δομές και της ομάδας ελέγχου με υψηλό επίπεδο Ψυχικής Υγείας, ως προς το Χιούμορ και την Ψυχική Ανθεκτικότητα

Σε αυτή την υποενότητα, εξετάζεται η δεύτερη ερευνητική υπόθεση που αφορά την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των εφήβων που διαμένουν σε Δομές ($n = 61$) και της ομάδας ελέγχου ($n = 91$), όσον αφορά τα υψηλά επίπεδα ψυχικής υγείας ($n = 152$, $M.O. = 52.15$, $T.A. = 10.28$), ως προς τους παράγοντες που ελέγχουν το χιούμορ και την ψυχική ανθεκτικότητα. Στον Πίνακα 6 εμφανίζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης επιβεβαιώνοντας στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εφήβων των Δομών και της ομάδας ελέγχου στο προσαρμοστικό χιούμορ και στην μια υποκατηγορία του, τον ενωτικό τύπο. Επιπλέον, σημαντική διαφορά βρέθηκε σε σχέση με την ψυχική ανθεκτικότητα και συγκεκριμένα με τους στόχους και τις φιλοδοξίες των εφήβων στο ανάλογο πλαίσιο (Παράρτημα Β: Διάγραμμα 4).

Αναλυτικότερα, στους εφήβους με χαμηλή ψυχοπαθολογία εμφανίστηκε πιο αυξημένη διάμεση τιμή στην ομάδα ελέγχου διαφέροντας από αυτή των Δομών σε σχέση με τον παράγοντα του προσαρμοστικού χιούμορ ($\Delta.T. = 30.00$, $\Delta.T. = 28.00$) με

κριτήριο $U = 2192.00$ και $p < .028$, αλλά και με τον παράγοντα του ενωτικού τύπου χιούμορ ($\Delta.T. = 16.00$, $\Delta.T. = 14.00$) με $U = 1968.00$ και $p < .002$. Όσον αφορά τις διαφορές στους πληθυσμούς σε σχέση με τους στόχους και τις φιλοδοξίες των εφήβων, η ομάδα ελέγχου εμφάνισε μεγαλύτερη διάμεση τιμή ($\Delta.T. = 15.00$) διαφέροντας στατιστικά σημαντικά ($p < .015$) από το δείγμα των Δομών ($\Delta.T. = 13.00$) με το κριτήριο U να είναι 2140.50, επιβεβαιώνοντας το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα.

Πίνακας 6. Συγκρίσεις μέσω των όρων μεταξύ των ομάδων των εφήβων των Δομών και της ομάδας ελέγχου με υψηλό επίπεδο Ψυχικής Υγείας, ως προς με το Χιούμορ και την Ψυχική Ανθεκτικότητα.

Κλίμακες	Δομές	Ομάδα ελέγχου		
	($n = 61$)	($n = 91$)	U	p .
	$\Delta.T.$	$\Delta.T.$		
<i>Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ</i>				
Προσαρμοστικό χιούμορ	28.00	30.00	2192.00	.028
Ενωτικός Τύπος	14.00	16.00	1968.00	.002
Αυτοενισχυτικός Τύπος	13.00	13.00	2552.50	.401
Μη προσαρμοστικό χιούμορ	23.00	24.00	2320.00	.086
Επιθετικός τύπος	13.00	14.00	2287.00	.064
Αυτοσαρκαστικός τύπος	9.00	10.00	2574.50	.447
<i>Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας</i>				
Αυτοπεποίθηση	18.00	19.00	2660.00	.663
Στόχοι & Φιλοδοξίες	13.00	15.00	2140.50	.015
Ενσυναίσθηση	9.00	10.00	2438.50	.200
Υποστήριξη από το σπίτι	18.00	18.00	2726.50	.852
Υποστήριξη από το σχολείο	15.00	15.00	2301.00	.073
Υποστήριξη από τους συνομηλίκους	16.00	18.00	2397.50	.153
Υποστήριξη από την κοινότητα	19.00	20.00	2521.50	.337

Οι τιμές αφορούν τη διάμεσο ($\Delta.T.$), τους ελέγχους Mann-Whitney U και το p -value. Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

3.3.1.2. Διαφορές μεταξύ των ομάδων των εφήβων που ζουν σε Δομές και της ομάδας ελέγχου με χαμηλό επίπεδο Ψυχικής Υγείας, ως προς το Χιούμορ και την Ψυχική Ανθεκτικότητα

Στην παρούσα υποενότητα, εξετάζεται το άλλο σκέλος της δεύτερης ερευνητικής υπόθεσης που αφορά την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των εφήβων που διαμένουν σε Δομές ($n = 10$) και της ομάδας ελέγχου ($n = 8$), όσον αφορά τα χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας ($n = 18$, $M.O. = 56.67$, $T.A. = 8.57$), ως προς τους παράγοντες που ελέγχουν το χιούμορ και την ψυχική ανθεκτικότητα. Στον Πίνακα 7 εμφανίζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης επιβεβαιώνοντας στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εφήβων των Δομών και της ομάδας ελέγχου στις δύο υποκατηγορίες του προσαρμοστικού χιούμορ, τον ενωτικό και τον αυτοενισχυτικό τύπο. Επιπρόσθετα, σημαντική διαφορά βρέθηκε σε σχέση με την ψυχική ανθεκτικότητα και συγκεκριμένα με υποστήριξη που δέχονται οι έφηβοι από σχολείο (Παράρτημα Β: Διάγραμμα 5).

Πιο συγκεκριμένα, στους εφήβους με χαμηλή ψυχική υγεία, όσον αφορά τον ενωτικό τύπο χιούμορ, εμφανίστηκε πιο αυξημένη διάμεση τιμή στην ομάδα ελέγχου από αυτή των Δομών ($\Delta.T. = 17.50$, $\Delta.T. = 14.00$) με κριτήριο $U = 13.00$ και $p = .016$. Το ανάστροφο συνέβη στον χιουμοριστικό αυτοενισχυτικό τύπο, καθώς εκεί εμφανίστηκε σχεδόν διπλά αυξημένη η διάμεση τιμή του δείγματος των Δομών σε σχέση με τους εφήβους που μένουν στην οικογενειακή κατοικία ($\Delta.T. = 14.50$, $\Delta.T. = 8.00$) με $U = 17.00$ και $p < .039$. Στη συνέχεια των αναλύσεων, στατιστικά σημαντική ($p < .001$) διαφορά βρέθηκε μεταξύ των δύο πληθυσμών σε σχέση με την ανθεκτικότητα και ειδικότερα, όσον αφορά την υποστήριξη από το σχολείο, με τη διάμεση τιμή των εφήβων των Δομών να είναι παραπάνω από διπλάσια σε σχέση με αυτή της ομάδας ελέγχου ($\Delta.T. = 17.50$, $\Delta.T. = 7.00$, με $U = 3.50$), επιβεβαιώνοντας την υπόθεση.

Πίνακας 7. Συγκρίσεις μέσων όρων μεταξύ των ομάδων των εφήβων των Δομών και της ομάδας ελέγχου με χαμηλό επίπεδο Ψυχικής Υγείας, ως προς με το Χιούμορ και την Ψυχική Ανθεκτικότητα.

Κλίμακες	Δομές	Ομάδα	U	p.
	(n = 10)	ελέγχου (n = 8)		
	<i>Δ.Τ.</i>	<i>Δ.Τ.</i>		
<i>Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ</i>				
Προσαρμοστικό χιούμορ	28.50	27.00	34.50	.624
Ενωτικός Τύπος	14.00	17.50	13.00	.016
Αυτοενισχυτικός Τύπος	14.50	8.00	17.00	.039
Μη προσαρμοστικό χιούμορ	27.50	27.00	35.50	.686
Επιθετικός τύπος	14.50	16.50	29.00	.325
Αυτοσαρκαστικός τύπος	13.50	10.50	22.50	.118
<i>Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας</i>				
Αυτοπεποίθηση	17.50	14.50	22.00	.108
Στόχοι & Φιλοδοξίες	13.00	13.00	38.50	.893
Ενσυναίσθηση	9.00	9.00	38.50	.892
Υποστήριξη από το σπίτι	16.00	16.00	39.50	.964
Υποστήριξη από το σχολείο	17.50	7.00	3.50	.001
Υποστήριξη από τους συνομηλίκους	15.50	16.50	39.50	.964
Υποστήριξη από την κοινότητα	20.00	17.50	25.00	.178

Οι τιμές αφορούν τη διάμεσο (*Δ.Τ.*), τους ελέγχους Mann-Whitney U και το *p*-value. Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

3.3.2. Διαφορές στις ομάδες των χαμηλών και υψηλών επιπέδων του Χιούμορ του συνολικού πληθυσμού των εφήβων, ως προς την Ψυχική Ανθεκτικότητα και Γενική Ψυχική Υγεία

Σε αυτή την υποενότητα εξετάζεται το τρίτο ερευνητικό ερώτημα που αφορά την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ εφήβων με υψηλά ($n = 31$, $M.O. = 66.68$, $T.A. = 5.24$) και χαμηλά ($n = 138$, $M.O. = 49.85$, $T.A. = 7.02$) επίπεδα χιούμορ, ως προς την ψυχική ανθεκτικότητα και τη γενική ψυχική υγεία. Το κριτήριο διαχωρισμού το παραπάνω ομάδων έγινε σύμφωνα με το σκορ που προέκυψε από τις διαστάσεις των ψυχομετρικών εργαλείων (εύρος σκορ χιούμορ = 24.00 - 96.00, υψηλό επίπεδο > 60.00, χαμηλό επίπεδο < 60.00). Στον Πίνακα 8 εμφανίζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης επιβεβαιώνοντας μόνο μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < .043$) μεταξύ του χαμηλού και υψηλού επιπέδου έκφρασης χιούμορ. Το τελευταίο φαίνεται να έχει μεγαλύτερη διάμεση τιμή από το πρώτο ($\Delta.T. = 18.00$, $\Delta.T. = 19.00$, με $U = 1642.00$) σε σχέση με την αυτοπεποίθηση των εφήβων που αποτελεί εσωτερικό παράγοντα της ανθεκτικότητας.

Πίνακας 8. Συγκρίσεις μέσων όρων μεταξύ των επιπέδων του Χιούμορ των εφήβων, ως προς την Ψυχική Ανθεκτικότητα και την Γενική Ψυχική Υγεία (συνολικός πληθυσμός).

Κλίμακες	Χαμηλό επίπεδο	Υψηλό επίπεδο	U	p.
	Χιούμορ (n = 138)	Χιούμορ (n = 31)		
	$\Delta.T.$	$\Delta.T.$		
<i>Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας</i>				
Αυτοπεποίθηση	18.00	19.00	1642.00	.043
Στόχοι & Φιλοδοξίες	13.00	15.00	2081.50	.812
Ενσυναίσθηση	9.00	10.00	2007.00	.587
Υποστήριξη από το σπίτι	17.00	18.00	1701.00	.071
Υποστήριξη από το σχολείο	16.00	14.00	2063.00	.757
Υποστήριξη από τους συνομηλίκους	16.00	17.00	2051.50	.721

Υποστήριξη από την κοινότητα	20.00	20.00	1843.00	.227
<i>Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας</i>				
Σωματικά συμπτώματα	11.00	13.00	1827.50	.204
Άγχος	14.00	14.00	1893.00	.316
Κοινωνική Δυσλειτουργία	14.00	13.00	1976.00	.505
Κατάθλιψη	11.00	10.00	1742.50	.105

Οι τιμές αφορούν τη διάμεσο (*Δ.Τ.*), τους ελέγχους Mann-Whitney U και το *p*-value.
Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

3.3.3. Διαφορές μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών του συνολικού πληθυσμού των εφήβων, ως προς το Χιούμορ, την Ψυχική Ανθεκτικότητα και Γενική Ψυχική Υγεία

Στη συγκεκριμένη υποενότητα εξετάζεται η τέταρτη ερευνητική υπόθεση που αφορά την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των αγοριών ($n = 92$) και των κοριτσιών ($n = 78$), ως προς το χιούμορ, την ψυχική ανθεκτικότητα και τη γενική ψυχική τους υγεία. Στον Πίνακα 9 εμφανίζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης επιβεβαιώνοντας διαφορές μεταξύ των φύλων και στους τρεις τομείς που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά τον παράγοντα του χιούμορ, τα αγόρια ($\Delta.T. = 10.50$) διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($p < .026$ και $U = 2878.00$) ως προς τα κορίτσια ($\Delta.T. = 9.00$) σε σχέση τον αυτοσαρκαστικό τύπο. Σχετικά με τους παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας και της γενικής ψυχικής υγείας, τα κορίτσια σημείωσαν πιο αυξημένη διάμεση τιμή σε σχέση με τα αγόρια σε όλες τις υποκλίμακες που διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο: υποστήριξη από τους συνομηλίκους ($\Delta.T. = 18.00$, $\Delta.T. = 16.00$, $U = 2990.00$, $p < .003$), άγχος ($\Delta.T. = 16.00$, $\Delta.T. = 14.00$, $U = 2892.00$, $p < .029$) και κοινωνική δυσλειτουργία ($\Delta.T. = 14.00$, $\Delta.T. = 13.00$, $U = 2481.00$, $p < .000$) (Παράρτημα Β: Διάγραμμα 6).

Πίνακας 9. Συγκρίσεις μέσων όρων μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, ως προς το Χιούμορ, την Ψυχική Ανθεκτικότητα και την Γενική Ψυχική Υγεία (συνολικός πληθυσμός).

Κλίμακες	Αγόρια	Κορίτσια	U	p.
	(n = 92)	(n = 78)		
	<i>A.T.</i>	<i>A.T.</i>		
<i>Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ</i>				
Προσαρμοστικό χιούμορ	29.00	28.00	3276.50	.329
Ενωτικός Τύπος	16.00	15.50	3387.00	.528
Αυτοενισχυτικός Τύπος	13.00	13.00	3309.50	.383
Μη προσαρμοστικό χιούμορ	24.00	24.00	3322.50	.405
Επιθετικός τύπος	14.00	14.00	3236.00	.268
Αυτοσαρκαστικός τύπος	10.50	9.00	2878.00	.026
<i>Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας</i>				
Αυτοπεποίθηση	19.00	18.00	3301.50	.368
Στόχοι & Φιλοδοξίες	14.00	14.50	3157.00	.171
Ενσυναίσθηση	9.00	10.00	2990.00	.058
Υποστήριξη από το σπίτι	17.00	18.00	3334.00	.421
Υποστήριξη από το σχολείο	15.00	15.00	3501.00	.785
Υποστήριξη από τους συνομηλίκους	16.00	18.00	2651.50	.003
Υποστήριξη από την κοινότητα	19.50	20.00	3300.00	.365
<i>Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας</i>				
Σωματικά συμπτώματα	12.00	13.00	3177.50	.198
Άγχος	14.00	16.00	2892.00	.029
Κοινωνική Δυσλειτουργία	13.00	14.00	2481.00	.000
Κατάθλιψη	11.00	10.00	3419.00	.595

Οι τιμές αφορούν τη διάμεσο (*A.T.*), τους ελέγχους Mann-Whitney U και το *p*-value.
Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

3.3.4. Διαφορές μεταξύ των ομάδων Γυμνασίου και Λυκείου (ηλικιακή φάση) του συνολικού πληθυσμού των εφήβων ως προς το Χιούμορ, την Ψυχική Ανθεκτικότητα και Γενική Ψυχική Υγεία

Στη συγκεκριμένη υποενοότητα εξετάζεται η πέμπτη ερευνητική υπόθεση που αφορά την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των εφήβων που φοιτούν στο Γυμνάσιο ($n = 74$) και το Λύκειο ($n = 96$) ως προς το χιούμορ, την ψυχική ανθεκτικότητα και τη γενική ψυχική τους υγεία. Στον Πίνακα 10 εμφανίζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης επιβεβαιώνοντας στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς συγκεκριμένες υποκατηγορίες της ανθεκτικότητας και ψυχικής υγείας, αλλά διαψεύδοντας τις αντίστοιχες του χιούμορ.

Αναλυτικότερα, παρατηρείται μια αύξηση στην μέση τιμή των εφήβων που φοιτούν στο Γυμνάσιο σε σχέση με αυτούς του Λυκείου, διαφέροντας με στατιστικά σημαντικό τρόπο όσον αφορά τομείς της ανθεκτικότητας και συγκεκριμένα του εξωτερικούς παράγοντες της υποστήριξης από το σπίτι ($\Delta.T. = 18.00, \Delta.T. = 17.00, U = 2936.00, p < .050$) και από το σχολείο ($\Delta.T. = 16.00, \Delta.T. = 14.00, U = 2492.00, p < .001$). Το αντίθετο συμβαίνει στον τομέα της ψυχικής υγείας, καθώς οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έφηβοι (Λύκειο), έχουν πιο αυξημένη διάμεση τιμή σε σχέση με τους μικρότερους (Γυμνάσιο). Επομένως, όσον αφορά τα σωματικά συμπτώματα (Γυμνάσιο: $\Delta.T. = 10.00$, Λύκειο: $\Delta.T. = 14.00, U = 2165.50$ με $p < .000$) και το άγχος (Γυμνάσιο: $\Delta.T. = 13.00$, Λύκειο: $\Delta.T. = 15.00, U = 2887.50$ με $p < .036$), διαφέρουν στατιστικά σημαντικά καθώς οι έφηβοι μεγαλώνουν ηλικιακά (Παράρτημα Β: Διάγραμμα 7).

Πίνακας 10. Συγκρίσεις μέσων όρων μεταξύ των σχολικών επιπέδων (Γυμνασίου - Λυκείου) των εφήβων, ως προς το Χιούμορ, την Ψυχική Ανθεκτικότητα και την Γενική Ψυχική Υγεία (συνολικός πληθυσμός).

Κλίμακες	Γυμνάσιο	Λύκειο	U	p.
	(n = 74)	(n = 96)		
	<i>Δ.Τ.</i>	<i>Δ.Τ.</i>		
<i>Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ</i>				
Προσαρμοστικό χιούμορ	28.00	29.00	3324.00	.473
Ενωτικός Τύπος	15.00	16.00	3033.00	.101
Αυτοεπισχυτικός Τύπος	13.00	13.00	3508.50	.891
Μη προσαρμοστικό χιούμορ	23.50	24.00	3233.00	.315
Επιθετικός τύπος	14.00	14.00	3225.50	.302
Αυτοσαρκαστικός τύπος	10.00	10.00	3522.50	.926
<i>Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας</i>				
Αυτοπεποίθηση	18.00	18.00	3358.50	.541
Στόχοι & Φιλοδοξίες	14.00	14.00	3090.00	.140
Ενσυναίσθηση	9.00	9.00	3091.00	.142
Υποστήριξη από το σπίτι	18.00	17.00	2936.00	.050
Υποστήριξη από το σχολείο	16.00	14.00	2492.50	.001
Υποστήριξη από τους συνομηλίκους	17.00	16.50	3366.50	.557
Υποστήριξη από την κοινότητα	20.00	19.50	3460.00	.771
<i>Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας</i>				
Σωματικά συμπτώματα	10.00	14.00	2165.50	.000
Άγχος	13.00	15.00	2887.50	.036
Κοινωνική Δυσλειτουργία	13.00	14.00	2995.00	.078
Κατάθλιψη	9.00	11.00	2969.50	.065

Οι τιμές αφορούν τη διάμεσο (*Δ.Τ.*), τους ελέγχους Mann-Whitney U και το *p*-value.
Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

3.4. Συσχετίσεις μεταξύ των Τύπων Χιούμορ, της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Γενικής Υγείας

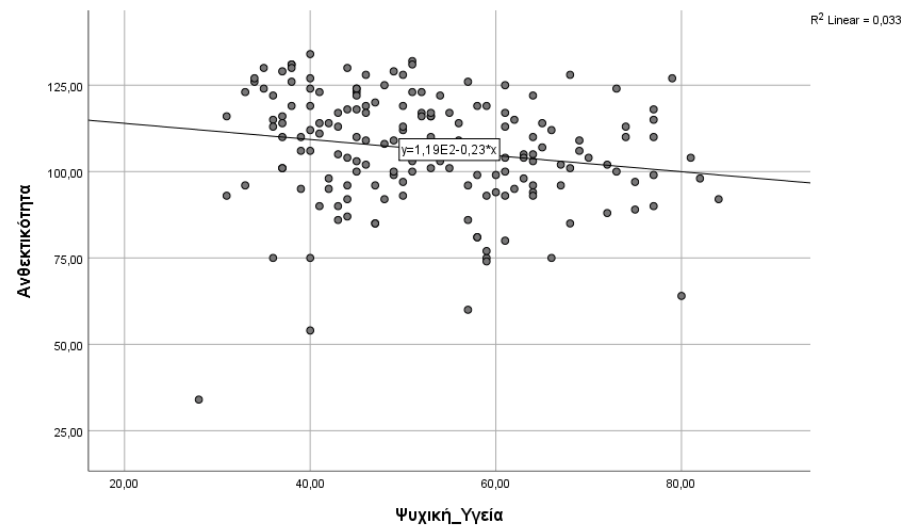
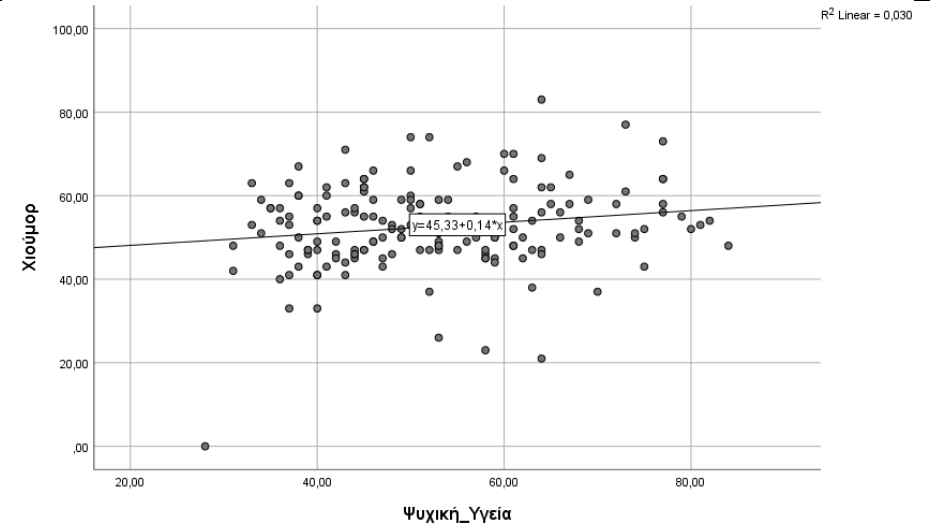
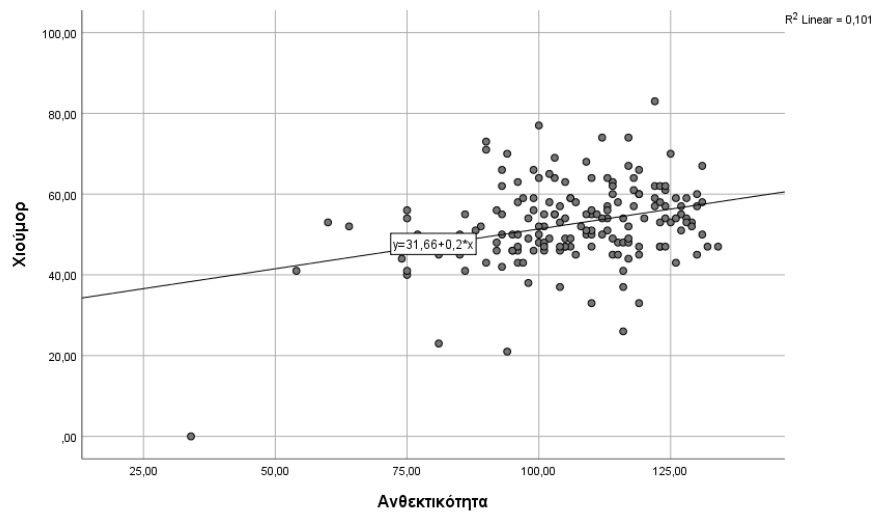
Στην παρούσα ενότητα εξετάζονται οι δύο ερευνητικές υποθέσεις που αφορούν τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών του Χιούμορ, της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Γενικής Υγείας, αλλά και των διαστάσεων τους. Η ανάλυση χωρίζεται σε τρία μέρη καθώς λαμβάνεται υπόψη το συνολικό δείγμα (Πίνακας 11), αλλά και οι επιμέρους πληθυσμοί των εφήβων στις Δομές (Πίνακας 12) και αυτών που ζουν με την οικογένειά τους (Πίνακας 13). Οι συσχετίσεις έγιναν με την μη παραμετρική μέθοδο Spearman rho (μη κανονική κατανομή), με στόχο να ελεγχθεί η σχέση μονοτονικότητας των μεταβλητών, παρόλο που ο έλεγχος με scatter plot επιβεβαίωσε τη γραμμικότητα τους (Διάγραμμα 3).

Το **έκτο ερευνητικό ερώτημα** αφορά την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών θετικών συσχετίσεων μεταξύ των προσαρμοστικών τύπων χιούμορ (ενωτικός, αυτοενισχυτικός) και της ψυχικής ανθεκτικότητας και υγείας. Το **πρώτο σκέλος** της υπόθεσης, δηλαδή η πιθανή συσχέτιση των προσαρμοστικών τύπων χιούμορ με την ανθεκτικότητα, επιβεβαιώνεται και από τους τρεις πληθυσμούς με ορισμένες παραλλαγές. Συγκεκριμένα, στο συνολικό δείγμα φαίνεται θετική συσχέτιση μεταξύ του χιούμορ γενικότερα και της ψυχικής ανθεκτικότητας ($r_s = .24, n = 170, p < .01$), ενώ ειδικότερα οι προσαρμοστικοί τύποι χιούμορ έχουν ελαφρά ισχυρότερη συσχέτιση με την ανθεκτικότητα ($r_s = .27, n = 170, p < .001$). Το ίδιο συμβαίνει και στην ομάδα ελέγχου, όσον αφορά το χιούμορ ($r_s = .31, n = 99, p < .01$) και τους προσαρμοστικούς του τύπους ($r_s = .34, n = 99, p < .01$) σε σχέση με την ψυχική ανθεκτικότητα, ενώ ισχυρότερη θετική συσχέτιση έχουν με τους εσωτερικούς της παράγοντες ($r_s = .35, n = 99, p < .001$ και $r_s = .24, n = 36, p < .001$). Στο δείγμα των εφήβων στις Δομές, η στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ενυπάρχει μεταξύ του χιούμορ γενικότερα και των προσαρμοστικών του τύπων, αλλά σε σχέση με την με την υποκατηγορία της ανθεκτικότητας, δηλαδή των εξωτερικών παραγόντων που την προάγουν ($r_s = .25, n = 71, p < .05$ και $r_s = .24, n = 71, p < .05$). Το **δεύτερο σκέλος** της αρχικής υπόθεσης, αφορά την στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του χιούμορ με την καλή ψυχική υγεία. Η συγκεκριμένη υπόθεση δεν επιβεβαιώνεται από κανένα πληθυσμό, ενώ στο

δείγμα των Δομών, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την κακή ψυχική υγεία ($r_s = .24, n = 71, p < .05$).

Η **έβδομη ερευνητική υπόθεση**, αναφέρεται στην πιθανότητα ύπαρξης στατιστικά σημαντικών αρνητικών συσχετίσεων μεταξύ των μη προσαρμοστικών τύπων χιούμορ (επιθετικός, αυτοσαρκαστικός) και της ψυχικής ανθεκτικότητας και υγείας. Το **πρώτο σκέλος**, δηλαδή η συσχέτιση μεταξύ του μη προσαρμοστικού χιούμορ με την ανθεκτικότητα, δεν επιβεβαιώνεται από όλους τους πληθυσμούς και τις υποκατηγορίες των μεταβλητών. Αντίθετα, το **δεύτερο σκέλος** που αφορά τη συσχέτιση του μη προσαρμοστικού χιούμορ με την ψυχική υγεία, επιβεβαιώνεται με όλες τις εκφάνσεις του σε όλους τους πληθυσμούς. Συγκεκριμένα, το μη προσαρμοστικό χιούμορ εμφανίζει στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την κακή ψυχική υγεία, στο σύνολό του ($r_s = .36, n = 170, p < .001, r_s = .42, n = 71, p < .001$ και $r_s = .28, n = 99, p < .01$), αλλά και στις υποκατηγορίες του, δηλαδή των επιθετικό τύπο ($r_s = .19, n = 170, p < .05$ και $r_s = .25, n = 71, p < .05$) και τον αυτοσαρκαστικό ($r_s = .31, n = 170, p < .001, r_s = .34, n = 71, p < .01$ και $r_s = .26, n = 99, p < .05$).

Σε αυτό σημείο αξίζει να σημειωθεί και η συσχέτιση μεταξύ της ανθεκτικότητας και της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, στον συνολικό πληθυσμό και στο δείγμα της ομάδας ελέγχου υπάρχουν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ της ανθεκτικότητας και της κακής ψυχικής υγείας, πράγμα το οποίο δεν συμβαίνει στο δείγμα των Δομών, καθώς εκεί δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην ομάδα ελέγχου, οι συσχετίσεις ($r_s = -.39, n = 99, p < .001$ για την ανθεκτικότητα, $r_s = -.27, n = 99, p < .01$ για τους εσωτερικούς και $r_s = -.40, n = 99, p < .001$ για τους εξωτερικούς παράγοντες της) είναι ισχυρότερες και με μεγαλύτερο βαθμό σημαντικότητας σε σύγκριση με αυτές του συνολικού πληθυσμού ($r_s = -.26, n = 170, p < .01$ για την ανθεκτικότητα, $r_s = -.23, n = 99, p < .01$ για τους εσωτερικούς και $r_s = -.23, n = 170, p < .01$ για τους εξωτερικούς παράγοντες της).



Διάγραμμα 3. Scatter plot για τον έλεγχο γραμμικότητας των μεταβλητών.

Πίνακας 11. Συσχετίσεις των υπό μελέτη μεταβλητών στο συνολικό δείγμα.

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
Χιούμορ [1]	1										
Προσαρμοστικό [2]	.85***	1									
Ενωτικό [3]	.64***	.75***	1								
Αυτοενισχυτικό [4]	.72***	.85***	.31***	1							
Μη προσαρμοστικό [5]	.68***	.17*	.19*	.21**	1						
Επιθετικό [6]	.55***	.25**	.27**	.18*	.71***	1					
Αυτοσαρκαστικό [7]	.52***	.16*	.11	.17*	.81***	.22**	1				
Ανθεκτικότητα [8]	.24**	.27***	.20**	.24**	.03	.20**	-.10	1			
Εσωτερική [9]	.19*	.25**	.18*	.22**	-.01	.14	-.12	.80***	1		
Εξωτερική [10]	.22**	.24**	.17*	.22**	.04	.20**	-.09	.94***	.55***	1	
Ψυχική υγεία [11]	.15	-.06	.01	-.07	.36***	.19*	.31***	-.26**	-.23**	-.23**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Πίνακας 12. Συσχετίσεις των υπό μελέτη μεταβλητών στον πληθυσμό των εφήβων που φιλοξενούνται σε Δομές.

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
Χιούμορ [1]	1										
Προσαρμοστικό [2]	.85***	1									
Ενωτικό [3]	.63***	.77***	1								
Αυτοεπισχυτικό [4]	.77***	.87***	.38**	1							
Μη προσαρμοστικό [5]	.79***	.39**	.24*	.38**	1						
Επιθετικό [6]	.58***	.27*	.29*	.20	.77***	1					
Αυτοσαρκαστικό [7]	.67***	.37**	.18	.42***	.82***	.31**	1				
Ανθεκτικότητα [8]	.16	.18	.17	.16	.05	.22	-.14	1			
Εσωτερική [9]	.01	.06	.11	.01	-.07	.07	-.18	.83***	1		
Εξωτερική [10]	.25*	.25*	.20	.24*	.11	.30*	-.11	.92***	.58***	1	
Ψυχική υγεία [11]	.24*	-.03	-.02	-.01	.42***	.25*	.34**	-.07	-.15	-.01	1

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Πίνακας 13. Συσχετίσεις των υπό μελέτη μεταβλητών στον πληθυσμό της ομάδας ελέγχου.

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
Χιούμορ [1]	1										
Προσαρμοστικό [2]	.86***	1									
Ενωτικό [3]	.63***	.69***	1								
Αυτοενισχυτικό [4]	.70***	.85***	.29	1							
Μη προσαρμοστικό [5]	.56***	.09	.11	.05	1						
Επιθετικό [6]	.51***	.22*	.18	.18	.65***	1					
Αυτοσαρκαστικό [7]	.41***	.02	.10	-.04	.82***	.15	1				
Ανθεκτικότητα [8]	.31**	.34**	.20*	.29**	.04	.22*	-.04	1			
Εσωτερική [9]	.35***	.36***	.15	.37***	.10	.23*	.01	.78***	1		
Εξωτερική [10]	.22	.27**	.19	.20*	-.01	.17	-.07	.95***	.56***	1	
Ψυχική υγεία [11]	.05	-.10	.01	-.11	.28**	.15	.26*	-.39***	-.27**	-.40***	1

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.5. Προβλεπτικοί Παράγοντες της Ψυχικής Υγείας

Στην ενότητα αυτή εφαρμόζεται η στατιστική ανάλυση της παλινδρόμησης είτε με τη απλή γραμμική μέθοδο (linear regression) είτε με την πολλαπλή γραμμική (multiple linear regression) ή την ιεραρχική πολλαπλή (hierarchical multiple regression) για τον έλεγχο της όγδοης και ένατης υπόθεσης, με σκοπό να εξεταστεί αν ο συνδυασμός ορισμένων μεταβλητών μπορούν να προβλέψουν την ψυχική υγεία. Σε όλες τις περιπτώσεις παρακάτω η μεταβλητή που προσδοκείται να προβλεφθεί είναι αυτή της γενικής ψυχικής υγείας ή των παραγόντων που την αποτελούν.

3.5.1. Πρόβλεψη της Ψυχική Υγείας από τους παράγοντες του Χιούμορ και της Ψυχικής Ανθεκτικότητας στο συνολικό δείγμα, στους εφήβους των Δομών και στην ομάδα ελέγχου

Στην παρούσα υποενότητα με την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης εξετάζεται το όγδοο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή η πιθανότητα πρόβλεψης της ψυχικής υγείας από τους παράγοντες του χιούμορ και της ψυχικής ανθεκτικότητας στο συνολικό πληθυσμό των εφήβων. Επομένως στο συγκεκριμένο μοντέλο ορίστηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή η γενική ψυχική υγεία, ενώ ως ανεξάρτητες οι άλλοι δυο παράγοντες. Στον Πίνακα 14 παρατηρείται ότι το χιούμορ και η ψυχική ανθεκτικότητα είναι προγνωστικοί παράγοντες της ψυχικής υγείας με $F_{(2,167)} = 8.49$ και $p < .001$. Το ποσοστό πρόβλεψης του παρόντος μοντέλου είναι σχετικά χαμηλό και αντιστοιχεί στο 9% ($R^2 = .09$).

Πίνακας 14. Πρόβλεψη της Γενικής Ψυχικής Υγείας από το Χιούμορ και την Ψυχική Ανθεκτικότητα (ανάλυση παλινδρόμησης).

Μεταβλητές	<i>B</i> ^a	<i>SE B</i> ^b	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(Σταθερά)	57.351	6.883		8.332	.000
Χιούμορ	.322	.097	.257	3.309	.001
Ψυχική Ανθεκτικότητα	-.204	.060	-.263	-3.381	.001

a. Η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Ένας θετικός συντελεστής *B* δείχνει ότι η σχέση της μεταβλητής με την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι θετική

b. Το «τυπικό σφάλμα» του μη κανονικοποιημένου συντελεστή *B*.

Με στόχο την εμβάθυνση και τον καλύτερο προσδιορισμό της πρόβλεψης της ψυχικής υγείας, ακολουθήθηκε ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση για να διαπιστωθεί η ταυτόχρονη ερμηνεία της από το συνδυασμό των προβλεπτικών μεταβλητών ανά περίπτωση. Συγκεκριμένα, για να εξεταστεί λεπτομερειακά η ένατη ερευνητική υπόθεση, προστέθηκαν ξεχωριστά οι διαστάσεις που συντελούν το προσαρμοστικό και μη χιούμορ, αλλά και οι εσωτερικοί και εξωτερικού παράγοντες που αφορούν την ψυχική ανθεκτικότητα στο σύνολο του πληθυσμού. Στον Πίνακα 15, φαίνεται πως το προσαρμοστικό (ενωτικός και αυτοενισχυτικός τύπος) και το μη προσαρμοστικό χιούμορ (επιθετικός και αυτοσαρκαστικός τύπος) ερμηνεύουν το 15,9% της συνολικής διακύμανσης ($R^2 = .159$) [$F_{(4,165)} = 7.78$ και $p < .001$], ενώ οι εσωτερικοί (αυτοπεποίθηση, στόχοι και φιλοδοξίες, ενσυναίσθηση) και εξωτερικοί (υποστήριξη από το σπίτι, το σχολείο, τους συνομηλίκους, την κοινότητα) παράγοντες της ανθεκτικότητας προσθέτουν ακόμη 12% ($R^2_{change} = .120$). Ο συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων έχει ως αποτέλεσμα την ερμηνεία του 27,9% της συνολικής διακύμανσης της ψυχικής υγείας ($R^2 = .279$) [$F_{(11,158)} = 5.56$ και $p < .001$]. Από τον τυποποιημένο συντελεστή διακύμανσης β (beta) και στα δύο μοντέλα, φαίνεται πως οι μη προσαρμοστικοί τύποι χιούμορ, ο επιθετικός (Βήμα 1: $\beta = .222$, Βήμα 2: $\beta = .256$) και ο αυτοσαρκαστικός (Βήμα 1: $\beta = .300$, Βήμα 2: $\beta = .270$), έχουν θετική σχέση με την κακή ψυχική υγεία, ενώ ο προσαρμοστικός αυτοενισχυτικός τύπος εμφανίζει αρνητική σχέση στο πρώτο μοντέλο ($\beta = -.182$). Τέλος, όσον αφορά την ανθεκτικότητα, φαίνεται οι εσωτερικοί παράγοντες, δηλαδή η αυτοπεποίθηση ($\beta = -.267$) και η

ενσυναίσθηση ($\beta = .155$) να έχουν αρνητική και θετική σχέση με την κακή ψυχική υγεία, αντίστοιχα.

Πίνακας 15. Πρόβλεψη (ανάλυση παλινδρόμησης) της Γενικής Ψυχικής Υγείας από τις διαστάσεις του Χιούμορ και της Ψυχικής Ανθεκτικότητας (συνολικός πληθυσμός).

Μεταβλητές	B^a	$SE B^b$	β	t	p
<i>Βήμα 1</i> (Σταθερά)	37.059	5.102		7.263	.000
Ενωτικός τύπος	-.116	.281	-.033	-.411	.681
Αυτοεπισχυτικός τύπος	-.521	.228	-.182	-2.290	.023
Επιθετικός τύπος	.950	.342	.222	2.779	.006
Αυτοσαρκαστικός τύπος	1.056	.270	.300	3.907	.000
<i>Βήμα 2</i> (Σταθερά)	48.475	6.870		7.056	.000
Ενωτικός τύπος	.087	.274	.025	.318	.751
Αυτοεπισχυτικός τύπος	-.331	.227	-.116	-1.458	.147
Επιθετικός τύπος	1.093	.332	.256	3.295	.001
Αυτοσαρκαστικός τύπος	.951	.262	.270	3.633	.000
Αυτοπεποίθηση	-.976	.351	-.267	-2.783	.006
Στόχοι & Φιλοδοξίες	.176	.412	.038	.428	.669
Ενσυναίσθηση	.948	.469	.155	2.021	.045
Υποστήριξη από το σπίτι	-.518	.404	-.119	-1.281	.202
Υποστήριξη από το σχολείο	-.448	.257	-.143	-1.741	.084
Υποστήριξη από τους συνομηλίκους	.096	.316	.026	.304	.762
Υποστήριξη από την κοινότητα	.130	.193	.053	.675	.501

a. Η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Ένας θετικός συντελεστής B δείχνει ότι η σχέση της μεταβλητής με την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι θετική
b. Το «τυπικό σφάλμα» του μη κανονικοποιημένου συντελεστή B .

Στη συνέχεια, έγινε ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση με τις ίδιες μεταβλητές, ωστόσο διαφοροποιώντας τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται, δηλαδή τους έφηβους που διαμένουν στις Στέγες Προστασίας Παιδιού. Στον Πίνακα 16, φαίνεται πως το προσαρμοστικό (ενωτικός και αυτοεπισχυτικός τύπος) και το μη προσαρμοστικό χιούμορ (επιθετικός και αυτοσαρκαστικός τύπος) ερμηνεύουν το 20,5 % της συνολικής διακύμανσης ($R^2 = .205$) [$F_{(4,66)} = 4.253$ και $p < .004$], ενώ οι εσωτερικοί (αυτοπεποίθηση, στόχοι και φιλοδοξίες, ενσυναίσθηση) και εξωτερικοί (υποστήριξη από το σπίτι, το σχολείο, τους συνομηλίκους, την κοινότητα) παράγοντες της ανθεκτικότητας προσθέτουν ακόμη 5 % ($R^2_{change} = .051$). Ο συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων έχει ως αποτέλεσμα την ερμηνεία του 25,6 % της συνολικής διακύμανσης της ψυχικής υγείας ($R^2 = .256$) [$F_{(11,59)} = 1.842$ και $p < .067$].

Πίνακας 16. Πρόβλεψη (ανάλυση παλινδρόμησης) της Γενικής Ψυχικής Υγείας από τις διαστάσεις του Χιούμορ και της Ψυχικής Ανθεκτικότητας (έφηβοι Δομών).

Μεταβλητές	B^a	$SE B^b$	β	t	p
<i>Βήμα 1</i> (Σταθερά)	38.587	6.808		5.668	.000
Ενωτικός τύπος	-.382	.462	-.109	-.827	.411
Αυτοεπισχυτικός τύπος	-.545	.414	-.179	-1.316	.193
Επιθετικός τύπος	.884	.474	.238	1.864	.067
Αυτοσαρκαστικός τύπος	1.317	.443	.393	2.974	.004
<i>Βήμα 2</i> (Σταθερά)	38.459	10.591		3.631	.001
Ενωτικός τύπος	-.192	.499	-.054	-.384	.702
Αυτοεπισχυτικός τύπος	-.641	.457	-.210	-1.403	.166
Επιθετικός τύπος	.567	.561	.153	1.010	.316
Αυτοσαρκαστικός τύπος	1.301	.470	.388	2.767	.008
Αυτοπεποίθηση	-.812	.653	-.222	-1.244	.219

Στόχοι & Φιλοδοξίες	.152	.743	.033	.205	.838
Ενσυναίσθηση	.322	.922	.051	.349	.728
Υποστήριξη από το σπίτι	-.410	.659	-.095	-.622	.537
Υποστήριξη από το σχολείο	.875	.672	.211	1.301	.198
Υποστήριξη από τους συνομηλίκους	.028	.753	.006	.037	.971
Υποστήριξη από την κοινότητα	.310	.383	.117	.808	.422

a. Η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Ένας θετικός συντελεστής B δείχνει ότι η σχέση της μεταβλητής με την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι θετική
b. Το «τυπικό σφάλμα» του μη κανονικοποιημένου συντελεστή B .

Η τελευταία ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση με τις ίδιες μεταβλητές που έγινε, απευθύνθηκε στον πληθυσμό της ομάδας ελέγχου, δηλαδή των εφήβων που μεγαλώνουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Στον Πίνακα 17, φαίνεται πως το προσαρμοστικό (ενωτικός και αυτοεπισχυτικός τύπος) και το μη προσαρμοστικό χιούμορ (επιθετικός και αυτοσαρκαστικός τύπος) ερμηνεύουν το 12,5 % της συνολικής διακύμανσης ($R^2 = .125$) [$F_{(4,94)} = 3.350$ και $p < .013$], ενώ οι εσωτερικοί (αυτοπεποίθηση, στόχοι και φιλοδοξίες, ενσυναίσθηση) και εξωτερικοί (υποστήριξη από το σπίτι, το σχολείο, τους συνομηλίκους, την κοινότητα) παράγοντες της ανθεκτικότητας προσθέτουν ακόμη 31,4 % ($R^2_{change} = .314$). Ο συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων έχει ως αποτέλεσμα την ερμηνεία του 43,8 % της συνολικής διακύμανσης της ψυχικής υγείας ($R^2 = .438$) [$F_{(11,87)} = 6.175$ και $p < .001$]. Επίσης, διαφορετική σε σχέση με τους δύο παραπάνω πληθυσμούς, εμφανίζεται η προβλεπτικότητα του παράγοντα της υποστήριξης από το σχολείο που έχει αρνητική σχέση με την κακή ψυχική υγεία ($\beta = -.311$).

Πίνακας 17. Πρόβλεψη (ανάλυση παλινδρόμησης) της Γενικής Ψυχικής Υγείας από τις διαστάσεις του Χιούμορ και της Ψυχική Ανθεκτικότητα (ομάδας ελέγχου).

Μεταβλητές	<i>B</i> ^a	<i>SE B</i> ^b	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Βήμα 1</i> (Σταθερά)	35.957	8.804		4.084	.000
Ενωτικός τύπος	.057	.379	.016	.151	.880
Αυτοεπισχυτικός τύπος	-.548	.278	-.203	-1.970	.052
Επιθετικός τύπος	1.034	.549	.192	1.882	.063
Αυτοσαρκαστικός τύπος	.859	.365	.231	2.357	.021
<i>Βήμα 2</i> (Σταθερά)	54.516	9.620		5.667	.000
Ενωτικός τύπος	.482	.329	.132	1.463	.147
Αυτοεπισχυτικός τύπος	-.180	.258	-.067	-.696	.488
Επιθετικός τύπος	1.071	.476	.198	2.249	.027
Αυτοσαρκαστικός τύπος	.814	.317	.219	2.565	.012
Αυτοπεποίθηση	-1.105	.417	-.303	-2.650	.010
Στόχοι & Φιλοδοξίες	-.002	.498	.000	-.004	.997
Ενσυναίσθηση	1.090	.536	.184	2.033	.045
Υποστήριξη από το σπίτι	-.604	.521	-.138	-1.158	.250
Υποστήριξη από το σχολείο	-.854	.269	-.311	-3.177	.002
Υποστήριξη από τους συνομηλικούς	-.041	.324	-.013	-.127	.900
Υποστήριξη από την κοινότητα	.112	.211	.048	.531	.597

a. Η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Ένας θετικός συντελεστής *B* δείχνει ότι η σχέση της μεταβλητής με την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι θετική
b. Το «τυπικό σφάλμα» του μη κανονικοποιημένου συντελεστή *B*.

3.5.2. Πρόβλεψη της Ψυχικής Υγείας από το Μη Προσαρμοστικό Χιούμορ και άλλους παράγοντες

Στη συγκεκριμένη υποενοότητα με την εφαρμογή της απλής και πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης εξετάζεται το ένατο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή η πιθανότητα πρόβλεψης της ψυχικής υγείας από το μη προσαρμοστικό χιούμορ μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες στο συνολικό πληθυσμό των εφήβων, αλλά και σε επιμέρους πληθυσμούς που αφορούν τη διαμονή τους σε Δομές ή το φύλο ανά περίπτωση. Ξεκινώντας από την πιο γενική κατηγορία, στον Πίνακα 18 παρατηρείται πως το μη προσαρμοστικό χιούμορ [$F_{(1,168)} = 23.84$ και $p < .001$] μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα της κακής ψυχικής υγείας, καθώς εμφανίζει θετική σχέση ($\beta = .353$) με ποσοστό 12,4% ($R^2 = .124$).

Πίνακας 18. Πρόβλεψη (ανάλυση παλινδρόμησης) της Γενικής Ψυχικής Υγείας από το Μη Προσαρμοστικό Χιούμορ στο σύνολο του πληθυσμού.

Μεταβλητές	B^a	$SE B^b$	β	t	p
(Σταθερά)	32.205	4.283		7.519	.000
Μη					
προσαρμοστικό	.841	.172	.353	4.882	.000
Χιούμορ					

a. Η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Ένας θετικός συντελεστής B δείχνει ότι η σχέση της μεταβλητής με την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι θετική

b. Το «τυπικό σφάλμα» του μη κανονικοποιημένου συντελεστή B .

Στον Πίνακα 19, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση όσον αφορά τα αγόρια, το χρόνο διαμονής σε Δομές Φιλοξενίας και το έτος γέννησης των εφήβων (ανεξάρτητες μεταβλητές) με την πιθανότητα να προβλέπουν την γενική ψυχική υγεία / ψυχοπαθολογία (εξαρτημένη μεταβλητή). Βρέθηκε πως το ποσοστό πρόβλεψης αφορά το 29.3% ($R^2 = .293$) με $F_{(3,42)} = 5.80$ και $p < .002$.

Πίνακας 19. Πρόβλεψη (ανάλυση παλινδρόμησης) της Γενικής Ψυχικής Υγείας από το Μη Προσαρμοστικό Χιούμορ στο δείγμα αγοριών των Δομών σε συνδυασμό με το χρόνο φιλοξενίας και το έτος γέννησης.

Μεταβλητές	B^a	$SE B^b$	β	t	p
(Σταθερά)	-4378.602	1998.668		-2.191	.034
Μη προσαρμοστικό Χιούμορ	.861	.281	.412	3.067	.004
Χρόνος φιλοξενίας στη Δομή	.395	.622	.092	.635	.529
Έτος γέννησης	2.197	.996	.315	2.205	.033

a. Η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Ένας θετικός συντελεστής B δείχνει ότι η σχέση της μεταβλητής με την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι θετική

b. Το «τυπικό σφάλμα» του μη κανονικοποιημένου συντελεστή B .

Στον Πίνακα 20, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμικής παλινδρόμηση με στόχο να εξεταστεί αν η κατάθλιψη μπορεί να προβλεφθεί από συγκεκριμένους παράγοντες. Αναλυτικότερα, ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε η κατάθλιψη, ενώ ως ανεξάρτητες μεταβλητές το μη προσαρμοστικό χιούμορ και το έτος γέννησης παίρνοντας υπόψιν αποκλειστικά το θηλυκό πληθυσμό του δείγματος. Οι προγνωστικοί αυτοί παράγοντες επιβεβαιώθηκαν με ποσοστό 18.3% ($R^2 = .183$) και $F_{(2,75)} = 8.41$ με $p < .001$.

Πίνακας 20. Πρόβλεψη (ανάλυση παλινδρόμησης) της Κατάθλιψης από το Μη Προσαρμοστικό Χιούμορ στο δείγμα κοριτσιών σε συνδυασμό με το έτος γέννησης.

Μεταβλητές	B^a	$SE B^b$	β	t	p
(Σταθερά)	1156.034	510.203		2.266	.026
Μη προσαρμοστικό Χιούμορ	.373	.121	.324	3.075	.003
Έτος γέννησης	-.575	.254	-.238	-2.262	.027

a. Η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Ένας θετικός συντελεστής B δείχνει ότι η σχέση της μεταβλητής με την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι θετική

b. Το «τυπικό σφάλμα» του μη κανονικοποιημένου συντελεστή B .

4^ο Κεφάλαιο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης και της επιρροής που μπορεί να έχει το χιούμορ και οι τύποι του στην ψυχική ανθεκτικότητα και υγεία των εφήβων που φιλοξενούνται σε Κέντρα Προστασίας Παιδιών και Εφήβων, αλλά και αυτών που ζουν στην οικογενειακή κατοικία. Πάνω σε αυτή τη βάση διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις και οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των τριών προαναφερθέντων παραγόντων και των επιμέρους διαστάσεών τους, αλλά και η σχέση τους με το φύλο και την ηλικία των συμμετεχόντων. Επιπλέον, εξετάστηκε αν το χιούμορ και η ανθεκτικότητα μπορούν να προβλέψουν την ψυχική υγεία, ενώ τέλος μελετήθηκε αν το μη προσαρμοστικό χιούμορ μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα της ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με τον Freud (1928, σ. 233), το χιούμορ αποτελεί «τη σημαντικότερη από τις αμυντικές διαδικασίες» (αμυντικούς μηχανισμούς), ενώ άλλοι ψυχολόγοι και ψυχοθεραπευτές όπως οι Maslow (1954) και May (1953) υποστήριξαν την σημαντικότητα του καλοπροαίρετου χιούμορ για την διατήρηση της ψυχικής υγείας. Πολλές έρευνες έχουν ασχοληθεί τα τελευταία χρόνια με τη διερεύνηση του χιούμορ σε σχέση με την σωματική υγεία (Fry 1994. Martin, 2004. McGhee 1999), την ψυχική υγεία, τη διάθεση (Korotkov & Hanna 1994. Kuiper & Martin 1998. Lefcourt & Martin, 1986), τους μηχανισμούς άμυνας (Freud 1928. May 1953), αλλά και τα είδη χιούμορ (Martin et al., 2003).

Στην παρούσα έρευνα σχετικά με το πρώτο σκέλος της πρώτης ερευνητικής υπόθεσης, δηλαδή την ύπαρξη διαφορών μεταξύ των εφήβων με χαμηλά και υψηλά επίπεδα ψυχικής υγείας ως προς το χιούμορ στο σύνολο του πληθυσμού, προέκυψαν συγκεκριμένα αποτελέσματα που αφορούν και τις επιμέρους διαστάσεις αυτών των μεταβλητών. Πιο αναλυτικά, οι έφηβοι με το χαμηλότερο επίπεδο ψυχικής υγείας, φάνηκε να έχουν και υψηλότερα επίπεδα μη προσαρμοστικού χιούμορ, πράγμα το

οποίο εμφανίζεται και στις υποκατηγορίες του, δηλαδή τον επιθετικό και τον αυτοσαρκαστικό τύπο χιούμορ. Επιπλέον, στους εφήβους των Δομών, σε εκείνους που μεγαλώνουν στο οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και γενικότερα στο σύνολο του πληθυσμού, βρέθηκε πως όσο αυξάνεται το μη προσαρμοστικό χιούμορ που διαθέτουν τόσο μειώνονται τα επίπεδα της καλής ψυχικής υγείας. Το ίδιο συνέβη και με τις υποκατηγορίες του συγκεκριμένου χιούμορ, δηλαδή τον επιθετικό και τον αυτοσαρκαστικό τύπο.

Σύμφωνα με τους Martin et al. (2003), το μη προσαρμοστικό χιούμορ σχετίζεται θετικά με τον νευρωτισμό και τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας (Chen & Martin, 2007), αλλά αρνητικά με την ευχαρίστηση και την ευσυνειδησία. Συγκεκριμένα, ο επιθετικός τύπος συνδέεται με την επιθετικότητα, την εχθρικότητα και έχει αρνητικές επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις και την σωματική υγεία (Helgeson, 1994. Miller, Smith, Turner, Guijarro, & Hallet, 1996. Yip & Martin, 2006). Μολονότι ο αυτοσαρκαστικός τύπος συνδυάζει, επίσης, κάποια από τα παραπάνω στοιχεία, σχετίζεται επιπλέον και με την κακή διάθεση, την κατάθλιψη, το άγχος, αλλά και κάποια ψυχιατρικά συμπτώματα. Παράλληλα, είναι αντιστρόφως ανάλογος με την αυτοεκτίμηση, την ψυχική ευημερία και την ικανοποίηση από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Martin et al. 2003. Yip & Martin, 2006).

Σε συμφωνία με τα παραπάνω βρίσκεται και η δεύτερη ερευνητική υπόθεση, που αντιστοιχεί στην ύπαρξη διαφορών μεταξύ εφήβων που φιλοξενούνται στις Δομές και της ομάδας ελέγχου με χαμηλά και υψηλά επίπεδα ψυχικής υγείας ως προς τους τύπους χιούμορ και την ψυχική ανθεκτικότητα. Όσον αφορά τους εφήβους που ζουν με την οικογένειά τους, εμφάνισαν πιο αυξημένο προσαρμοστικό χιούμορ σε σχέση με αυτό των εφήβων που διαμένουν σε Στέγες Προστασίας Παιδιού. Το ίδιο συμβαίνει και για την υποκατηγορία του προσαρμοστικού χιούμορ, δηλαδή τον ενωτικό τύπο. Οι συγκεκριμένες διαφορές θα μπορούσαν να εξηγηθούν από την επίδραση των δύσκολων βιωμάτων των παιδιών των Δομών (Barth, 2009), καθώς ορισμένα έχουν λάβει ανεπαρκή ερεθίσματα που θα ωθούσαν σε πιο προσαρμοστικές συμπεριφορές απέναντι στις αντιξοότητες (Jordanwood, 2015. Mendes & Moslehuddin, 2004. Stein, 2012).

Το υψηλό επίπεδο ψυχικής υγείας ισοδυναμεί με την ψυχική ευεξία του ατόμου. Η έκθεση σε χιουμοριστικά ερεθίσματα μπορεί να προκαλέσει θετικά συναισθήματα (Vilaythong, Arnau, Rosen, & Mascaro, 2003) και να μειώσει τα αρνητικά (Szabo,

2007). Το προσαρμοστικό χιούμορ, συνδέεται με την εξωστρέφεια και την δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες. Πιο αναλυτικά, ο ενωτικός και ο αυτοενισχυτικός τύπος σημειώνουν αύξηση όσο αυξάνονται η καλή διάθεση, η αυτοεκτίμηση, η ψυχική ευεξία και η διαπροσωπική εγγύτητα, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με την κατάθλιψη και το άγχος. Επιπλέον, ο αυτοενισχυτικός τύπος χιούμορ αφορά τη ρύθμιση των συναισθημάτων και χρησιμοποιείται ως μηχανισμός άμυνας έναντι των δυσχερειών (Martin et al., 2003).

Σχετικά με την ύπαρξη διαφορών μεταξύ εφήβων που φιλοξενούνται στις Δομές και της ομάδας ελέγχου, με αυξημένα επίπεδα κακής ψυχικής υγείας, ως προς τους τύπους χιούμορ και την ψυχική ανθεκτικότητα, βρέθηκαν οι εξής ενδιαφέρουσες απόρροιες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι προσαρμοστικοί τύποι χιούμορ, ο ενωτικός και ο αυτοενισχυτικός, αλλά και το χιούμορ - μηχανισμός άμυνας (coping humor) συνδέονται με την ψυχική ευεξία (Chen & Martin, 2007), ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είχαν διαφορετική κατεύθυνση. Παρόλο που η συγκεκριμένη σύγκριση αφορά ομάδες παιδιών που εμφάνισαν ένα χαμηλότερο επίπεδο ψυχικής ευεξίας, εκδήλωσαν διαφορές στο προσαρμοστικό είδος χιούμορ. Πιο αναλυτικά, οι έφηβοι που μεγαλώνουν κάτω από την οικογενειακή στέγη, εμφάνισαν πιο αυξημένο τον ενωτικό τύπο χιούμορ, ενώ οι έφηβοι που ζουν σε Δομές, είχαν πιο αυξημένο τον αυτοενισχυτικό τύπο. Μια πιθανή ερμηνεία αυτών των διαφορών θα μπορούσε να συνάδει με την ιδέα ότι τα παιδιά που μένουν σε Δομές Προστασίας έχουν βιώσει στην πλειοψηφία τους -και κάποια συνεχίζουν να βιώνουν- έντονα δυσμενείς συνθήκες (Barth, 2015a, 2015b). Το αυτοενισχυτικό χιούμορ είναι αυτό που προσιδιάζει περισσότερο με στρατηγική αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Martin et al., 2003), υπονοώντας πως οι συγκεκριμένοι έφηβοι θα μπορούσαν να έχουν περισσότερες ευκαιρίες να αναπτύξουν αυτό το είδος χιούμορ εάν η υποστήριξη που δέχονται είναι επαρκής. Στα παραπάνω προστίθεται, ακόμη ένα αξιοπερίεργο εύρημα της προκείμενης μελέτης που αφορά συγκεκριμένα τους εφήβους των Δομών. Οι έφηβοι αυτοί φαίνεται να εμφανίζουν μια ενδιαφέρουσα αύξηση της κακής ψυχικής υγείας όσο αυξάνεται το χιούμορ, πράγμα που έρχεται σε αντίθεση με ό,τι έχει λεχθεί μέχρι τώρα.

Στη συνέχεια, αλλάζοντας την εστίαση των αναφορών που σχετίζονται με το χιούμορ και την ψυχική υγεία, θα παρατεθούν τα αποτελέσματα των διερευνήσεων μεταξύ της ανθεκτικότητας και των άλλων μεταβλητών που μελετώνται στην παρούσα

εργασία. Η έκτη ερευνητική υπόθεση αφορά την πιθανή ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του προσαρμοστικού τύπου χιούμορ και της ψυχικής ανθεκτικότητας και γενικής ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα στο συνολικό δείγμα, δείχνουν πως το προσαρμοστικό χιούμορ φαίνεται να έχει σχέση με την ψυχική ανθεκτικότητα και μάλιστα, καθώς αυξάνεται το ένα φαίνεται να αυξάνεται και το άλλο. Ακόμη πιο ισχυρή ανάλογη σχέση έχει η ανθεκτικότητα με τους δύο τύπους του προσαρμοστικού χιούμορ, τον ενωτικό και τον αυτοενισχυτικό. Η καλή αίσθηση του χιούμορ αποτελεί μια ποιότητα που συμβάλλει στην ψυχολογική ευεξία. Οι μηχανισμοί οι οποίοι λειτουργούν μέσω του χιούμορ, συντείνουν επίσης, στην επαναξιολόγηση των απειλών, στην ενδυνάμωση του χαρακτήρα, αλλά και στην διευκόλυνση του αισθήματος της χαράς. Ένα σταθερό θετικό θυμικό υποστηρίζεται ότι συνεισφέρει σημαντικά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, καθώς και στην οικοδόμηση της ψυχικής ανθεκτικότητας (Cann & Collette, 2014).

Σε συμφωνία με την παραπάνω τοποθέτηση βρίσκονται τα ευρήματα της παρούσας έρευνας που αφορούν τις συσχετίσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας με το χιούμορ και την ψυχική υγεία. Ειδικότερα, οι έφηβοι που ζουν με την οικογένεια τους, εμφάνισαν ισχυρή σχέση μεταξύ του προσαρμοστικού χιούμορ που διαθέτουν και των εσωτερικών παραγόντων της ανθεκτικότητας, ενώ στους εφήβους που διαμένουν σε Κέντρα Προστασίας, η σχέση είναι ισχυρότερη με τους εξωτερικούς παράγοντες. Στις δύο προαναφερθείσες περιπτώσεις, φαίνεται πως όσο περισσότερη ψυχική ανθεκτικότητα εμφανίζουν οι έφηβοι, τόσο πιο προσαρμοστικό είδος χιούμορ διαθέτουν.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα που αφορούν τις δύο ομάδες εφήβων και τις ισχυρές σχέσεις του προσαρμοστικού χιούμορ με τους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες της ανθεκτικότητας, μπορούν να ερμηνευθούν βασιζόμενα σε ορισμένη βιβλιογραφία. Ο πληθυσμός της ομάδας ελέγχου που ζει στο οικογενειακό περιβάλλον, έχοντας την αίσθηση του ανήκειν και της αποδοχής, εμφανίζει περισσότερα στοιχεία πίστης στον εαυτό και κατ' επέκταση ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω των εσωτερικών παραγόντων της (Ali, Dwyer, Vanner & Lopez, 2010). Από την άλλη πλευρά, οι έφηβοι των Δομών, έχοντας στερηθεί ερεθίσματα αποδοχής από την οικογένεια, αναζητούν στήριξη από εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι οι σημαντικοί άλλοι (παιδαγωγοί - φροντιστές), το σχολείο, οι συνομήλικοι και η εγγύτερη κοινότητα (Manomenidis et al., 2019. Moore et al., 2018). Το σχολείο, συγκεκριμένα, αποτελεί ένα ενεργό ασφαλές

πλαίσιο που αντικαθιστά άλλα πιθανά δυσμενή περιβάλλοντα που θα μπορούσαν να βλάψουν τους μαθητές τις συγκεκριμένες ώρες (Olsson, 2003. Patton et al., 2000). Η οπτική αυτή, έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης που αφορούν τη μεγάλη διαφορά μεταξύ των εφήβων που φιλοξενούνται σε Στέγη Προστασίας και εκείνων που μένουν με την οικογένειά τους, σχετικά με την υποστήριξη από το σχολείο. Η πρώτη ομάδα παιδιών, φαίνεται ότι δέχεται αρκετή υποστήριξη από τους καθηγητές στο σχολείο, σε αντίθεση με τη δεύτερη. Επίσης, οι έφηβοι της μικρότερης ηλικίας δήλωσαν ότι δέχονται περισσότερη υποστήριξη από το σπίτι και το σχολείο σε σχέση με τους μεγαλύτερη ηλικίας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ του μη προσαρμοστικού χιούμορ και της ψυχικής ανθεκτικότητας σε κανένα από τα δείγματα, ενώ διαφορετικά ήταν τα ευρήματα για την ψυχική υγεία. Εκεί, στο συνολικό πληθυσμό, αλλά και στους εφήβους που ζουν στο οικογενειακό περιβάλλον, βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η ψυχική ανθεκτικότητα, τόσο μειώνεται η κακή ψυχική υγεία, πράγμα το οποίο δεν συμβαίνει στους εφήβους που διαμένουν σε Δομές Φιλοξενίας. Η ανθεκτικότητα, συμβάλλει έντονα στην ψυχική ευεξία του ατόμου (Bajaj & Pande, 2016. Liu, Wang & Lu, 2013. Lü et al., 2014), ωστόσο ένας σημαντικός παράγοντας που συντελεί στην ανάπτυξή της είναι η ισχυρή σχέση μεταξύ γονέα και παιδιού που μπορεί να ενδυναμώσει στρατηγικές αντιμετώπισης απέναντι στο άγχος και τους κινδύνους της ζωής (Wright, Masten & Narayan, 2013). Η συγκεκριμένη σχέση είναι αυτή που εκλείπει από το περιβάλλον των εφήβων στις Στέγες Προστασίας Παιδιού, αιτιολογώντας με αυτόν τον τρόπο τα παραπάνω αποτελέσματα.

Όσον αφορά την τρίτη ερευνητική υπόθεση συγκρίνοντας τα υψηλά και χαμηλά επίπεδα χιούμορ στο συνολικό πληθυσμό, βρέθηκε ότι οι έφηβοι με αυξημένο χιούμορ που αποτελούσαν τη μειοψηφία του δείγματος, φάνηκε να έχουν πιο αυξημένη αυτοπεποίθηση σε σχέση με τους υπόλοιπους. Υποστηρίζεται πως η αίσθηση του χιούμορ συνδέεται με θετικές συναισθηματικές εμπειρίες (Hughes, 2008), ενώ παράλληλα μπορεί να αποτελέσει αιτία ανάπτυξης της αυτοπεποίθησης, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και της ψυχικής ανθεκτικότητας του ατόμου με συμπεριφορές που διατηρούνται και είναι πραγματικές (Avolio & Luthans, 2006). Ειδικά, το προσαρμοστικό χιούμορ σχετίζεται θετικά με την αυτοπεποίθηση γενικά, αλλά και με

επιμέρους κατηγορίες της που συνδέονται με τις ικανότητες του ατόμου και τις διαπροσωπικές του σχέσεις (Veselka, Schermer, Martin & Vernon, 2010).

Σχετικά με το άλλο σκέλος της πρώτης υπόθεσης που αφορά τις σχέσεις ανθεκτικότητας και ψυχικής υγείας, βρέθηκε πως οι έφηβοι με την υψηλότερη ψυχική υγεία, είχαν μια στατιστικά σημαντική τάση να βάζουν περισσότερους στόχους και να έχουν περισσότερες φιλοδοξίες για το μέλλον σε σχέση με αυτούς που εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα. Θα πρέπει να σημειωθεί, επίσης, ότι οι έφηβοι που φιλοξενούνται σε Δομές έθεταν λιγότερους στόχους και είχαν λιγότερες φιλοδοξίες για το μέλλον σε σύγκριση με εκείνους που ζουν στο οικογενειακό περιβάλλον (στατιστικά σημαντικά ευρήματα). Οι στόχοι αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό παράγοντα της ανάπτυξης κινήτρων στο άτομο, σε συνδυασμό με τα συναισθήματα και την αυτοαντίληψη του. Αναλυτικότερα, οι στόχοι αποτελούν την εστίαση που λαμβάνουν κινητήρια μοτίβα συμπεριφοράς, τα οποία δεν αφορούν περιβαλλοντικούς παράγοντες και δεν επικεντρώνονται στο παρελθόν ή το παρόν, αλλά στο μέλλον (Ford, 1992). Οι έφηβοι, για να μπορέσουν να μένουν κινητοποιημένοι, είναι σημαντικό να θέτουν στόχους, να πιστεύουν στην ικανότητά τους για να τους πετύχουν και να θεωρούν πως το περιβάλλον, μπορεί να διευκολύνει την επίτευξή τους. Οι ανθεκτικοί έφηβοι, στην γνωστική, αλλά και την κοινωνική σφαίρα, εμφανίζουν επίμονα προσωπικά μοτίβα κινήτρων, καθώς πιστεύουν στις προσωπικές τους δυνατότητες, ενώ αντίθετα οι υπόλοιποι εκδηλώνουν ευαλωτότητα στον τομέα αυτό (Rouse, 2001. Trigueros et al., 2019).

Η τέταρτη ερευνητική υπόθεση αφορούσε τις διαφορές που πιθανόν να υπάρχουν ανάμεσα στα δύο φύλα σε σχέση με το χιούμορ, την ψυχική ανθεκτικότητα και την γενική ψυχική υγεία. Συγκεκριμένα, τα αγόρια φάνηκε πως έχουν πιο έντονο τον αυτοσαρκαστικό τύπο χιούμορ σε σχέση με τα κορίτσια. Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, το μη προσαρμοστικό είδος χιούμορ, όπως ο επιθετικός και ο αυτοσαρκαστικός τύπος παρουσιάζουν παράλληλη αύξηση με τον νευρωτισμό, την επιθετικότητα και την εχθρικότητα, ενώ εμφανίζονται συχνότερα σε υψηλά επίπεδα στα αγόρια σε αντίθεση με τα κορίτσια (Martin et al., 2003). Από την άλλη πλευρά σχετικά με την ανθεκτικότητα, τα ευρήματα έδειξαν πως τα κορίτσια έχουν περισσότερη υποστήριξη από τους συνομηλίκους σε σχέση με τα αγόρια, ενώ όσον αφορά την κακή ψυχική υγεία, τα κορίτσια είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κοινωνικής δυσλειτουργίας.

Τα σωματικά συμπτώματα και το άγχος βρέθηκαν πιο αυξημένα στους μαθητές Λυκείου σε αντίθεση με του Γυμνασίου. Σύμφωνα με τους Henrich et al. (2001), οι παράγοντες της συναισθηματικής εξάρτησης και της ανάγκης του σχετίζεσθαι, συνδέονται με την κοινωνική λειτουργικότητα και προκύπτουν συνήθως, στις νεαρότερες ηλικίες και κυρίως στα κορίτσια. Η μειωμένη αποδοχή από τους συνομηλικούς σχετίζεται με αυξημένο κοινωνικό άγχος και στα δύο φύλα, ωστόσο οι περιορισμένες φίλιες, οι αρνητικές εμπειρίες από φίλους και η σχεσιακή θυματοποίηση είναι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται περισσότερο με τα κορίτσια (Pickering, Hadwin & Kovshoff, 2019).

Σύμφωνα με την όγδοη ερευνητική υπόθεση, που αναφέρεται στην πρόβλεψη της ψυχικής υγείας από τους παράγοντες του χιούμορ και της ψυχικής ανθεκτικότητας, τα αποτελέσματα διέφεραν σε κάποιο βαθμό ανά πληθυσμό. Συγκεκριμένα, στον συνολικό πληθυσμό, τα αυξημένα επίπεδα του μη προσαρμοστικού χιούμορ προβλέπουν όλο και χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας. Το ίδιο συμβαίνει και στην ομάδα ελέγχου, δηλαδή τους εφήβους που ζουν στο οικογενειακό περιβάλλον. Οι τελευταίοι σε συνδυασμό με τους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες και κυρίως την υποστήριξη από το σχολείο, προβλέπουν την ψυχική υγεία στο διπλάσιο βαθμό (43,8%) σε σχέση με την πρώτη ομάδα. Η υποστήριξη από το σχολείο, ιδιαίτερα, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που προβλέπει την ψυχική ευεξία. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός, ότι στους εφήβους που φιλοξενούνται σε Στέγες Προστασίας Παιδιού, ο αυτοσαρκαστικός τύπος χιούμορ είναι ο μόνος που μπορεί να προβλέψει την κακή ψυχική υγεία στο 20,5%, ενώ δεν επηρεάζεται από την ύπαρξη ή όχι των παραγόντων της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Η ένατη και τελευταία ερευνητική υπόθεση αφορά την πιθανή προβλεψιμότητα της κακής ψυχικής υγείας από το μη προσαρμοστικό χιούμορ. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας λοιπόν, το μη προσαρμοστικό χιούμορ ερμηνεύει σε μικρό βαθμό (12,4%) την ύπαρξη χαμηλών επιπέδων ψυχικής υγείας από μόνο του ως παράγοντας πρόβλεψης στο συνολικό πληθυσμό. Ωστόσο, συνδυασμοί ορισμένων παραμέτρων με το μη προσαρμοστικό είδος χιούμορ και ιδιαίτερα λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα του φύλου, εξήγαγαν ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, στα αγόρια, ο συνδυασμός του μη προσαρμοστικού χιούμορ, της ηλικίας και της χρονικής διάρκειας διαμονής σε Στέγες Προστασία Παιδιού, μπορούσε να αποτελέσει μια

αξιοσημείωτη πρόγνωση (29,3%), εύρημα που δεν προέκυψε στα κορίτσια. Στα κορίτσια από την άλλη πλευρά, ο συνδυασμός του μη προσαρμοστικού χιούμορ και της ηλικίας ήταν αυτός που αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα της κατάθλιψης στο 18,3%. Συμπληρωματικά στην παραπάνω ένδειξη, η ηλικία είχε αντιστρόφως ανάλογη σχέση με την κατάθλιψη, δηλαδή όσο μικρότερα ήταν τα κορίτσια τόσο χαμηλότερα και τα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Σχετικά με τα παραπάνω ευρήματα, η βιβλιογραφία υποστηρίζει πως μια θετική αυτό-αξιολόγηση στο άτομο, οδηγεί σε περισσότερη χρήση του ενωτικού τύπου χιούμορ και αύξηση των επιπέδων της αυτοεκτίμησης σχετικά με τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με την αρνητική αυτό-αξιολόγηση και τον αυτοσαρκαστικό τύπο. Επίσης, η χρήση του αυτοσαρκαστικού τύπου που αποτελεί είδος μη προσαρμοστικού χιούμορ σχετίζεται με τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Kuiper & McHale, 2009. Martin et al., 2003). Στην παιδική ηλικία, ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν πως τα αγόρια και τα κορίτσια έχουν παρόμοιες τιμές κατάθλιψης (Kovacs, 1996), ενώ άλλες στα αγόρια οι τιμές είναι ελαφρά πιο αυξημένες (Hankin et al., 1998). Ωστόσο, κατά την εφηβεία και ιδιαίτερα στην ηλικία των 13 (Wichstrom, 1999) ή και των 14 ετών (Lewinsohn et al., 1993), προκύπτει μια έντονη μετατροπή στο φύλο που αντιστοιχεί σχεδόν σε διπλάσια αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα κορίτσια (Wade, Cairney, & Pevalin, 2002). Το γεγονός αυτό προκύπτει ως αποτέλεσμα των αποκρίσεων των κοριτσιών έναντι καταστάσεων που χαρακτηρίζονται από στρες και αποτυχία (Papadakis, Prince, Jones & Strauman, 2006). Η συγκεκριμένη συνθήκη παραμένει και στην ενηλικίωση (Cyranowski, Frank, Young, & Shear, 2000).

4.1. Σημαντικότητα έρευνας

Η συγκεκριμένα έρευνα, έχει ως αντικείμενο μια ευάλωτη ομάδα, αυτή των εφήβων που βρίσκονται σε Κέντρα Προστασίας Παιδιών. Τα παιδιά αυτά, έχουν απομακρυνθεί από την οικογένειά τους με εισαγγελική παρέμβαση λόγω της ανικανότητας ή ακαταλληλότητας της να τα αναθρέψει και να τα στηρίξει ψυχοσυναισθηματικά (Gallagher & Green, 2012). Σε τέτοια πλαίσια το ενδιαφέρον της έρευνας ξεκίνησε να κινείται τα τελευταία χρόνια σε διάφορες κατευθύνσεις, με στόχο το παιδί, το ίδρυμα και τις συνθήκες του, αλλά και το προσωπικό που τα φροντίζει (Dozier et al., 2012. James, 2011. Patterson et al., 2018).

Η παρούσα έρευνα, θέλει να δώσει μια διαφορετική οπτική στη συγκεκριμένη ευάλωτη ομάδα και να στοχεύσει στις στρατηγικές αντιμετώπισης που αναπτύσσει έναντι των καταστάσεων που έχει βιώσει και βιώνει (Abel, 2002). Μια από αυτές τις στρατηγικές η οποία αποτελεί το κύριο αντικείμενο της προκείμενης μελέτης είναι το χιούμορ. Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν οι τύποι χιούμορ και η συσχέτισή τους με την ψυχική ανθεκτικότητα και την ψυχική υγεία του πληθυσμού αυτού. Το χιούμορ είναι ένας παράγοντας που αν και χρησιμοποιούνταν από την αρχαιότητα έχει πολύ πρόσφατη ιστορία στην επιστημονική διερεύνηση της φύσης και των σκοπών που υπηρετεί (Martin & Ford, 2018).

Στα πλεονεκτήματα της προκείμενης μελέτης είναι και ο πλουραλισμός που υπάρχει στην περιεχόμενο του δείγματος καθώς οι συμμετέχοντες είναι έφηβοι που διαμένουν σε Στέγες Προστασίας Παιδιού από διάφορα μέρη της Ελλάδας. Οι 7 Δομές, στις οποίες έγινε η δειγματοληψία, ανήκουν σε διαφορετικού τύπου διοίκηση, καθώς αποτελούν Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και Ορφανοτροφεία του ελλαδικού χώρου. Ο πλουραλισμός και η ποικιλία του συγκεκριμένου δείγματος οδηγεί σε πιο αξιόπιστα και έγκυρα αποτελέσματα προς γενίκευση στον συγκεκριμένο πληθυσμό της γεωγραφικής περιοχής από την οποία συλλέχθηκε το δείγμα (Robson, 2002).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως ο συνδυασμός των τριών μεταβλητών που πραγματεύεται η έρευνα, των Τύπων Χιούμορ, της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Ψυχικής Υγείας, δεν έχει διερευνηθεί στην Ελλάδα ή σε παγκόσμια κλίμακα (σύμφωνα με μια σύντομη, αλλά διεξοδική αναζήτηση που είχε γίνει στην εκκίνηση και κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της παρούσας μελέτης), αντικείμενο το οποίο θα μπορούσε να

αποτελέσει έμπνευση για μελλοντικές επιστημονικές διερευνήσεις. Καταλήγοντας, είναι χρήσιμο να ειπωθεί πως η πλειοψηφία των μελετών που έχουν γίνει μέχρι σήμερα σχετικά με τις παραπάνω μεταβλητές και ιδιαίτερα στον παρόντα πληθυσμό, ασχολούνται με τις δυσκολίες και τα μειονεκτήματα. Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί πως στην προκείμενη μελέτη έγινε μια προσπάθεια εστίασης στις δυνατότητες και όχι στις μειονεξίες των συγκεκριμένων εφήβων και πώς μέσα από τα τραυματικά τους βιώματα καταφέρνουν να διατηρούν την ψυχοσυναισθηματική τους ισορροπία.

4.2. Περιορισμοί έρευνας

Καθώς ολοκληρώνεται η διαδικασία υλοποίησης της έρευνας, είναι σκόπιμο να καταγραφούν οι περιορισμοί που εντοπίστηκαν κατά τη διεξαγωγή της. Μια περιγραφική μελέτη όπως αυτή, υπόκειται σε διάφορους μεθοδολογικούς περιορισμούς, καθώς αποτελεί συγχρονική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ορισμένο χρονικό διάστημα (2020 - 2021). Συνεπώς, δεν μπορούμε να καταλήξουμε σε σχέσεις αιτίας – αιτιατού, παρά μόνο σε μια απλή συσχέτιση (Sedgwick, 2014).

Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν δόθηκαν ερωτηματολόγια για την αντίληψη των παιδαγωγών των Δομών ή των καθηγητών του σχολείου για την κατάσταση χιούμορ, ανθεκτικότητας και ψυχικής υγείας των παιδιών. Συνεπώς, τα αποτελέσματα της έρευνας, βασίζονται στην υποκειμενική κρίση των εφήβων που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Η έκβαση της μελέτης δεν μετρήθηκε με κάποιο άλλο παράγοντα όπως για παράδειγμα τη σχολική απόδοση και το πώς αυτός θα μπορούσε να επηρεαστεί από τις διερευνηθείσες μεταβλητές. Ένας επιπρόσθετος περιορισμός είναι ότι το ερωτηματολόγιο των Τύπων Χιούμορ, δεν είναι σταθμισμένο στα ελληνικά. Επομένως, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου δεν έχουν μελετηθεί σε ελληνικό πληθυσμό.

Σημαντικός περιορισμός είναι και το σχετικά μικρό δείγμα του πληθυσμού των εφήβων που διαμένουν σε Στέγες Προστασίας Παιδιού, καθώς είναι μια ευάλωτη ομάδα. Οι Δομές προστατεύουν τα δικαιώματα των παιδιών και την

ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι πολλές από αυτές δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν, καθώς θεώρησαν πως συγκεκριμένες ερωτήσεις (κυρίως της υποκατηγορίας του ερωτηματολογίου της Γενικής Υγείας που αφορούσε τη σοβαρή κατάθλιψη) θα μπορούσαν να διαταράξουν την διαδικασία επούλωσης ορισμένων ψυχικών τραυμάτων των εφήβων. Άλλες Δομές που δεν είχαν συμμετάσχει σε άλλη προηγούμενη έρευνα, θεώρησαν πως θα ήταν δύσκολο να κινητοποιήσουν τα παιδιά να συμπληρώσουν τα ψυχομετρικά εργαλεία, άλλες είχαν κολλήματα λόγω της καθυστέρησης υλοποίησης διοικητικών συμβουλίων και δεν μπόρεσαν να προσκομίσουν τα ερωτηματολόγια πριν την δοθείσα προθεσμία, ενώ άλλες αντιμετώπιζαν δυσκολίες με την πανδημία του Covid – 19.

Η έξαρση της πανδημίας του Covid- 19 αποτέλεσε ένα σημαντικό παράγοντα που οδήγησε σε μια σειρά από δυσμενείς συνθήκες που δυσχέραναν την διαδικασία της δειγματοληψίας. Πέραν των άμεσων προβλημάτων που αφορούσαν την ύπαρξη κρουσμάτων στις Δομές και την καθυστέρηση της υλοποίησης διοικητικών συμβουλίων όπου θα συζητούνταν και θα δίδονταν η άδεια διεξαγωγής της έρευνας, υπήρξαν και έμμεσες δυσκολίες. Μια από αυτές ήταν η απαγόρευση μετακίνησης μεταξύ των πόλεων, το οποίο είχε ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό του ερευνητή από τη διαδικασία διαμοιρασμού του εργαλείου δια ζώσης και της αυτοπρόσωπου επεξήγησης των απαραίτητων οδηγιών ή επίλυσης αποριών των συμμετεχόντων. Επιπλέον, σχετικά με το δείγμα της ομάδας ελέγχου, οι καθυστερήσεις και οι δυσκολίες συλλογής των ερωτηματολογίων ήταν έντονες, καθώς τα σχολεία ήταν κλειστά για μεγάλο χρονικό διάστημα.

4.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Στη σύγχρονη ελληνική και παγκόσμια πραγματικότητα οι ανάγκες για μελέτες που αφορούν τα παιδιά και τους εφήβους είναι υψίστης σημασίας. Στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια εστίασης σε ένα ευάλωτο πληθυσμό, αυτό των εφήβων που διαμένουν σε Στέγες Προστασίας Παιδιού καθώς απομακρύνθηκαν από το

οικογενειακό περιβάλλον λόγω της ακαταλληλότητας ή της ανικανότητάς του να τους αναθρέψει (Bunckers et al., 2014. Courtney & Thoburn, 2009. Moore et al., 2017). Η συγκεκριμένη ομάδα, παρόλη την ευαλωτότητα που τη χαρακτηρίζει, έχει και πολλές δυνατότητες. Οι παραπάνω παράμετροι αποτέλεσαν έμπνευση για την εστίαση σε αυτό τον πληθυσμό και τις ικανότητες που διαθέτει.

Καθώς το χιούμορ αποτελεί μια έννοια που ξεκίνησε να διερευνάται τα τελευταία χρόνια, θα μπορούσαν να υλοποιηθούν έρευνες σε σχέση με τις ιδιότητες του και τους σκοπούς που υπηρετεί σε παιδιά, εφήβους ή και σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρον να μελετηθεί εις βάθος η φύση του και ο προσδιορισμός του ως εγγενές ή περιβαλλοντικό χαρακτηριστικό του ανθρώπου, η σχέση του με τους παράγοντες προσωπικότητας, αλλά και οι δυνατότητες ανάπτυξης του σε άτομα, όταν αυτό είναι επιθυμητό.

Ως προέκταση της παρούσας έρευνας θα μπορούσαν να υλοποιηθούν μελλοντικές μελέτες που να αφορούν τις μεταβλητές του χιούμορ, της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ψυχικής υγείας, αλλά σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Στον ίδιο πληθυσμό, θα είχαν ενδιαφέρον τα αποτελέσματα μεγαλύτερου δείγματος, όσον αφορά την επιλογή των Δομών και της ομάδα ελέγχου, αλλά και την δυνατότητα συλλογής πεποιθήσεων/αξιολογήσεων των σημαντικών άλλων που μεγαλώνουν τα παιδιά ή που βρίσκονται στον κοντινό τους περίγυρο (π.χ. καθηγητές). Επίσης, πάνω στο ίδιο μοτίβο θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν διαχρονικές μελέτες με κάποιου είδους παρέμβαση, με στόχο, για παράδειγμα, την αύξηση της αίσθησης του χιούμορ. Τέλος, περισσότερες έρευνες θα ήταν σημαντικό να υλοποιηθούν όσον αφορά την παιδική προστασία και υγεία στον ελλαδικό χώρο, αλλά και στο εξωτερικό ώστε να μπορεί να υπάρξει γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η κατεύθυνση αυτή είναι απαραίτητη όταν οι ανάγκες που προκύπτουν επιζητούν επωφελείς συνθήκες με προσοδοφόρα αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία

- Abel, M. H. (1998). Interaction of humor and gender in moderating relationships between stress and outcomes. *The Journal of Psychology, 132*(3), 267-276.
- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor: International Journal of Humor Research, 15*(4), 365–381.
- Abel, M. H., & Maxwell, D. (2002). Humor and affective consequences of a stressful task. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*(2), 165-190.
- Ahern, N. R. (2006). Adolescent Resilience: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing, 21*(3), 175-185.
- Ainsworth, F., & Hansen, P. (2005). A dream come true — No more residential care. A corrective note. *International Journal of Social Welfare, 14*(3), 195–199.
- Albar, A. (2008). A triangulated multi-sites case study of abandoned young people in residential care and care leavers in Saudi Arabia, Unpublished PhD thesis. York University: UK.
- Ali, M. M., Dwyer, D. S., Vanner, E. A., & Lopez, A. (2010). Adolescent propensity to engage in health risky behaviors: The role of individual resilience. *International journal of environmental research and public health, 7*(5), 2161-2176.
- Allan, J. F., McKenna, J., & Dominey, S. (2014). Degrees of resilience: profiling psychological resilience and prospective academic achievement in university inductees. *British Journal of Guidance & Counselling, 42*(1), 9-25.
- Allen, J. P., & Hauser, S. T. (1996). Autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of young adults' states of mind regarding attachment. *Development and Psychopathology, 8*(4), 793-809.
- Allen, J. R. (1998). Of resilience, vulnerability, and a woman who never lived. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 7*, 53–71.

- Alsaker, F. D. (1995). Timing of puberty and reactions to pubertal changes. In M. Rutter (Ed.), *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention* (pp. 37–82). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Andreopoulou, O., Skiadopoulos, S., Drakou, Z., & Gourzis, P. (2020). Behavioural and emotional profile of children in residential care in Greece. *Psychiatrike= Psychiatriki*, *31*(4), 321-331.
- Anyan, F., & Hjemdal, O. (2013). Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships. *Journal of Affective Disorders*, *203*, 213-220.
- Bajaj, B., & Pande, N. (2016). Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, *93*, 63-67.
- Bariaud F. (1988). Age differences in children's humor. *Journal of Children in Contemporary Society*, *20*, 15-45.
- Bath, H. (2008). Residential care in Australia, part 1: Service trends, the young people in care, and needs-based responses. *Children Australia*, *33*(2), 6–17.
- Bath, H. (2009). The changing role of residential care in Australia. *Social Work Now: The Practice Journal of Child, Youth and Family*, *43*, 21–31.
- Bath, H. (2015a). Out of home care in Australia: Looking back and looking ahead. *Children Australia*, *40*(4), 310–315.
- Bath, H. (2015b). The three pillars of TraumaWise care: Healing in the other 23 hours. *Reclaiming Children and Youth*, *23*(4), 5.
- Beardslee, W., R., (1989). The role of self-understanding in resilient individuals: the development of a perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, *59*(2), 266-78.
- Benard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. WestEd
- Bernstein, D. K. (1986). The development of humor: Implications for assessment and intervention. *Topics in Language Disorders*, *6*(4), 65-72.

- Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American family physician*, 75(1), 73-80.
- Boardman, J. D., Blalock, C. L., & Button, T. M. (2008). Sex differences in the heritability of resilience. *Twin Research and Human Genetics*, 11(1), 12-27.
- Bonanno, G. A., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 126–137.
- Boyd, A. S., Einbinder, S. D., Rauktis, M. E., & Portwood, S. G. (2007). Building research capacity in residential treatment centers: An approach for empirical studies. *Child & Youth Care Forum*, 36(1), 43–58.
- Boyd, J. R., & Hunsberger, M. (1998). Chronically ill children coping with repeated hospitalizations: their perceptions and suggested interventions. *Journal of pediatric nursing*, 13(6), 330-342.
- Boyle, R. (2009). *My heart is here: Alternative care and reintegration of child trafficking victims and other vulnerable children*. Phnom Penh: IOM.
- Brooks, R. B. (1994). Children at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 545–553.
- Browne, E. (2017). Children in care institutions. K4D Helpdesk Report. *Brighton, UK: Institute of Development Studies*, retrieved, 15, 12-19.
- Browne, K. (2009). *The risk of harm to young children in institutional care*. London: Save the Children.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Development & Psychopathology*, 15(1), 139-62.
- Bullock, R., Courtney, M. E., Parker, R., Sinclair, I., & Thoburn, J. (2006). Can the corporate state parent? *Children and Youth Services Review*, 28(11), 1344-1358.
- Bunkers, K., Cox, A., Gesiriech, S., & Olson, K. (2014). Children, orphanages, and families: a summary of research to help guide faith-based action. *Faith Action*

Initiative. Retrieved from https://www.faithtoaction.org/wpcontent/uploads/2014/03/Faith2Action_ResearchGuide_V9_WEB.pdf.

- Cairns, R. B., & Stoff, D. M. (1996). Conclusion: A synthesis of studies on the biology of aggression and violence. In D. M. Stoff & R. B. Cairns (Eds.), *Aggression and violence: Genetic, neurobiological and biosocial perspectives*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cameron, E. L., Fox, J. D., Anderson, M. S., & Cameron, C. A. (2010). Resilient youths use humor to enhance socioemotional functioning during a day in the life. *Journal of Adolescent Research, 25*(5), 716-742.
- Campbell, L., Martin, R. A., & Ward, J. R. (2008). An observational study of humor use while resolving conflict in dating couples. *Personal Relationships, 15*(1), 41-55.
- Cann, A., & Collette, C. (2014). Sense of humor, stable affect, and psychological well-being. *Europe's Journal of Psychology, 10*(3), 464-479.
- Cann, A., Davis, H. B., & Zapata, C. L. (2011). Humor styles and relationship satisfaction in dating couples: Perceived versus self-reported humor styles as predictors of satisfaction. *Humor: International Journal of Humor Research, 24*, 1-20.
- Cann, A., Stilwell, K., & Taku, K. (2010). Humor styles, positive personality and health. *Europe's Journal of Psychology, 6*(3), 213-235.
- Casey, B. J., Duhoux, S., & Cohen, M. M. (2010). Adolescence: What do transmission, transition, and translation have to do with It? *Neuron, 67*, 740 -760.
- Çelik, D. A., Çetin, F., & Tutkun, E. (2015). The role of proximal and distal resilience factors and locus of control in understanding hope, self-esteem and academic achievement among Turkish pre-adolescents. *Current Psychology, 34*(2), 321-345. doi: 10.1007/s12144-014-9260-3
- Chapin, H. D. (1915). Are institutions for infants really necessary? *Journal of the American Medical Association, LXIV*, 1-3.

- Chen, G. H., & Martin, R. A. (2007). A comparison of humor styles, coping humor, and mental health between Chinese and Canadian university students. *Humor*, 20, 215–234.
- Children's Defense Fund. (1999). *The state of America's children yearbook*. Washington, DC: Author.
- Chung, H. F. (2008). *Resiliency and character strengths among college students*. (Doctoral dissertation), Retrieved from <https://repository.arizona.edu/handle/10150/195507>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 16-25.
- Compas, B. E., Hinden, B. R., & Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual review of psychology*, 46(1), 265-293.
- Courtney, M. E. & Iwaniec, D. (Eds). (2009). *Residential care of children: Comparative perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Courtney, M., & Thoburn, J. (2009). *Children in state care*. Ashgate Publishing Ltd.
- Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness*. New York: Norton.
- Craik, K. H., Lampert, M. D., & Nelson, A. J. (1996). Sense of humor and styles of everyday humorous conduct. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 273–302.
- Cramer, P. (2017). Identity change between late adolescence and adulthood. *Personality and Individual Differences*, 104, 538-543.
- Craske, M. G., & Zucker, B. (2002). Prevention of anxiety disorders: A model for intervention. *Applied & Preventative Psychology*, 10, 155–175.

- Cripps, K., & Zyromski, B. (2009). Adolescents' Psychological Well-Being and Perceived Parental Involvement: Implications for Parental Involvement in Middle Schools. *Research in Middle Level Education*, 33(4), 1-13.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of general psychiatry*, 57(1), 21-27.
- Davids, E. L., Roman, N. V., & Kerchhoff, L. J. (2017). Adolescent goals and aspirations in search of psychological well-being: from the perspective of self-determination theory. *South African Journal of Psychology*, 47(1), 121-132.
- Davies, R. (1975). *World of wonders*. Toronto: Macmillan.
- Davison, K., & Susman, E. J. (2001). Are hormone levels and cognitive ability related during early adolescence? *International Journal of Behavioral Development*, 25, 416-428.
- Deaner, S. L., & McConatha, J. T. (1993). The relation of humor to depression and personality. *Psychological Reports*, 72(3), 755-763.
- Del Valle, J. F., & Bravo, A. (2016). Residential child care in Spain: From normalization to specialization. *Residential child and youth care in a developing world: Global perspectives*, 233-246.
- Denholm, C. J. (1995). Survival from a wild animal attack: a case study analysis of adolescent coping. *Maternal-child Nursing Journal*, 23(1), 26-34.
- Diamond, J. (1997). *Guns, germs, and steel: The fates of human societies*. New York: Norton.
- Dixon, N. F. (1980). Humor: A cognitive alternative to stress? In I. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety*, Vol. 7 (pp. 281-289). Washington, DC: Hemisphere.
- Dowling, J. S. (2002). Humor: A Coping Strategy for. *Pediatric nursing*, 28(2), 123 - 131.

- Dozier, M., Zeanah, C. H., Wallin, A. R., & Shauffer, C. (2012). Institutional care for young children: Review of literature and policy implications. *Social issues and policy review*, 6(1), 1.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of youth and adolescence*, 28(3), 343-363.
- Dyck, K. T., & Holtzman, S. (2013). Understanding humor styles and well-being: The importance of social relationships and gender. *Personality and Individual Differences*, 55(1), 53-58.
- Eco, U. (1980). *The Name of the Rose*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Egeland, B., (1997). *Mediators of the effects of child maltreatment on developmental adaptation in adolescence*. In *Developmental Perspectives On Trauma: Theory, Research, And Intervention*. Edited by: Cicchetti D, Toth SL. Rochester, NY, US: University of Rochester Press; 1997:403-434.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Sadovsky, A. (2006). Empathy-related responding in children. In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development* (pp. 517–549). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Everall, R. D., Altrows, K. J., & Paulson, B. L. (2006). Creating a future: A study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84, 461-470.
- Feingold, A., & Mazzella, R. (1993). Preliminary validation of a multidimensional model of wittiness. *Journal of Personality*, 61(3), 439-456.
- Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12(3), 255-268.
- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D. S., & Coates, T. J. (1991). Translating coping theory into an intervention. In *The social context of coping* (pp. 239-260). Springer, Boston, MA.
- Forrester, D. (2008). Is the care system failing children?. *The Political Quarterly*, 79(2), 206–211.

- Fox, C. L., Dean, S., & Lyford, K. (2013). Development of a humor styles questionnaire for children. *Humor*, 26(2), 295-319.
- Fox, C. L., Hunter, S. C., & Jones, S. E. (2016). Children's humor types and psychosocial adjustment. *Personality and Individual Differences*, 89, 86-91.
- Freud, S. (1905). *Jokes and their relation to the unconscious*. Leipzig, Germany: Deuticke.
- Freud, S. (1928). Humor. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, 1–6.
- Frimpong-Manso, K (2013) Leaving and after care in Ghana: The experiences of young adults leaving a private children's home. Unpublished PhD thesis. Belfast: Queens University.
- Fry, M. (1994). The biology of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 7(2), 111-126.
- Führ M. (2001). Some aspects of form and function of humor in adolescence. *Humor: International Journal of Humor Research*, 14(1), 25–36.
- Führ, M., (2002). Coping humor in early adolescence. *Humor: International Journal of Humor Research*, 15(3), 283–304.
- Fulcher, L. C. (1998). Acknowledging culture in child and youth care practice, *Social work education*, 17(3), 321-338.
- Fulcher, L. C. (2001). Differential Assessment of Residential Group Care for Children and Young People, *The British Journal of Social Work*. 31(3), 415-434.
- Galambos, N.L., Barker, E.T. & Krahn, H.J. (2006). Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: seven-year trajectories. *Developmental Psychology*, 42(2), 350-365. DOI: 10.1037/0012-1649.42.2.350.
- Galloway, G. (2010). Individual differences in personal humor styles: Identification of prominent patterns and their associates. *Personality and Individual Differences*, 48, 563–567.

- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology*, *41*(4), 625-635.
- Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. *Recent research in developmental psychopathology*, *4*, 213-233.
- Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, *20*, 459-466.
- Gartland, D., Bond, L., Olsson, C. A., Buzwell, S., & Sawyer, S. M. (2011). Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: the Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC medical research methodology*, *11*(1), 1-10.
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D., & Garyfallos, A. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *84*(4), 371-378.
- Ge, X., Brody, G. H., Conger, R. D., Simons, R. L., & Murry, V. (2002). Contextual amplification of pubertal transitional effect on African American children's problem behaviors. *Developmental Psychology*, *38*, 42-54.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (2001a). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, *37*, 404-417.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (2001b). The relation between puberty and psychological distress in adolescent boys. *Journal of Research on Adolescence*, *11*, 49-70.
- Geisler, F. C. M., & Weber, H. (2010). Harm that does not hurt: Humour in coping with self-threat. *Motivation and Emotion*, *34*, 446-456.

- Gillis, J. S. (1992). Stress, anxiety, and cognitive buffering. *Behavioral medicine*, 18(2), 79-83.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
- Goldsmith, H. H., Lemery, K. S., Buss, K. A., & Campos, J. J. (1999). Genetic analyses of focal aspects of infant temperament. *Developmental psychology*, 35(4), 972-985.
- Goldstein, J. (1982). A laugh a day. *The Sciences*, 22, 21–25.
- Goodenough, B., & Ford, J. (2005). Self-reported use of humor by hospitalized pre-adolescent children to cope with pain-related distress from a medical intervention. *Humor: International Journal of Humor Research*, 18(3), 279 - 298.
- Gorden, K. A., Ingersoll, G. M., & Orr, D. P. (1995). *Profile of behaviourally resilient adolescents: Confirmation and extension*. East Lansing, MI: National Center for Research on Teacher Learning. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 385 810).
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological bulletin*, 129(3), 447 – 466.
- Greengross, G. (2013). Humor and aging-a mini-review. *Gerontology*, 59(5), 448-453.
- Greengross, G., & Miller, G. (2011). Humor ability reveals intelligence, predicts mating success, and is higher in males. *Intelligence*, 39(4), 188-192.
- Grey, M., Lipman, T., Cameron, M. E., & Thurber, F. W. (1997). Coping behaviors at diagnosis and in adjustment one year later in children with diabetes. *Nursing Research*, 46(6), 312-317.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Garmezy, N., & Rutter, M. (Eds.). (1994). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions*. New York: Cambridge University Press.

- Hanewald, R. (2011). Reviewing the literature on “At-Risk” and resilient children and young people. *Australian Journal of Teacher Education*, 36(2), 16–29. doi:10.14221/ajte.2011v36n2.2.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, 107(1), 128.
- Hanton, L. B. (1998). Caring for children awaiting heart transplantation: psychosocial implications. *Pediatric nursing*, 24(3), 214.
- Happer, H., McCreadie, J., & Aldgate, J. (2006). *Celebrating success: what helps looked after children succeed*. Social Work Inspection Agency.
- Hastings, P. D., Utendale, W. T., & Sullivan, C. (2007). The socialization of prosocial development. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp. 638–664). New York, NY: Guilford Press.
- Hatano, K., Sugimura, K., & Klimstra, T. A. (2017). Which came first, personality traits or identity processes during early and middle adolescence? *Journal of Research in Personality*, 67, 120-131.
- Hay, J. (1995). *Gender and humour: Beyond a joke*. Unpublished Master’s thesis, Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand.
- Hayward, C. (2003). *Gender differences at puberty*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hayward, C., & Sanborn, K. (2002). Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 49-58.
- Helgeson, V. S. (1994). Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential explanations. *Psychological bulletin*, 116(3), 412.

- Henrich, C. C., Blatt, S. J., Kuperminc, G. P., Zohar, A., & Leadbeater, B. J. (2001). Levels of interpersonal concerns and social functioning in early adolescent boys and girls. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 48-67.
- Hodes, G. E., & Epperson, C. N. (2019). Sex differences in vulnerability and resilience to stress across the life span. *Biological psychiatry*, 86(6), 421-432.
- Hoicka, E., Jutsum, S., & Gattis, M. (2008). Humor, abstraction, and disbelief. *Cognitive Science*, 32(6), 985-1002.
- Holmes, J., & Marra, M. (2002). Having a laugh at work: How humour contributes to workplace culture. *Journal of pragmatics*, 34(12), 1683-1710.
- Hussey, A. J., Kanjilal, D., & Okunade, A. A. (2013). Effects of peers and social environment on adolescent psychological well-being. *International Journal of Business and Social Research*, 3(2), 69-83.
- Ibrahim, R.W. (2010). *Making the transition from residential care to adulthood: The experience of Jordanian care leavers*. Unpublished PhD Dissertation. Norwich: University of East Anglia.
- Imura, S., & Taku, K. (2018). Gender differences in relationship between resilience and big five personality traits in Japanese adolescents. *Psychological reports*, 121(5), 920-931.
- Islam, T., & Fulcher, L. (2016). *Residential Child and Youth Care in the Developing World. Global Perspectives*. Cape Town: The CYC-Net Press.
- Islam, T., & Fulcher, L. (2017). *Residential Child and Youth Care in the Developing World. European Perspectives*. Cape Town: The CYC-Net Press.
- Issacs, A.J. (2014). Gender differences in resilience of academic deans. *Journal of Research in Education*, 24(1): 112-119.
- Janes, L. M., & Olson, J. M. (2000). Jeer pressures: The behavioral effects of observing ridicule of others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 474-485.
- Johnson, K. E., & Mervis, C. B. (1997). First steps in the emergence of verbal humor: A case study. *Infant Behavior and Development*, 20(2), 187-196.

- Jordanwood, M. (2015). *The impact of informal school fees on access to school of members of the care-leavers network*. Phnom Penh: M'lup Russey.
- Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little jiffy, mark IV. *Educational and psychological measurement*, 34(1), 111-117.
- Kallinikaki, T. (2015). Child protection in times of crisis in Greece. *International Journal of Social Pedagogy*, 4(1), 177 – 189.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *Journal of Adolescent Health*, 41(3), 256-262.
- Keltner, D., & Bonanno, G. A. (1997). A study of laughter and dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 687–702.
- Kiang, L., & Fuligni, A. J. (2010). Meaning in life as a mediator of ethnic Identity and adjustment among adolescents from Latin, Asian, and European American backgrounds. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(11), 1253-1264.
- Klein, K.J.K. & Hodges, S.D. (2001). Gender Differences, Motivation, and Empathic Accuracy: When it pays to Understand. *Personality and Social Bulletin*, 27(6), 720-730.
- Knorth, E. J., Harder, A. T., Zandberg, T., & Kendrick, A. J. (2008). Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review*, 30, 123–140.
- Korotkov, D., & Hannah, T. E. (1994). Extraversion and emotionality as proposed superordinate stress moderators: A prospective analysis. *Personality and Individual Differences*, 16(5), 787-792.
- Kosenko, K. A., & Rintamaki, L. S. (2010). Forms, functions, and foibles of humor used in AIDS service organizations. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21, 25-35.
- Kovacs, M. (1996). The course of childhood-onset depressive disorders. *Psychiatric Annals*, 26, 326–330.

- Kuiper, N. A. (2012). Humor and resiliency: Towards a process model of coping and growth. *Europe's Journal of Psychology*, 2012, 8(3), 475–491.
- Kuiper, N. A., & Martin, R. A. (1993). Humor and self-concept. *Humor: International Journal of Humor Research*, 6(4), 251-270.
- Kuiper, N. A., & Martin, R. A. (1998). Laughter and stress in daily life: Relation to positive and negative affect. *Motivation and emotion*, 22(2), 133-153.
- Kuiper, N. A., & McHale, N. (2009). Humor styles as mediators between self-evaluative standards and psychological well-being. *The Journal of psychology*, 143(4), 359-376.
- Kuiper, N. A., McKenzie, S. D., & Belanger, K. A. (1995). Cognitive appraisals and individual differences in sense of humor: Motivational and affective implications. *Personality and individual differences*, 19(3), 359-372.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: The role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviors. *Journal of Adolescence*, 27, 703–716. doi:10.1016/j.adolescence.2004.05.005.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lefcourt, H. M. (2001). *Humor: The psychology of living buoyantly*. New York: Kluwer Academic.
- Lefcourt, H. M. (2002). *Humor*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (p. 619–631). Oxford University Press.
- Lefcourt, H. M., & Martin, R. A. (1986). *Humor and life stress: Antidote, to adversity*. New York: Springer.
- Lefcourt, H. M., Davidson, K., Shepherd, R., Phillips, M., Prkachin, K., & Mills, D. (1995). Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(4), 373-391.

- Leist, A. K., & Müller, D. (2013). Humor types show different patterns of self-regulation, self-esteem, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, *14*(2), 551-569.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development. *Handbook of adolescent psychology*, *2*, 1-12.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III—R disorders in high school students. *Journal of abnormal psychology*, *102*(1), 133.
- Liben, L. S., Susman, E. J., Finkelstein, J. W., Chinchilli, V. M., Kunselman, S., Schwab, J., Dubas, J. S., Demers, L. M., Lookingfill, G., Dariangelo, M. R., Krogh, H. R., & Kulin, H. E. (2002). The effects of sex steroids on spatial performance: A review and an experimental clinical investigation. *Developmental Psychology*, *38*(2), 236–256.
- Liben, L. S., Susman, E. J., Finkelstein, J. W., Chinchilli, V. M., Kunselman, S., Schwab, J., Dubas, J. S., Demers, L. M., Lookingfill, G., Dariangelo, M. R., Krogh, H. R., & Kulin, H. E. (2002). The effects of sex steroids on spatial performance: A review and an experimental clinical investigation. *Developmental Psychology*, *38*(2), 236–256.
- Liu, Y., Wang, Z., & Lu, W. (2013). Resilience and affect balance as mediators between trait emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, *54*, 850-855.
- Long, D. L., & Graesser, A. C. (1988). Wit and humor in discourse processing. *Discourse processes*, *11*(1), 35-60.
- Lü, W., Wang, Z., Liu, Y., & Zhang, H. (2014). Resilience as a mediator between extraversion, neuroticism and happiness, PA and NA. *Personality and Individual Differences*, *63*, 128-133.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development, 71*(3), 543-562.
- Maccoby, E. E. (2003). The gender of child and parent as factor in family dynamics. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds.), *Children's influence on family dynamics* (pp. 191–207). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mamabolo, S., Dlamini, H. & Fulcher, L. C. (2015). Isibindi family-oriented child and youth care practices. In L. C. Fulcher & T. Garfat (eds). *Child and youth care practice with families*. Cape Town: The CYC-Net Press.
- Manke, B. (2010). Genetic and environmental contributions to children's interpersonal humor. In *The sense of humor* (pp. 361-384). De Gruyter Mouton.
- Manomenidis, G., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2019). Resilience in nursing: The role of internal and external factors. *Journal of nursing management, 27*(1), 172-178.
- Martin, F. & Sudrajat, T. (2007). *Someone that matters: The quality of care in child care institutions in Indonesia*. Jakarta: Save the Children UK/The Ministry of Social Affairs (DEPSOS)/UNICEF.
- Martin, R. A. (1989). Chapter 6: Humor and the mastery of living: Using humor to cope with the daily stresses of growing up. *Journal of Children in Contemporary Society, 20*(1-2), 135-154.
- Martin, R. A. (2004). Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent findings, and future directions. *Humor, 17*(1-2), 1-19.
- Martin, R. A. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Martin, R. A. (2015). On the challenges of measuring humor styles: Response to Heintz and Ruch. *Humor, 28*(4), 635-639.
- Martin, R. A., & Ford, T. (2018). *The psychology of humor: An integrative approach*. Academic press.
- Martin, R. A., & Kuiper, N. A. (1999). Daily occurrence of laughter: Relationships with age, gender, and Type A personality. *Humor, 12*, 355-384.

- Martin, R. A., & Lefcourt, H. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1313–1324.
- Martin, R. A., Kuiper, N. A., Olinger, L. J., & Dance, K. A. (1993). Humor, coping with stress, self-concept, and psychological well-being. *Humor*, 6, 89-89.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48–75.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. *Advances in clinical child psychology*, 1-52.
- Masten, A. S., & Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.
- Masten, A. S., & Reed, M. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press.
- May, R. (1953). *Man's Search for Himself*. New York: Random House.
- McDougall, W. (1903). The nature of laughter. *Nature*, 67, 318–319.
- McGhee, P., E. (1999). *Health, Healing and the Amuse System: Humor as Survival Training*. 3rd ed. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing.
- McPheat, G., Milligan, I., & Hunter, L. (2007). What's the use of residential childcare? Findings of two studies detailing current trends in the use of residential childcare in Scotland. *Journal of Children's Services*, 2(2), 15–25.

- Mendes, P. & Moslehuddin, B. (2004). Graduating from the child welfare system: A comparison of the UK and Australian leaving care debates. *International journal of social welfare* 13, 4, 332-339.
- Miklikowska, M., Duriez, B., & Soenens, B. (2011). Family roots of empathy-related characteristics: The role of perceived maternal and paternal need support in adolescence. *Developmental Psychology*, 47(5), 1342.
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L., & Hallet, A. J. (1996). Meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322–348.
- Modecki, K. L., Zimmer-Gembeck, M. J., & Guerra, N. (2017). Emotion regulation, coping, and decision-making: Three linked skills for preventing externalizing problems in adolescence. *Child Development*, 88(2), 417-426.
- Monzani, D., Steca, P., & Greco, A. (2014). Brief report: Assessing dispositional optimism in adolescence—Factor structure and concurrent validity of the Life Orientation Test Revised. *Journal of Adolescence*, 37(2), 97-101.
- Moore, G. F., Cox, R., Evans, R. E., Hallingberg, B., Hawkins, J., Littlecott, H. J., ...Murphy, S. (2018). School, peer and family relationships and adolescent substance use, subjective wellbeing and mental health symptoms in wales: a cross sectional study. *Child indicators research*, 11(6), 1951-1965. doi:10.1007/s12187-017-9525-1.
- Moore, T., & McArthur, M. (2017). You feel it in your body: How Australian children and young people think about and experience feeling and being safe. *Children & Society*, 31(3), 206–218.
- Moore, T., McArthur, M., Death, J., Tilbury, C., & Roche, S. (2017). Young people's views on safety and preventing abuse and harm in residential care: “It's got to be better than home”. *Children and Youth Services Review*, 81, 212-219.
- Moore, T., McArthur, M., Noble-Carr, D., & Harcourt, D. (2015). *Taking us seriously: children and young people talk about safety and institutional responses to their*

- safety concerns*. Melbourne: Institute of Child Protection Studies, Australian Catholic University.
- Moran, C. C. (1996). Short-term mood change, perceived funniness, and the effect of humor stimuli. *Behavioral medicine*, 22(1), 32-38.
- Moran, C. C., & Massam, M. M. (1999). Differential influences of coping humor and humor bias on mood. *Behavioral Medicine*, 25(1), 36-42.
- Mylonakou-Keke, I., Alevizos, S., Salichos, P., Konstantopoulou, F., & Grosdani, C. (2016). Child Protection and Residential Care in Greece: An Illuminative Case Study. *Residential child and youth care in a developing world: Global perspectives*, 215 – 232.
- Nearchou, F. A., Stogiannidou, A., & Kiosseoglou, G. (2014). Adaptation and psychometric evaluation of a resilience measure in Greek elementary school students. *Psychology in the Schools*, 51(1), 58-71.
- Newman, M. G., & Stone, A. A. (1996). Does humor moderate the effects of experimentally induced stress? *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 101-109.
- Newman, T., & Blackburn, S. (2002). *Transitions in the lives of children and young people: Resilience factors*. Edinburgh: Scottish Executive Education Department.
- Newsome, J., Vaske, J. C., Gehring, K. S., & Boisvert, D. L. (2016). Sex differences in sources of resilience and vulnerability to risk for delinquency. *Journal of youth and adolescence*, 45(4), 730-745.
- Nilsen, A. P., & Nilsen, D. L. (2000). *Encyclopedia of 20th-Century American Humor*. The Oryx Press, PO Box 33889, Phoenix, AZ 85067-3889.
- Norrick, N. R. (2003). Issues in conversational joking. *Journal of pragmatics*, 35(9), 1333-1359.
- Olson, M., Hugelshofer, D., Kwon, P., & Reff, R. (2005). Rumination and dysphoria: The buffering role of adaptive forms of humor. *Personality and Individual Differences*, 39, 1419–1428.

- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of adolescence*, 26(1), 1-11.
- Osborn, A., & Delfabbro, P. H. (2006). *National comparative study of children and young people with high support needs in Australian out-of-home care*. Adelaide: The University of Adelaide.
- Overgaauw, S., Rieffe, C., Broekhof, E., Crone, E. A., & Güroğlu, B. (2017). Assessing empathy across childhood and adolescence: Validation of the Empathy Questionnaire for Children and Adolescents (EmQue-CA). *Frontiers in psychology*, 8, 870.
- Papadakis, A. A., Prince, R. P., Jones, N. P., & Strauman, T. J. (2006). Self-regulation, rumination, and vulnerability to depression in adolescent girls. *Development and psychopathology*, 18(3), 815-829.
- Park, E., McCoy, T. P., Erausquin, J. T., & Bartlett, R. (2018). Trajectories of risk behaviors across adolescence and young adulthood: The role of race and ethnicity. *Addictive Behaviors*, 76, 1-7.
- Patrício, J. N., Calheiros, M. M., & Martins, A. C. (2016). Self-representation questionnaire for youths in residential care. *Children and Youth Services Review*, 61, 317-326.
- Patterson, D., Day, A., Vanderwill, L., Willis, T., Resko, S., Henneman, K., & Cohick, S. (2018). Identifying the essential competencies for resource parents to promote permanency and well-being of adolescents in care. *Children and Youth Services Review*, 88, 457-466.
- Patton, G., Glover, S., Bond, L., Butler, H., Godfrey, C., & Di Pietro, G. (2000). The Gatehouse Project: A systematic approach to mental health promotion in secondary schools. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 586-593.
- Petanidou, D., Daskagianni, E., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., & Tountas, Y. (2013). The role of perceived well-being in the family, school and peer context in

- adolescents' subjective health complaints: evidence from a Greek cross sectional study. *BioPsychoSocial medicine*, 7(1), 1-9.
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D' Andrea, W., & Seligman, M. (2008). Strength of character and post-traumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 214-217. doi:10.1002/jts.20332
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2007). Strengths of character, orientations to happiness and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2, 149-156. doi:10.1080/17439760701228938
- Phillips, T. M., & Pittman, J. F. (2007). Adolescent psychological well-being by identity style. *Journal of Adolescence*, 30(6), 1021-1034.
- Pickering, L., Hadwin, J. A., & Kovshoff, H. (2020). The role of peers in the development of social anxiety in adolescent girls: A systematic review. *Adolescent Research Review*, 5(4), 341-362.
- Pinderhughes, E. E., & Zigler, E. (1985). Cognitive and motivational determinants of children's humor responses. *Journal of Research in Personality*, 19(2), 185 - 196.
- Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18(4), 459-474.
- Provine, R. R., & Fischer, K. R. (1989). Laughing, smiling, and talking: Relation to sleeping and social context in humans. *Ethology*, 83(4), 295-305.
- Robson, C. (2002). *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers*. Wiley-Blackwell.
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., & Axpe, I. (2018). The Role of Resilience and Psychological Well-Being in School Engagement and Perceived Academic Performance: An Exploratory Model to Improve Academic Achievement. In B. BernalMorales (Ed.), *Health and Academic Achievement* (pp. 159-176). London, UK: IntechOpen.

- Rojas Flórez, L. F. (2015). Factors Affecting Academic Resilience in Middle School Students: A Case Study (Factores que Afectan la Resiliencia Académica en Estudiantes de Bachillerato). *GIST Education And Learning Research Journal*, 11, 63-78.
- Rouse, K. A. G. (2001). Resilient students' goals and motivation. *Journal of adolescence*, 24(4), 461-472.
- Rowe, A., & Regehr, C. (2010). Whatever gets you through today: An examination of cynical humor among emergency service professionals. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 448-464. doi:10.1080/15325024.2010.507661
- Ruch W. (2001). The perception of humor. In: Kaszniak AW, ed. *Emotion, qualia, and consciousness*. Tokyo, Japan: Word Scientific Publisher, 410–425.
- Ruch W. (2008). Psychology of humor. In: Raskin V, ed. *The primer of humor research*. Berlin, Germany: Mouton de Gruyter, 17–100.
- Ruch, W. (Ed.). (2007). *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic*. Berlin, Germany: Mouton de Gruyter.
- Ruch, W., & Hehl, F.J. (1998). *A two-mode model of humor appreciation: Its relation to aesthetic appreciation and simplicity–complexity of personality*. In W. Ruch (Ed.), *The sense of humor: Explorations of personality characteristic* (pp.109 – 142). New York: Mouton de Gruyter.
- Ruch, W., & Kohler, G. (1998). *A temperament approach to humor*. In W. Ruch (Ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp.203 –230). New York: Mouton de Gruyter.
- Ruch, W., & Köhler, G. (2010). A temperament approach to humor. In *The sense of humor* (pp. 203-228). De Gruyter Mouton.
- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P., and Ouston, J. (1979). *Fifteen Thousand Hours. Secondary Schools and their Effects on Children*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Sadeghi, M., Barahmand, U., & Roshannia, S. (2020). Differentiation of self and hope mediated by resilience: Gender differences. *Canadian Journal of Family and Youth/Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, 12(1), 20-43.
- Samson, A. C., & Gross, J. J. (2012). Humour as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humour. *Cognition & emotion*, 26(2), 375-384.
- Schermer, J. A., Martin, R. A., Martin, N. G., Lynskey, M., & Vernon, P. A. (2013). The general factor of personality and humor styles. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 890-893.
- Schwab, J., Susman, E. J., Finkelstein, J. W., Chinchilli, V. M., Kunselman, S. J., D Arcangelo, R. M., Demers, L. M., Lookingbill, G., & Kulin, H. E. (2001). The role of sex hormone replacement therapy on self-perceived competence in adolescents with delayed puberty. *Child Development*, 72, 1439–1450.
- Sedgwick, P. (2014). Cross sectional studies: advantages and disadvantages. *Bmj*, 348.
- Semrud-Clikeman, M., & Glass, K. (2010). The relation of humor and child development: Social, adaptive, and emotional aspects. *Journal of Child Neurology*, 25(10), 1248-1260.
- Sharma, G. (2017). Pros and cons of different sampling techniques. *International journal of applied research*, 3(7), 749-752.
- Shaunessy, E., & Suldo, S. M. (2010). Strategies used by intellectually gifted students to cope with stress during their participation in a high school international baccalaureate program. *Gifted Child Quarterly*, 54(2), 127-137.

- Smith, G. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 154–158.
- Sneed, J. R., Johnson, J. G., Cohen, P., Gilligan, C., Chen, H., Crawford, T. N., & Kasen, S. (2006). Gender differences in the age-changing relationship between instrumentality and family contact in emerging adulthood. *Developmental psychology*, 42(5), 787.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (Eds.). (2001). *Handbook of positive psychology*. Oxford university press.
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463.
- Stanley, N., Riordan, D., & Alaszewski, H. (2005). The mental health of looked after children: Matching response to need. *Health & Social Care in the Community*, 13(3), 239–248.
- Stein, M. (2012). *Young people leaving care: Supporting pathways to adulthood*. London: Jessica Kingsley.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Stieger, S., Formann, A. K., & Burger, C. (2011). Humor styles and their relationship to explicit and implicit self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 50(5), 747-750.
- Stroud, L. R., Foster, E., Papandonatos, G. D., Handwerker, K., Granger, D. A., Kivlighan, K. T., & Niaura, R. (2009). Stress response and the adolescent transition: Performance versus peer rejection stressors. *Development and psychopathology*, 21(1), 47.
- Svebak, S. (1996). The development of the sense of humor questionnaire: From SHQ to SHQ-6. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 341–361.

- Swales, D., Geibel, R. & McMillan, N. (2006). *Applying the standards: Improving quality childcare provision in east and central Africa*. London: Save the Children.
- Szabo, A. (2007). *Comparison of the psychological effects of exercise and humor*. In Andrew, M. Lane (Ed.), *Mood and human performance. Conceptual, measurement and applied issues* (Vol. xi) (pp. 201–216, 334). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers.
- Szabo, A. (2007). Comparison of the psychological effects of exercise and humor. In: Andrew ML, ed. *Mood and human performance: Conceptual, measurement and applied issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 201–216.
- Taherdoost, H. (2016). Sampling methods in research methodology; how to choose a sampling technique for research. How to Choose a Sampling Technique for Research. *International Journal of Academic Research in Management*, 5(2), 18-27.
- The St. Petersburg –USA Orphanage Research Team (2008). The effects of early social emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73, 1-262.
- Tommasi, M., Grassi, P., Balsamo, M., Picconi, L., Furnham, A., & Saggino, A. (2018). Correlations between personality, affective and filial self-efficacy beliefs, and psychological well-being in a sample of Italian adolescents. *Psychological Reports*, 121(1), 59-78.
- Trainor, S., Delfabbro, P., Anderson, S., & Winefield, A. (2010). Leisure activities and adolescent psychological well-being. *Journal of Adolescence*, 33(1), 173-186.
- Trigueros, R., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Bermejo, R., Ferrandiz, C., & López Liria, R. (2019). Influence of emotional intelligence, motivation and resilience on academic performance and the adoption of healthy lifestyle habits among adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 16(16), 2810.

- Tucker, R. P., Wingate, L. R., O'Keefe, V. M., Slish, M. L., Judah, M. R., & Rhoades Kerswill, S. (2013). The moderating effect of humor style on the relationship between interpersonal predictors of suicide and suicidal ideation. *Personality and Individual Differences, 54*(5), 610-615.
- Underwood, M. K. (2003). *Social aggression among girls*. Guilford Press.
- UNICEF, UNAIDS & USAID (2004). Children on the brink: A joint report of new orphan estimates and a framework for action. http://www.unicef.org/publications/files/cob_layout6-013.pdf, accessed 15 January 2016.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Toronto: Little, Brown.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist, 55*, 89-98.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 33*(5), 401-408.
- Veselka, L., Schermer, J. A., Martin, R. A., & Vernon, P. A. (2010). Laughter and resiliency: A behavioral genetic study of humor styles and mental toughness. *Twin Research and Human Genetics, 13*(5), 442-449.
- Vilaythong, A. P., Arnau, R. C., Rosen, D. H., & Mascaro, N. (2003). Humor and hope: Can humor increase hope?. *Humor, 16*(1), 79-89.
- Vinayak, S., & Judge, J. (2018). Resilience and empathy as predictors of psychological wellbeing among adolescents. *International Journal of Health Sciences and Research, 8*(4), 192-200.
- Wade, T. J., Cairney, J., & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(2), 190-198.
- Walsh, J. J. (1928). *Laughter and health*. New York: Appleton.

- Ward, H., Holmes, L., & Soper, J. (2008). *Costs and consequences of placing children in care*. London: Jessica Kingsley.
- Wei, J., Gong, Y., Wang, X., Shi, J., Ding, H., Zhang, M., ... & Han, J. (2021). Gender differences in the relationships between different types of childhood trauma and resilience on depressive symptoms among Chinese adolescents. *Preventive Medicine, 148*, 106523.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Sciences, 4*, 81–85.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press.
- Werner-Wilson, R. J., Zimmerman, T. S., & Whalen, D. (2000). Resilient response to battering. *Contemporary Family Therapy, 22*(2), 161-187.
- West, D. J., & Farrington, D. P. (1973). *Who becomes delinquent? Second report of the Cambridge Study in Delinquent Development*. Crane, Russak.
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental psychology, 35*(1), 232.
- Willms, J.D. (2002). *Vulnerable Children. Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. The University of Alberta Press, Alberta, Canada.
- Wolkow, K. E., & Ferguson, H. B. (2001). Community factors in the development of resiliency: Considerations and future directions. *Community mental health journal, 37*(6), 489-498, M. O. D., & Masten, A. S. (2005). Resilience processes in development. In *Handbook of resilience in children* (pp. 17-37). Springer, Boston, MA.
- Wright, O., Masten, A., & Narayan, A. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the face of adversity. In S.

- Goldstein, & R. Brooks, *Handbook of resilience in children* (2nd ed., pp. 15-37). New York, NY: Springer.
- Wu, C. L., Lin, H. Y., & Chen, H. C. (2016). Gender differences in humour styles of young adolescents: Empathy as a mediator. *Personality and Individual Differences, 99*, 139-143.
- Yim-Chiplis, P. K. (1998). The child with traumatic brain injury returns to school. *Pediatric nursing, 24*(3), 245-249.
- Yip, J. A., & Martin, R. A. (2006). Sense of humor, emotional intelligence, and social competence. *Journal of research in personality, 40*(6), 1202-1208.
- Zahn-Waxler, C. (2000). The early development of empathy, guilt and internalization of responsibility: Implications for gender differences in internalizing and externalizing problems. In R. Davidson (Ed.), *Wisconsin symposium on emotion: Vol 1. Anxiety, depression & emotion* (pp. 222–265). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Zeanah, C. H., Nelson, C. A., Fox, N. A., Smyke, A. T., Marshall, P., Parker, S. W., & Koga, S. (2003). Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioural development: The Bucharest Early Intervention Project. *Development and Psychopathology, 15*, 885–907.

Παράρτημα Α

Παραγοντική Δομή

1. «Ερωτηματολόγιο Τύπων Χιούμορ»

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 6 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 4.31 και ερμηνεύει το 17.96% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Ενωτικός/Συνδεδετικός» και αντιπροσωπεύει τον ένα από τους δύο προσαρμοστικούς τύπους χιούμορ.

4. Μου είναι εύκολο να κάνω τους άλλους να γελούν.....	(.811)
17. Τα αστεία και οι αστείες ιστορίες μου κάνουν τους άλλους να γελούν.....	(.789)
20. Μπορώ να κάνω τους άλλους να γελάσουν.....	(.781)
8. Συχνά κάνω τους άλλους να γελάσουν λέγοντας αστεία και αστείες ιστορίες.....	(.768)
14. Δεν χρειάζεται να προσπαθήσω ιδιαίτερα για να κάνω τους ανθρώπους να γελάσουν - είμαι αστείος εκ του φυσικού μου.....	(.748)
9. Όταν λέω αστεία, δεν ανησυχώ αν θα ενοχληθεί κάποιος.....	(.222)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 6 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 3.41 και ερμηνεύει το 14.21% της συνολικής διακύμανσης. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να οριστεί ως «Αυτοενισχυτικός» και αντιπροσωπεύει τον δεύτερο προσαρμοστικό τύπο χιούμορ.

2. Όταν είμαι στεναχωρημένος/λυπημένος, μπορώ να φτιάξω τη διάθεσή μου, σκεπτόμενος αστεία πράγματα.....	(.794)
6. Όταν έχω ένα πρόβλημα, προσπαθώ να σκεφτώ κάτι αστείο σε σχέση με αυτό, για να νιώσω καλύτερα.....	(.794)
24. Συνήθως, προσπαθώ να σκεφτώ κάτι αστείο, όταν βρίσκομαι σε μια δύσκολη κατάσταση.....	(.792)
10. Όταν νιώθω φοβισμένος, βρίσκω ότι το γέλιο βοηθάει.....	(.620)
19. Όταν νιώσω ανασφαλής και άβολα σε μια κατάσταση, με βοηθά αν μπορέσω να πω κάτι αστείο.....	(.610)
22. Θεωρώ ότι το να γελάς και να αστειεύσεις είναι καλοί τρόποι για να αντιμετωπίζεις προβλήματα.....	(.571)

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 9 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 2.75 και ερμηνεύει το 11.45% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Αυτοκαταστροφικό/Αυτοσαρκαστικός» και αντιπροσωπεύει το δεύτερο μη προστατευτικό τύπο χιούμορ.

-
23. Συχνά παρασύρομαι μειώνοντας τον εαυτό μου, αν αυτό μπορεί να κάνει τους φίλους και την οικογένειά μου να γελάσουν.....(.791)
11. Όταν είμαι με φίλους ή την οικογένεια μου, φαίνεται ότι είμαι εκείνος που οι άλλοι κοροϊδεύουν ή γελούν μαζί του.....(.650)
13. Το να αφήνω τους άλλους να γελούν εις βάρος μου, είναι ο δικός μου τρόπος να κάνω τους φίλους και την οικογένεια χαρούμενους.....(.602)
7. Συχνά υποτιμώ τον εαυτό μου όταν λέω αστεία ή όταν προσπαθώ να είμαι αστείος.....(.595)
3. Αφήνω τους ανθρώπους να με πειράζουν και να γελούν μαζί μου πιο πολύ από όσο θα έπρεπε.....(.552)
16. Συχνά προσπαθώ να κάνω τους άλλους να με συμπαθήσουν, λέγοντας κάτι αστείο για κάποιο ελάττωμά μου ή για λάθη που έχω κάνει.....(.525)
18. Κάποιες φορές σκέφτομαι κάτι τόσο αστείο για κάποιον, που δεν μπορώ να κρατηθώ να μην το πω, ακόμη κι αν αυτό με βάλει σε μελάδες.....(.496)
1. Όταν κάποιος κάνει ένα λάθος, συχνά θα τον πειράξω για το λάθος του.....(.452)
12. Δυσκολεύομαι να βρω αστεία πράγματα να πω όταν είμαι με άλλους ανθρώπους.....(.439)
-

Παράγοντας 4: Αποτελείται από 3 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 1.86 και ερμηνεύει το 7.76% της συνολικής διακύμανσης. Ο συγκεκριμένος παράγοντας αντιπροσωπεύει τον ένα από τους δυο μη προσαρμοστικούς τύπους χιούμορ και μπορεί να οριστεί ως «Επιθετικός».

-
15. Ποτέ δεν κοροϊδεύω τους άλλους, ακόμη κι αν όλοι οι φίλοι μου τους κοροϊδεύουν.....(.816)
21. Δεν μου αρέσει όταν οι άλλοι κοροϊδεύουν κάποιον, έτσι ώστε να τον κάνουν να φανεί ανόητος.....(.633)
5. Ακόμη και αν κάτι είναι πολύ αστείο, δεν θα γελάσω ή θα αστειευτώ με αυτό, αν κάνει κάποιον να νιώσει άσχημα.....(.607)
-

4. «Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας»

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 6 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 9.52 και ερμηνεύει το 28.00% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Υποστήριξη από την κοινότητα» και αντιπροσωπεύει τον τέταρτο εξωτερικό παράγοντα της ψυχικής ανθεκτικότητας.

-
10. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που πάντα θέλει να κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ.....(.807)
7. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που όταν τα καταφέρνω σε κάτι, μου το λέει.....(.803)
6. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που νοιάζεται πραγματικά για μένα.....(.790)
9. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που πιστεύει ότι θα τα πάω καλά, ότι θα επιτύχω.....(.763)
11. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που εμπιστεύομαι..(.713)
8. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που παρατηρεί/ καταλαβαίνει όταν είμαι αναστατωμένος/η με κάτι.....(.709)
-

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 6 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 3.07 και ερμηνεύει το 9.03% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Υποστήριξη από το σχολείο» και αντιπροσωπεύει τον δεύτερο από τους τέσσερις εξωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας.

-
5. Στο σχολείο μου υπάρχει κάποιος καθηγητής/τρια που πιστεύει ότι θα τα πάω καλά, θα επιτύχω.....(.787)
1. Στο σχολείο μου υπάρχει κάποιος καθηγητής/τρια που νοιάζεται πραγματικά για μένα..(.780)
2. Στο σχολείο μου υπάρχει κάποιος καθηγητής/τρια που όταν τα καταφέρνω σε κάτι, μου το λέει.....(.768)
3. Στο σχολείο μου υπάρχει κάποιος καθηγητής/τρια που πάντα θέλει να κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ.....(.725)
4. Στο σχολείο μου υπάρχει κάποιος καθηγητής/τρια που με ακούει όταν έχω κάτι να πω..(.695)
30. Στο σπίτι μου τουλάχιστον ένας από τους παιδαγωγούς μου ή κάποιος άλλος μεγάλος (που ζει μαζί μας) περιμένει από εμένα να ακολουθώ τους κανόνες.....(.414)
-

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 5 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 2.40 και ερμηνεύει το 7.06% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Υποστήριξη από τους συνομιλήκους» και αντιπροσωπεύει τον τρίτο από τους τέσσερις εξωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας.

27. Έχω ένα φίλο/ μία φίλη περίπου στην ηλικία μου που με βοηθάει όταν περνάω δύσκολες στιγμές.....	(.770)
28. Οι φίλοι/φίλες μου προσπαθούν να κάνουν το σωστό.....	(.768)
25. Έχω έναν φίλο/ μία φίλη περίπου στην ηλικία μου που νοιάζεται πραγματικά για μένα.....	(.765)
26. Έχω έναν φίλο/ μία φίλη περίπου στην ηλικία μου που μιλάει μαζί μου για τα προβλήματα μου.....	(.762)
29. Οι φίλοι/φίλες μου τα πάνε καλά στο σχολείο.....	(.371)

Παράγοντας 4: Αποτελείται από 5 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 1.94 και ερμηνεύει το 5.70% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Αυτοπεποίθηση» και αντιπροσωπεύει τον ένα από τους τρεις εσωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας.

24. Καταλαβαίνω για ποιο λόγο κάνω ό,τι κάνω.....	(.767)
23. Υπάρχει ένας σκοπός στη ζωή μου.....	(.716)
15. Μπορώ να δίνω λύση στα προβλήματά μου.....	(.687)
17. Υπάρχουν πολλά πράγματα στα οποία τα καταφέρνω καλά.....	(.602)
12. Κάνω σχέδια και βάζω στόχους για το μέλλον μου.....	(.562)

Παράγοντας 5: Αποτελείται από 5 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 1.59 και ερμηνεύει το 4.67% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Υποστήριξη από το σπίτι» και αντιπροσωπεύει τον ένα από τους τέσσερις εξωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας.

33. Στο σπίτι μου τουλάχιστον ένας από τους παιδαγωγούς μου ή κάποιος άλλος μεγάλος (που ζει μαζί μας) πάντα θέλει να κάνω ότι καλύτερο μπορώ (να βάζω τα δυνατά μου).....	(.761)
32. Στο σπίτι μου τουλάχιστον ένας από τους παιδαγωγούς μου ή κάποιος άλλος μεγάλος (που ζει μαζί μας) πιστεύει ότι θα τα πάω καλά, θα επιτύχω.....	(.679)
34. Στο σπίτι μου τουλάχιστον ένας από τους παιδαγωγούς μου ή κάποιος άλλος μεγάλος (που ζει μαζί μας) με ακούει όταν έχω κάτι να πω.....	(.619)

-
31. Στο σπίτι μου τουλάχιστον ένας από τους παιδαγωγούς μου ή κάποιος άλλος μεγάλος (που ζει μαζί μας) ενδιαφέρεται για τα μαθήματα του σχολείου μου.....(.615)
20. Μου αρέσει να συνεργάζομαι με άλλους (συμ)μαθητές/τριες της ηλικίας μου.....(.331)
-

Παράγοντας 6: Αποτελείται από 5 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 1.46 και ερμηνεύει το 4.29% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Ενσυναίσθηση» και αντιπροσωπεύει τον τρίτο εσωτερικό παράγοντα της ψυχικής ανθεκτικότητας.

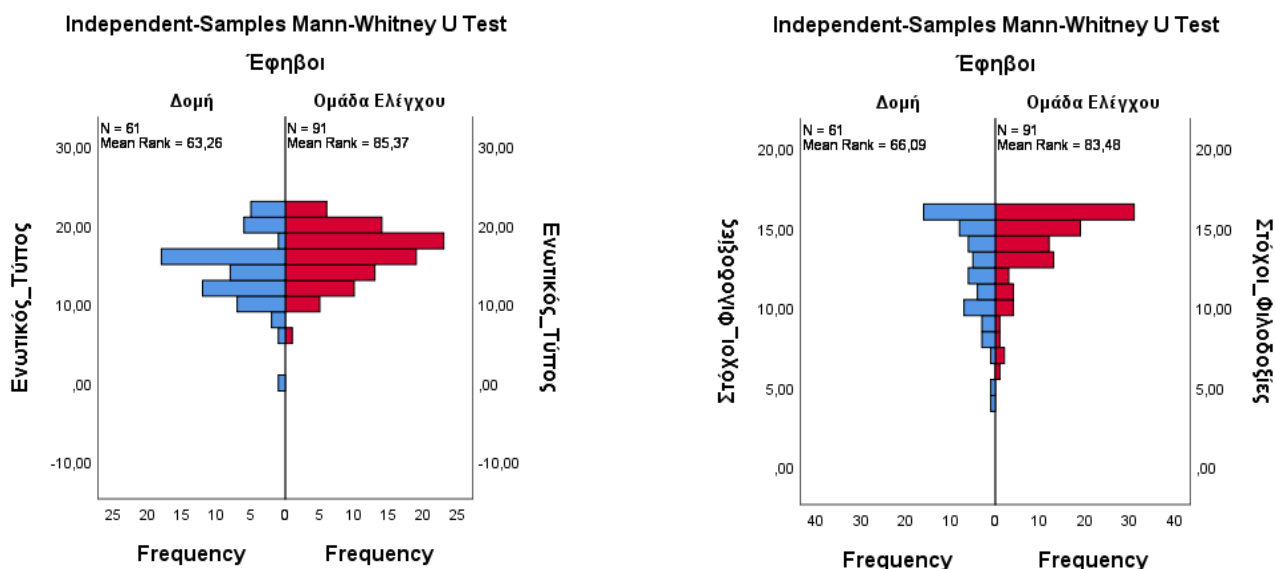
-
19. Προσπαθώ να καταλάβω τι περνάνε οι άλλοι άνθρωποι.....(.815)
22. Προσπαθώ να καταλάβω πώς νιώθουν και πώς σκέφτονται οι άλλοι άνθρωποι...(.730)
18. Νιώθω άσχημα όταν κάποιος στεναχωριέται.....(.625)
21. Μπορώ να υπερασπίζομαι τον εαυτό μου χωρίς να μειώνω/ ρίχνω τους άλλους...(.520)
16. Μπορώ να συνεργάζομαι με κάποιον που έχει διαφορετικές απόψεις/ γνώμες από εμένα.....(.396)
-

Παράγοντας 7: Αποτελείται από 2 προτάσεις, έχει ιδιοτιμή 1.29 και ερμηνεύει το 3.81% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Στόχοι - Φιλοδοξίες» και αντιπροσωπεύει τον δεύτερο από τους τρεις εσωτερικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας.

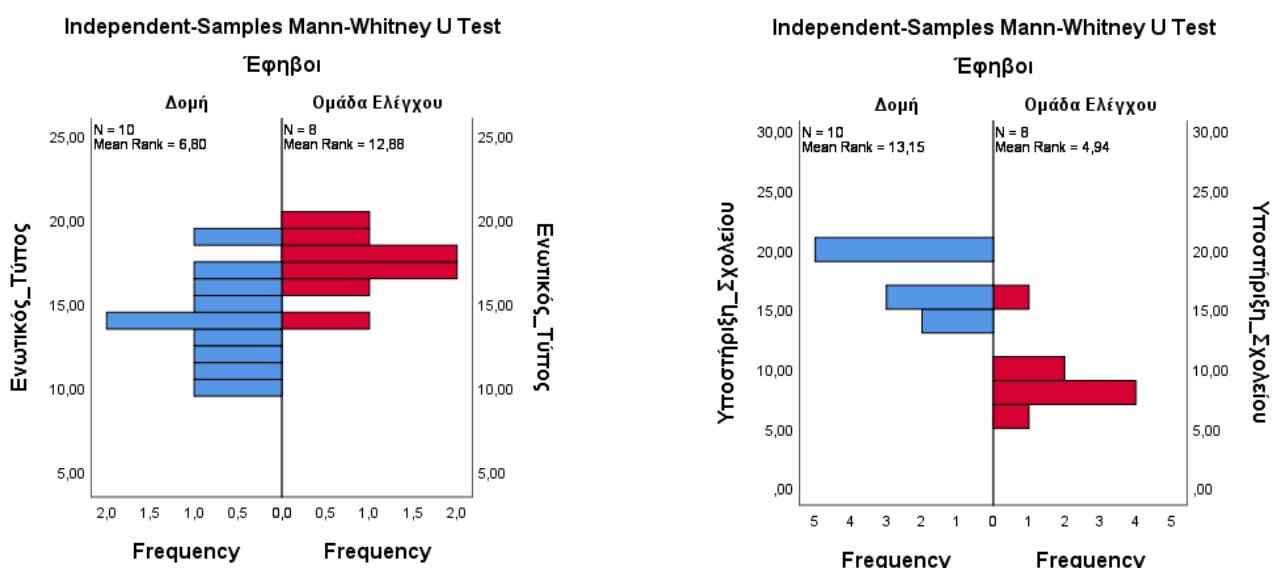
-
14. Κάνω σχέδια για να πάω στο Πανεπιστήμιο ή να συνεχίσω με κάτι άλλο όταν τελειώσω το Λύκειο.....(.818)
13. Έχω στόχο να τελειώσω το Γυμνάσιο και το Λύκειο.....(.702)
-

Παράρτημα Β

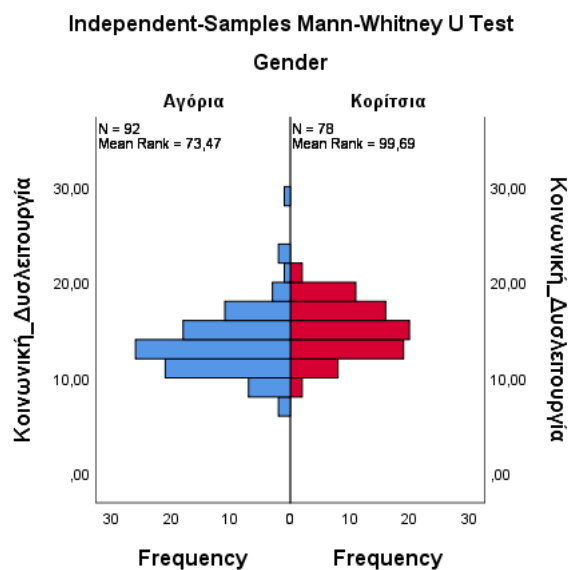
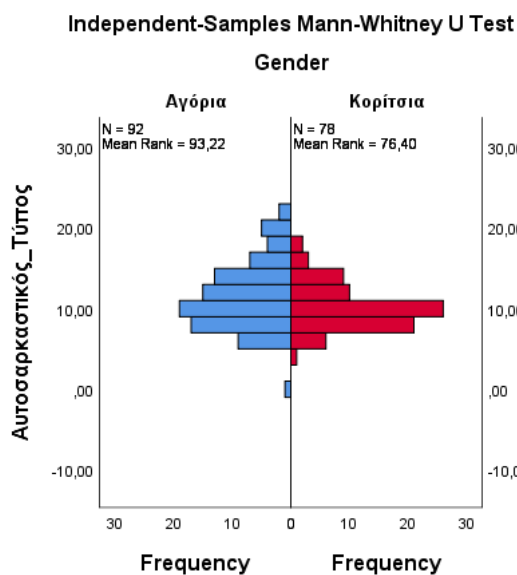
Διαγράμματα στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ ομάδων με τη χρήση Mann-Whitney U



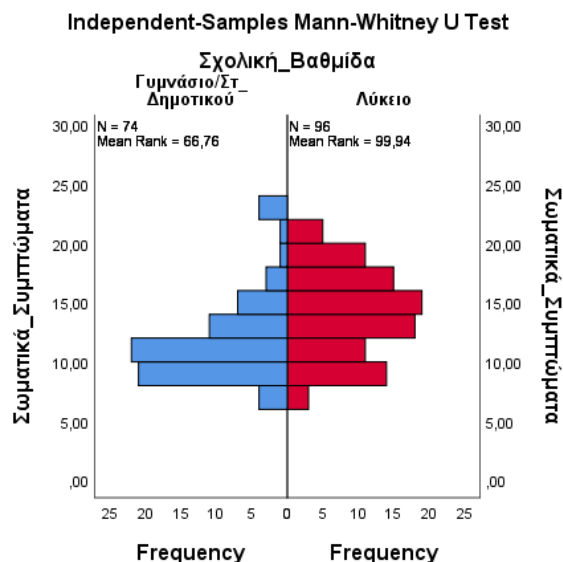
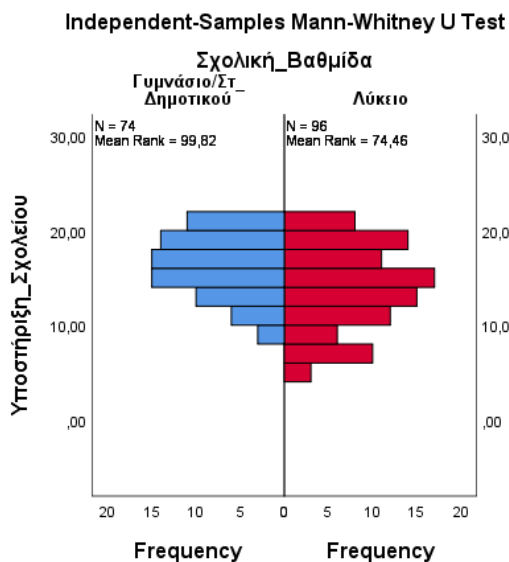
Διάγραμμα 4. Διαφορές μεταξύ των ομάδων των εφήβων των Δομών και της ομάδας ελέγχου με υψηλό επίπεδο ψυχικής υγείας, ως προς τον ενωτικό τύπο χιούμορ και τους στόχους-φιλοδοξίες.



Διάγραμμα 5. Διαφορές μεταξύ των ομάδων των εφήβων των Δομών και της ομάδας ελέγχου με χαμηλό επίπεδο ψυχικής υγείας, ως προς τον ενωτικό τύπο χιούμορ και την υποστήριξη από το σχολείο.



Διάγραμμα 6. Διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς τον ενωτικό τύπο χιούμορ και την κοινωνική δυσλειτουργία.



Διάγραμμα 7. Διαφορές μεταξύ παιδιών Γυμνασίου και Λυκείου ως προς την υποστήριξη από το σπίτι και τα σωματικά συμπτώματα.

Παράρτημα Γ

Επιστολή άδειας χορήγησης ερωτηματολογίων στις Δομές



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών

«Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία»

Βόλος, .../.../2021

ΘΕΜΑ: Υλοποίηση διπλωματικής εργασίας

Η παρούσα επιστολή, βεβαιώνει ότι η Σπύρου Γεωργία-Μαρία είναι φοιτήτρια στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία» του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής της Σχολής Ανθρωπιστικών & Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. .

Για την υλοποίηση της διπλωματικής εργασίας με θέμα «Τύποι χιούμορ και η σχέση τους με την ψυχική ανθεκτικότητα και ψυχική υγεία των εφήβων που διαμένουν σε Στέγες Προστασίας Παιδιού», θα ήταν σημαντικό να δοθούν στα παιδιά που φιλοξενούνται στη Δομή σας, τα ερωτηματολόγια: α) της Ψυχικής Ανθεκτικότητας, β) της Γενικής Υγείας και γ) των Τύπων Χιούμορ. Στη συνέχεια, θα γίνει συλλογή και επεξεργασία του υλικού για την υλοποίηση της μελέτης.

Με την παρούσα επιστολή, θα επιθυμούσαμε να μας δοθεί η άδεια διαμοιρασμού, συλλογής και επεξεργασίας των παραπάνω ερωτηματολογίων, συμπληρωμένα από τα παιδιά που διαμένουν στη Δομή σας, με στόχο την υλοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας. Η διαδικασία θα είναι σύμφωνη με τον κώδικα δεοντολογίας και τη σχετική νομοθεσία περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων, ενώ οι συμμετέχοντες θα διατηρήσουν την ανωνυμία τους.

Επιβλέπων Καθηγητής,
Κλεφτάρας Γεώργιος

Γεωργία Σπύρου

Υπεύθυνη Δομή

Παράρτημα Δ

Επιστολή γνωριμίας – Πρόλογος



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών

*«Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την
Εκπαίδευση και την Υγεία»*

Γεια σας παιδιά!

Το όνομά μου είναι Γεωργία και είμαι φοιτήτρια στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα της Συμβουλευτικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Αυτή τη στιγμή βρίσκομαι στη διαδικασία της διπλωματικής εργασίας, δηλαδή μιας έρευνας που είναι απαραίτητη για να ολοκληρώσω τις σπουδές μου. Το θέμα που μελετώ είναι οι τύποι χιούμορ, η ψυχική ανθεκτικότητα και η γενική υγεία των παιδιών ηλικίας 11 έως 18 ετών. Για να μπορέσω να τα καταφέρω, θα χρειαστώ τη βοήθειά σας. Θα ήθελα να συμπληρώσετε τις παρακάτω ερωτήσεις και να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε αυτές. Θέλω να σας διαβεβαιώσω ότι δεν θα κριθείτε για τις απαντήσεις σας και κανείς δεν θα γνωρίζει τι συμπληρώσατε, καθώς τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Αν χρειαστείτε οποιαδήποτε διευκρίνιση ή αν θέλετε να μάθετε τα αποτελέσματα της έρευνας, θα χαρώ να μου στείλετε μήνυμα στο mail: gemspyrou@gmail.com ή να με καλέσετε στο 6973312072.

Ευχαριστώ πολύ για τη βοήθειά σας!

Με εκτίμηση,

Γεωργία – Μαρία Σπύρου

Παράρτημα Ε

Ψυχομετρικά εργαλεία

Δημογραφικά στοιχεία

Παρακαλώ συμπλήρωσε με ένα Χ στο τετράγωνο της απάντησης που σου ταιριάζει ή συμπλήρωσε τα κενά με λέξεις, όπου χρειάζεται:

- Φύλο:
Αγόρι Κορίτσι
- Πόσων ετών είσαι; :
- Πότε γεννήθηκες:
Έτος Μήνας
- Τάξη:
ΣΤ΄ Δημοτικού
Α΄ Γυμνασίου Β΄ Γυμνασίου Γ΄ Γυμνασίου
Α΄ Λυκείου Β΄ Λυκείου Γ΄ Λυκείου
- Έχεις αδέρφια; :
Ναι Όχι
- Πόσα αδέρφια έχεις; :.....
- Έχεις επικοινωνία με κάποιο συγγενικό σου πρόσωπο (π.χ. αδέρφια, γονείς, νονούς κ.α.);
Ναι Όχι
- Πόσων ετών φιλοξενήθηκες πρώτη φορά σε Δομή; :.....χρονών

1^ο ΜΕΡΟΣ

Παρακαλώ διάβασε κάθε πρόταση και κύκλωσε την απάντηση που πιστεύεις ότι σου ταιριάζει. **Κύκλωσε μόνο μία απάντηση.** Δεν υπάρχει σωστό ή λάθος.

	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	Ισχύει πολύ
1. Όταν κάποιος κάνει ένα λάθος, συχνά θα τον πειράξω για το λάθος του.	1	2	3	4
2. Όταν είμαι στεναχωρημένος/λυπημένος, μπορώ να φτιάξω τη διάθεσή μου, σκεπτόμενος αστεία πράγματα.	1	2	3	4
3. Αφήνω τους ανθρώπους να με πειράζουν και να γελούν μαζί μου πιο πολύ από όσο θα έπρεπε.	1	2	3	4
4. Μου είναι εύκολο να κάνω τους άλλους να γελούν.	1	2	3	4
5. Ακόμη και αν κάτι είναι πολύ αστείο, δεν θα γελάσω ή θα αστεϊευτώ με αυτό, αν κάνει κάποιον να νιώσει άσχημα.	1	2	3	4
6. Όταν έχω ένα πρόβλημα, προσπαθώ να σκεφτώ κάτι αστείο σε σχέση με αυτό, για να νιώσω καλύτερα.	1	2	3	4
7. Συχνά υποτιμώ τον εαυτό μου όταν λέω αστεία ή όταν προσπαθώ να είμαι αστείος.	1	2	3	4
8. Συχνά κάνω τους άλλους να γελάσουν λέγοντας αστεία και αστείες ιστορίες.	1	2	3	4
9. Όταν λέω αστεία, δεν ανησυχώ αν θα ενοχληθεί κάποιος.	1	2	3	4
10. Όταν νιώθω φοβισμένος, βρίσκω ότι το γέλιο βοηθάει.	1	2	3	4
11. Όταν είμαι με φίλους ή την οικογένεια μου, φαίνεται ότι είμαι εκείνος που οι άλλοι κοροϊδεύουν ή γελούν μαζί του.	1	2	3	4
12. Δυσκολεύομαι να βρω αστεία πράγματα να πω όταν είμαι με άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4
13. Το να αφήνω τους άλλους να γελούν εις βάρος μου, είναι ο δικός μου τρόπος να κάνω τους φίλους και την οικογένεια χαρούμενους.	1	2	3	4

14. Δεν χρειάζεται να προσπαθήσω ιδιαίτερα για να κάνω τους ανθρώπους να γελάσουν - είμαι αστείος εκ του φυσικού μου.	1	2	3	4
15. Ποτέ δεν κοροϊδεύω τους άλλους, ακόμη κι αν όλοι οι φίλοι μου τους κοροϊδεύουν.	1	2	3	4
16. Συχνά προσπαθώ να κάνω τους άλλους να με συμπαθήσουν, λέγοντας κάτι αστείο για κάποιο ελάττωμά μου ή για λάθη που έχω κάνει.	1	2	3	4
17. Τα αστεία και οι αστείες ιστορίες μου κάνουν τους άλλους να γελούν.	1	2	3	4
18. Κάποιες φορές σκέφτομαι κάτι τόσο αστείο για κάποιον, που δεν μπορώ να κρατηθώ να μην το πω, ακόμη κι αν αυτό με βάλει σε μελάδες.	1	2	3	4
19. Όταν νιώσω ανασφαλής και άβολα σε μια κατάσταση, με βοηθά αν μπορέσω να πω κάτι αστείο.	1	2	3	4
20. Μπορώ να κάνω τους άλλους να γελάσουν.	1	2	3	4
21. Δεν μου αρέσει όταν οι άλλοι κοροϊδεύουν κάποιον, έτσι ώστε να τον κάνουν να φανεί ανόητος.	1	2	3	4
22. Θεωρώ ότι το να γελάς και να αστειεύσεις είναι καλοί τρόποι για να αντιμετωπίσεις προβλήματα.	1	2	3	4
23. Συχνά παρασύρομαι μειώνοντας τον εαυτό μου, αν αυτό μπορεί να κάνει τους φίλους και την οικογένειά μου να γελάσουν.	1	2	3	4
24. Συνήθως, προσπαθώ να σκεφτώ κάτι αστείο, όταν βρίσκομαι σε μια δύσκολη κατάσταση.	1	2	3	4

2^ο ΜΕΡΟΣ

Παρακαλώ διάβασε κάθε πρόταση και κύκλωσε την απάντηση που πιστεύεις ότι σου ταιριάζει. **Κύκλωσε μόνο μία απάντηση.** Δεν υπάρχει σωστό ή λάθος.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:					
A1	Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως
A2	Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A3	Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A4	Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A5	Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A6	Νιώθεις σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A7	Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B1	Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B2	Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B3	Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B4	Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B5	Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B6	Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B7	Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

C1	Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
C2	Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
C3	Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές, τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
C4	Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
C5	Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο
C6	Έχεις αισθανθεί ικανός/ή να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
C7	Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
D1	Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D2	Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D3	Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D4	Σου έχει περάσει απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
D5	Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D6	Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D7	Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται στο μυαλό;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

3^ο ΜΕΡΟΣ

Παρακαλώ διάβασε κάθε πρόταση και κύκλωσε την απάντηση που πιστεύεις ότι σου ταιριάζει. **Κύκλωσε μόνο μία απάντηση.** Δεν υπάρχει σωστό ή λάθος.

I) Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται στο σχολείο σου.	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	Ισχύει σίγουρα
1. Στο σχολείο μου υπάρχει κάποιος καθηγητής/τρια που νοιάζεται πραγματικά για μένα.	1	2	3	4
2. Στο σχολείο μου υπάρχει κάποιος καθηγητής/τρια που όταν τα καταφέρνω σε κάτι, μου το λέει.	1	2	3	4
3. Στο σχολείο μου υπάρχει κάποιος καθηγητής/τρια που πάντα θέλει να κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ.	1	2	3	4
4. Στο σχολείο μου υπάρχει κάποιος καθηγητής/τρια που με ακούει όταν έχω κάτι να πω.	1	2	3	4
5. Στο σχολείο μου υπάρχει κάποιος καθηγητής/τρια που πιστεύει ότι θα τα πάω καλά, θα επιτύχω.	1	2	3	4
II) Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν κάποιον ενήλικο (μεγάλο) άντρα/ γυναίκα, που δεν είναι γονιός/ παιδαγωγός ή καθηγητής/τρια της τάξης σου, όπως κάποιος συγγενής, οικογενειακός φίλος, προπονητής, κτλ.	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	Ισχύει σίγουρα
6. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που νοιάζεται πραγματικά για μένα.	1	2	3	4
7. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που όταν τα καταφέρνω σε κάτι, μου το λέει.	1	2	3	4
8. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που παρατηρεί/ καταλαβαίνει όταν είμαι αναστατωμένος/η με κάτι.	1	2	3	4
9. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που πιστεύει ότι θα τα πάω καλά, ότι θα επιτύχω.	1	2	3	4
10. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που πάντα θέλει να κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ.	1	2	3	4
11. Εκτός από το σπίτι και το σχολείο μου, υπάρχει κάποιος μεγάλος που εμπιστεύομαι.	1	2	3	4
III) Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται σε σένα και στο κατά πόσο πιστεύεις ότι ισχύουν για ΣΕΝΑ.	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	Ισχύει σίγουρα
12. Κάνω σχέδια και βάζω στόχους για το μέλλον μου.	1	2	3	4
13. Έχω στόχο να τελειώσω το Γυμνάσιο και το Λύκειο.	1	2	3	4
14. Κάνω σχέδια για να πάω στο Πανεπιστήμιο ή να συνεχίσω με κάτι άλλο όταν τελειώσω το Λύκειο.	1	2	3	4

15. Μπορώ να δίνω λύση στα προβλήματά μου.	1	2	3	4
16. Μπορώ να συνεργάζομαι με κάποιον που έχει διαφορετικές απόψεις/ γνώμες από εμένα.	1	2	3	4
17. Υπάρχουν πολλά πράγματα στα οποία τα καταφέρνω καλά.	1	2	3	4
18. Νιώθω άσχημα όταν κάποιος στεναχωριέται.	1	2	3	4
19. Προσπαθώ να καταλάβω τι περνάνε οι άλλοι άνθρωποι.	1	2	3	4
20. Μου αρέσει να συνεργάζομαι με άλλους (συμ)μαθητές/τριες της ηλικίας μου.	1	2	3	4
21. Μπορώ να υπερασπίζομαι τον εαυτό μου χωρίς να μειώνω/ ρίχνω τους άλλους.	1	2	3	4
22. Προσπαθώ να καταλάβω πώς νιώθουν και πώς σκέφτονται οι άλλοι άνθρωποι.	1	2	3	4
23. Υπάρχει ένας σκοπός στη ζωή μου.	1	2	3	4
24. Καταλαβαίνω για ποιο λόγο κάνω ό,τι κάνω.	1	2	3	4
IV) Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται στους φίλους/ στις φίλες σου.	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	Ισχύει σίγουρα
25. Έχω έναν φίλο/ μία φίλη περίπου στην ηλικία μου που νοιάζεται πραγματικά για μένα.	1	2	3	4
26. Έχω έναν φίλο/ μία φίλη περίπου στην ηλικία μου που μιλάει μαζί μου για τα προβλήματα μου.	1	2	3	4
27. Έχω ένα φίλο/ μία φίλη περίπου στην ηλικία μου που με βοηθάει όταν περνάω δύσκολες στιγμές.	1	2	3	4
28. Οι φίλοι/φίλες μου προσπαθούν να κάνουν το σωστό.	1	2	3	4
29. Οι φίλοι/φίλες μου τα πάνε καλά στο σχολείο.	1	2	3	4
VI) Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται στο σπίτι σου και στους παιδαγωγούς σου ή άλλους μεγάλους που ζούνε μαζί σου.	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	Ισχύει σίγουρα
30. Στο σπίτι μου τουλάχιστον ένας από τους παιδαγωγούς μου ή κάποιος άλλος μεγάλος (που ζει μαζί μας) περιμένει από εμένα να ακολουθώ τους κανόνες.	1	2	3	4
31. Στο σπίτι μου τουλάχιστον ένας από τους παιδαγωγούς μου ή κάποιος άλλος μεγάλος (που ζει μαζί μας) ενδιαφέρεται για τα μαθήματα του σχολείου μου.	1	2	3	4
32. Στο σπίτι μου τουλάχιστον ένας από τους παιδαγωγούς μου ή κάποιος άλλος μεγάλος (που ζει μαζί μας) πιστεύει ότι θα τα πάω καλά, θα επιτύχω.	1	2	3	4
33. Στο σπίτι μου τουλάχιστον ένας από τους παιδαγωγούς μου ή κάποιος άλλος μεγάλος (που ζει μαζί μας) πάντα θέλει να κάνω ότι καλύτερο μπορώ (να βάζω τα δυνατά μου).	1	2	3	4
34. Στο σπίτι μου τουλάχιστον ένας από τους παιδαγωγούς μου ή κάποιος άλλος μεγάλος (που ζει μαζί μας) με ακούει όταν έχω κάτι να πω.	1	2	3	4