

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Μελέτη Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας σε Γονείς Παιδιών με
Κινητικές Αναπηρίες»**

ΑΡΓΕΙΤΑΚΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ ΤΕ

Οκτώβριος 2015

ΣΠΑΡΤΗ 2015

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Μελέτη Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας σε Γονείς Παιδιών με Κινητικές Αναπηρίες»

ΑΡΓΕΙΤΑΚΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπουσα: Λαζακίδου Αθηνά, Επίκουρη Καθηγήτρια

Μέλος: Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια

Μέλος: Πρεζεράκος Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής

Οκτώβριος 2015

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΑΡΓΕΙΤΑΚΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Λαζακίδου Αθηνά Επίκουρη Καθηγήτρια

Σοφία Ζυγά Επίκουρη Καθηγήτρια

Πρεζεράκος Παναγιώτης Επίκουρος Καθηγητής

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την Διπλωματική μου εργασία, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με βοήθησαν για την εκπόνηση της.

Ευχαριστώ όλους τους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, αλλά ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την Δρ. Αθηνά Λαζακίδου, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για τις κατευθύνσεις που μου έδωσε κατά τη διάρκεια της εκπόνησής της.

Επίσης, εκφράζω τις ευχαριστίες μου για τη συμβουλευτική τους συνδρομή, στην Επίκουρο Καθηγήτρια και πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ. Ζυγά Σοφία, και στον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ. Πρεζεράκο Παναγιώτη, μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής.

Θερμά ευχαριστώ την οικογένειά μου που με στηρίζει σε όλες τις προσπάθειές μου.

Περίληψη

Στα παιδιά με κινητικά προβλήματα κάθε μέρα αρχίζει και τελειώνει με θεραπεία, η οποία ενσωματώνεται τόσο στη ζωή του παιδιού όσο και στη ζωή των γονέων και ολόκληρης της οικογένειας με αποτέλεσμα η ζωή του παιδιού γίνεται θεραποκεντρική. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη στέρηση της οικογενειακής ζωής, τόσο από τους γονείς όσο και από τα παιδιά, και το μόνιμο άγχος της πραγμάτωσης των θεραπευτικών στόχων. Έντονο άγχος λοιπόν και ενοχές αισθάνονται οι γονείς οι οποίοι πολλές φορές πιστεύουν ότι οι δικές τους προσπάθειες δεν είναι αρκετές. Σε περίπτωση επιδείνωσης ή στασιμότητας της κατάστασης του παιδιού αυξάνονται οι ενοχές τους και πολλοί γονείς εμφανίζουν συμπτώματα αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει, τη συχνότητα ανάπτυξης κατάθλιψης σε γονείς παιδιών με κινητικές αναπηρίες αναφορικά με τη παραγοντική δομή της κλίμακας ερωτηματολογίου του Beck – II, το οποίο προτείνει δυο παράγοντες οι οποίοι αντιστοιχούν σε διαφορετικές εκφάνσεις της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, ο πρώτος παράγοντας θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει τη σωματική και συναισθηματική διάσταση της αυτό - αναφερόμενης κατάθλιψης και ο δεύτερος παράγοντας θεωρείται, ότι αντανakλά τη γνωστική διάσπαση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Ως περίπτωση μελέτης και για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα και το δείγμα αποτέλεσαν γονείς κινητικά ανάπηρων παιδιών του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «**ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ**» κατά το χρονικό διάστημα από 1/7/2015 έως 31/8/2015 (N=126).

Ο σχεδιασμός είναι διερευνητικός, περιγραφικός. Προκειμένου να ολοκληρωθεί η παρούσα μελέτη, διενεργήθηκε αρχικά μία περιγραφική βιβλιογραφική αναζήτηση. Ως προς το ερευνητικό σκέλος της εργασίας, για τη συλλογή των δομένων πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα με σκοπό να διερευνήσει τη συχνότητα αλλά και τη μορφή ανάπτυξης κατάθλιψης σε γονείς παιδιών με κινητικές αναπηρίες, μέσω του ερωτηματολογίου του Beck – II, στο οποίο τέθηκε η κατώτατη κρίσιμη τιμή της κλίμακας που αποτελεί ένδειξη καταθλιπτικής διάθεσης των γονέων του δείγματος, συνεκτιμώντας με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια και ευαισθησία των παρακάτω τιμών:

Κλίμακα (0 – 9 δεν υπάρχει κατάθλιψη, (10 – 18) ήπια μορφή κατάθλιψης, (19 – 29) μέτρια μορφή κατάθλιψης, (30 – 63) σοβαρή μορφή κατάθλιψης, 63 και άνω πολύ σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

Για την καλύτερη μελέτη των στοιχείων της έρευνας και την καλύτερη ανάλυση των ευρημάτων της, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM – SPSS Statistics v.22.0 έκδοση για Windows. Σε όλες τις αναλύσεις τέθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% ($p=0,05$).

Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι, όσον αφορά τη συχνότητα κατάθλιψης των γονέων με κινητικά ανάπηρα τέκνα του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ», στο μεγαλύτερο ποσοστό φάνηκε να παρουσιάζει, μέτρια έως σοβαρή μορφή κατάθλιψης με κατανομή 85,7% του συνόλου του δείγματος.

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι, οι γονείς με κινητικά ανάπηρα παιδιά πράγματι βιώνουν μια από τις πιο στρεσογόνες εμπειρίες που η οικογένεια μπορεί να αντέξει και οι γονικές αντιδράσεις στην συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι το παιδί τους είναι διαφορετικό, περιλαμβάνουν σοκ, ενοχή, θυμό, θλίψη και άγχος που οδηγούν σε μεγάλο ποσοστό από μέτρια έως σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

Λέξεις Κλειδιά

Κατάθλιψη, γονείς παιδιών με κινητικές αναπηρίες, έντονο άγχος, γονικές αντιδράσεις, «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ», μορφές κατάθλιψης.

Abstract

When it comes to children with disabilities each day begins and ends with a treatment, which incorporates both in the child's life and the lives of the parents so that the child's life becomes 'treatment-central'. The results are the deprivation of family life, both parents' and children's and the permanent stress of achieving the therapeutic targets. So the parents feel intense anxiety and guilt and sometimes they believe that their own efforts are not enough. In case of deterioration or stagnation of the child's situation their guilt is increases and many parents show symptoms of anxiety and depression.

The aim of this thesis is to investigate the frequency of depression development in parents of children with disabilities concerning the factorial structure of the questionnaire-scale Beck – II, which proposes two factors correspond to different aspects of depression. Specifically, the first factor is considered to represent the physical and emotional dimension of self-stated depression and the second factor is considered that reflects the cognitive disruption of depressive symptomatology.

In order to collect data, a primary research was conducted as a study case and the sample were parents of physically disabled children from the private rehabilitation center which supports the 'WILL FOR THE CHILD' during the period from 07.01.2015 to 08.31.2015 (N = 126).

The design is exploratory, descriptive. At first, a descriptive literature search was performed. In the part of the work that has to do with research, a primary research for data collection was conducted in order to investigate the frequency and the form of developing depression from parents of children with disabilities, through the questionnaire Beck - II, where the minimum critical value that entered the scale indicates depressed mood of the sampled parents, considering with utmost precision and sensitivity of the following values:

Scale (0 – 9) there is no depression (10 – 18) mild form of depression (19 – 29) moderate form of depression (30 – 63) severe depression, (63 and over) very severe form of depression.

In favor for the better study of survey data and the better analysis of the findings, we used the statistical package IBM – SPSS Statistics v.22.0 version for Windows. The significance statistical level of all analyses was placed at 5% ($p = 0.05$).

The statistical analysis showed that concerning the frequency of depression of parents with disabled children, from the private supportive pediatric rehabilitation center "WILL FOR

THE CHILD", the biggest part seemed to present moderate to severe depression form with allocation of 85.7% from the entire sample.

It's been occurred that parents with physically disabled children actually experience one of the most stressful experiences that the family can face. Also, the parents' reactions to the reality that their child is different, including shock, guilt, anger, sadness and anxiety can lead to a high rate of moderate to severe depression.

Keywords

Depression, "WILL FOR THE CHILD", Stress, Parents' Reactions, Parents of physically disabled children, Forms of depression.

Συντομογραφίες

Συντομογραφία	Επεξήγηση
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
IBM	International Business Machine
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ΑΕΙ	Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα
Κ.Ν.Σ.	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΤΕΙ	Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα
ΜΕΚ	Μείζον Επεισόδιο Κατάθλιψης

Πίνακας περιεχομένων

<i>Ευχαριστίες</i>	<i>i</i>
<i>Περίληψη</i>	<i>ii</i>
<i>Λέξεις Κλειδιά</i>	<i>iii</i>
<i>Abstract</i>	<i>iv</i>
<i>Keywords</i>	<i>v</i>
<i>Συντομογραφίες</i>	<i>vi</i>
<i>Πίνακας περιεχομένων</i>	<i>vii</i>
<i>Λίστα Πινάκων</i>	<i>ix</i>
<i>Λίστα Σχημάτων</i>	<i>ix</i>
<i>Εισαγωγή</i>	<i>10</i>
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ Η ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	13
<i>Γενικά</i>	<i>13</i>
1.1. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	13
1.1.1 Έννοια του όρου της κατάθλιψης.....	13
1.1.2 Το καταθλιπτικό συναίσθημα – Κύριοι τύποι καταθλιπτικών διαταραχών.....	14
1.1.3 Η κατάθλιψη ως σύμπτωμα.....	16
1.1.3.1 Συμπτώματα της Κατάθλιψης.....	17
1.1.4 Αίτια της κατάθλιψης.....	19
1.1.5 Κλινικές μορφές της κατάθλιψης.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	24
<i>Γενικά</i>	<i>24</i>
2.1 Ανασκόπηση μελετών καταθλιπτικής συμπτωματολογίας γονέων με ανάπηρα παιδιά.....	24
2.2 Στρεσογόνοι παράγοντες γονέων με ανάπηρα παιδιά.....	26
2.2.1 Οικογενειακή επιβάρυνση.....	28
2.2.2 Η ψυχολογία των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά.....	29
2.2.2.1 Ψυχοκοινωνικές δυσκολίες των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά.....	29
2.3 Η ψυχική και η φυσική υγεία των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΤΟΥΣ – ΜΟΝΤΕΛΑ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΓΟΝΕΩΝ	34
<i>Γενικά</i>	<i>34</i>

3.1 Αντιδράσεις γονέων στην περίπτωση αναπηρίας του παιδιού τους	34
3.1.1 Βασικά θεωρητικά «μοντέλα» ερμηνείας των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων γονέων με ανάπηρα παιδιά	37
3.2 Εναλλαγές ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων και αντιλήψεων γονέων ανάπηρων παιδιών κατά τα στάδια εξέλιξης τους	41
3.2.1 Αλλαγές στην οικογένεια ανάπηρων παιδιών με την έναρξη του σχολείου	43
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	46
4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	46
<i>Γενικά.....</i>	<i>46</i>
<i>4.1.1. Μεθοδολογία.....</i>	<i>46</i>
<i>4.1.2 Στατιστική ανάλυση.....</i>	<i>47</i>
<i>4.1.3 Στοιχεία δεοντολογίας.....</i>	<i>48</i>
4.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	48
4.2.1 Περιγραφική ανάλυση στοιχείων έρευνας.....	48
<i>4.2.1.1 Ανάλυση και σχολιασμός δημογραφικών.....</i>	<i>48</i>
<i>4.2.1.2 Ανάλυση και σχολιασμός της συχνότητας καθώς και της μορφής κατάθλιψης που παρουσιάζουν οι γονείς με κινητικά ανάπηρα παιδιά του δείγματος</i>	<i>50</i>
<i>4.2.2 Συνδυαστική Ανάλυση</i>	<i>51</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο.....	58
<i>Συζήτηση – Συμπεράσματα.....</i>	<i>58</i>
<i>Προτάσεις.....</i>	<i>62</i>
<i>Περιορισμοί Έρευνας.....</i>	<i>64</i>
Βιβλιογραφία.....	65
Ξενόγλωσση	65
Ελληνική	67
Πηγές – Links	69
Παράρτημα I	70
Παράρτημα II.....	77
Διαγράμματα Περιγραφικών	77

Λίστα Πινάκων

Πίνακας 3.1 Μοντέλο ψυχικής κρίσης κατά την αποκάλυψη του προβλήματος (Πηγή: Dale, N., 2000).....	38
Πίνακας 4.1: Κατανομή ερωτηθέντων γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά ανά φύλο.....	48
Πίνακας 4.2. Κατανομή μορφωτικού επιπέδου γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά	49
Πίνακας 4.3. Κατανομή οικογενειακής κατάστασης γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά.....	49
Πίνακας 4.4. Κατανομή συχνότητας και μορφή κατάθλιψης γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά	50
Πίνακας 4.5. Κατανομή συχνότητας και μορφή κατάθλιψης γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά σε σχέση με το φύλο.....	52
Πίνακας 4.6. Κατανομή συχνότητας και μορφή κατάθλιψης γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο	53
Πίνακας 4.7. Κατανομή συχνότητας και μορφή κατάθλιψης γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση	55

Λίστα Σχημάτων

Σχήμα 3.1: Επίδραση της διάγνωσης στα προσωπικά διανοητικά σχήματα (κατασκευές)	39
---	----

Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται οι βασικότερες έννοιες που σχετίζονται με το θέμα της εν λόγω πτυχιακής. Ο σκοπός της ανάλυσης αυτής είναι η βέλτιστη κατανόηση του θέματος καθ' όλη την πορεία της ανάπτυξής του και της έρευνας που πρόκειται να ακολουθήσει.

Μεγάλος αριθμός μελετών, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, αναδεικνύουν τη σημασία της κατάθλιψης,¹ η οποία δεν έγκειται μόνο στο μεγάλο αριθμό των ανθρώπων που υποφέρουν, αλλά πρέπει να συνυπολογιστεί και ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής που απορρέει από αυτή την πάθηση, οι σοβαρές δυσκολίες για τη δημιουργία και τη διατήρηση στενών διαπροσωπικών σχέσεων, οι δυσκολίες επιτέλεσης ή διατήρησης επαγγελματικής δραστηριότητας και οι επιπτώσεις της σε όλη την οικογένεια.

Στα παιδιά με κινητικά προβλήματα κάθε μέρα αρχίζει και τελειώνει με θεραπεία, η οποία ενσωματώνεται τόσο στη ζωή του παιδιού όσο και στη ζωή των γονέων και ολόκληρης της οικογένειας με αποτέλεσμα η ζωή του παιδιού γίνεται θεραπευτική. Στόχος είναι η βελτίωση της κατάστασης του παιδιού. Σε πολλές περιπτώσεις όμως ξεπερνιέται το μέτρο. Η θεραπεία του παιδιού μετατρέπεται σε θεραπευτική εμμονή και οι στόχοι πολλές φορές δεν είναι πραγματοποιήσιμοι.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη στέρηση της οικογενειακής ζωής, τόσο από τους γονείς όσο και από τα παιδιά, και το μόνιμο άγχος της πραγμάτωσης των θεραπευτικών στόχων. Έντονο άγχος λοιπόν και ενοχές αισθάνονται οι γονείς οι οποίοι πολλές φορές πιστεύουν ότι οι δικές τους προσπάθειες δεν είναι αρκετές. Σε περίπτωση επιδείνωσης ή στασιμότητας της κατάστασης του παιδιού αυξάνονται οι ενοχές τους και πολλοί γονείς εμφανίζουν συμπτώματα αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης.

Εν κατακλείδι, το να έχει μια οικογένεια ένα παιδί με κινητικές αναπηρίες και να το μεγαλώνει, είναι από τις πιο στρεσογόνες εμπειρίες που η οικογένεια μπορεί να αντέξει. Οι γονικές αντιδράσεις στην συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι το παιδί τους είναι διαφορετικό, περιλαμβάνουν σοκ, κατάθλιψη, ενοχή, θυμό, θλίψη και άγχος. Ο καθένας

¹ Πηγή: Κατσαούνη Μαρία, BSc (Hons) – MSc Ψυχολόγος Υγείας: <http://www.psychology.gr/blog/103>

διαχειρίζεται διαφορετικά καθένα απ' αυτά τα συναισθήματα και μπορεί να παραμείνει σε κάποιο στάδιο, περισσότερο από κάποιον άλλο. Κάποιοι γονείς αντιλαμβάνονται το ανάπηρο παιδί σαν προέκταση του εαυτού τους και μπορεί να αισθάνονται ντροπή, κοινωνική απόρριψη, γελοιοποίηση και αμηχανία. Οι γονικές αντιδράσεις μπορεί να επηρεάζονται από την οικονομική κατάσταση, από χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αλλά και τη σταθερότητα του γάμου. Η αρχική γονική αντίδραση μπορεί να ξεκινήσει από μια περίοδο προσαρμογής και να συνεχιστεί με την επαναδιοργάνωση της καθημερινής ζωής της οικογένειας. Ή μπορεί η συναισθηματική ολοκλήρωση να μην πραγματοποιηθεί ποτέ. Τότε πρέπει και να αποφασίσουν αν τοποθετήσουν το παιδί σε ίδρυμα, μια πολύ στρεσογόνα απόφαση για την οικογένεια (Cohen, M., 1982).

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει, τη συχνότητα ανάπτυξης κατάθλιψης σε γονείς παιδιών με κινητικές αναπηρίες αναφορικά με τη παραγοντική δομή της κλίμακας ερωτηματολογίου του Beck – II, το οποίο προτείνει δυο παράγοντες οι οποίοι αντιστοιχούν σε διαφορετικές εκφάνσεις της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, ο πρώτος παράγοντας θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει τη σωματική και συναισθηματική διάσταση της αυτό - αναφερόμενης κατάθλιψης και ο δεύτερος παράγοντας θεωρείται, ότι αντανακλά τη γνωστική διάσπαση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Επίσης, θα διερευνηθεί η κατώτατη κρίσιμη τιμή της κλίμακας που θα αποτελεί ένδειξη καταθλιπτικής διάθεσης των γονέων του δείγματος, συνεκτιμώντας τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια και ευαισθησία της συγκεκριμένης τιμής.

Στόχος της είναι, να εξετάσει τη σχέση των δημογραφικών παραγόντων (φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο και συζυγική κατάσταση), με τα καταθλιπτικά συμπτώματα των γονέων με παιδιά που παρουσιάζουν κινητικές αναπηρίες έτσι όπως αυτά αξιολογούνται από το ερωτηματολόγιο Beck – II.

Το *πρώτο κεφάλαιο* επικεντρώνεται στην ψυχική διαταραχή της κατάθλιψης ως σύμπτωμα, καταγράφονται τα αίτια της και αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και οδηγούν σε κατάθλιψη.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* περιγράφονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα των γονέων με παιδιά που παρουσιάζουν κινητικές αναπηρίες και συγκεκριμένα η σωματική και συναισθηματική διάσταση της αυτό - αναφερόμενης κατάθλιψης καθώς και η γνωστική διάσπαση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Στο *τρίτο κεφάλαιο* γίνεται αναφορά στις στάσεις που ακολουθούν οι γονείς κατά τη διάρκεια προσαρμογής στην τυχόν κινητική αναπηρία του παιδιού τους και στα βασικά θεωρητικά «μοντέλα» ερμηνείας των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων των γονέων αυτών.

Στο *τέταρτο κεφάλαιο* γίνεται η στατιστική ανάλυση, η παρουσίαση και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων της έρευνας, έτσι όπως αυτά διαμορφώθηκαν από τις απαντήσεις γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά στο ερωτηματολόγιο του Beck II. Επίσης, περιλαμβάνονται πίνακες και διαγράμματα ορισμένων βασικών στοιχείων των αποτελεσμάτων.

Τέλος, στο *πέμπτο κεφάλαιο* παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που απορρέουν από την προαναφερθείσα πρωτογενή έρευνα, οι τυχόν δυσκολίες αλλά και οι περιορισμοί που πρόέκυψαν κατά την εκπόνησή της.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ Η ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Γενικά

Η κατάθλιψη είναι η νόσος του 21ου αιώνα για το σύγχρονο δυτικό κόσμο. Η κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερη ψυχική διαταραχή και είναι η νόσος που πέρα από το δυσβάστακτο ψυχικό πόνο διαταράσσει τη καθημερινότητα και τη ποιότητα της ζωής του ατόμου.

Η κατάθλιψη έχει πολλά πρόσωπα και μπορεί να πάρει πολλές μορφές με ποσοτικές και ποιοτικές παραλλαγές των συμπτωμάτων της. Επιπρόσθετα η συγκεκριμένη νόσος δεν εμφανίζεται με τα ίδια συμπτώματα σε όλα τα άτομα, καθώς ο άνθρωπος που έχει κατάθλιψη υποφέρει πολύ και αυτό διαχέεται σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του και σε όλες τις δραστηριότητές του (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης). Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από αυτήν. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.)² το έτος 2020 θα αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου και αναπηρίας.

1.1. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1.1.1 Έννοια του όρου της κατάθλιψης

Ο όρος κατάθλιψη³ στην ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο (οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά απ' ότι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη, ως σύνδρομα). Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και γι' αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι όμως το μοναδικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και

² Άρθρο «Κατάθλιψη: Αίτια και αντιμετώπιση» του Κοκκώλη Κων/νου ψυχίατρου στον ιστότοπο: <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/155/katathlipsi-aitia-kai-antimetwpsisi.html>

³ Πηγή: <http://www.stress.gr> site του ψυχιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία.

Εναλλακτικά ο όρος χρησιμοποιείται για να δηλώσει την προαναφερθείσα διαταραχή στη συναισθηματική διάθεση, οπότε μιλούμε για ένα κλινικό σύνδρομο που μπορεί να εμφανισθεί πρωτογενώς ή δευτερογενώς σαν επιπλοκή πλήθους ψυχικών και σωματικών διαταραχών, άλλοτε για να δηλώσει το σύμπτωμα της κατάθλιψης (δηλαδή το αρνητικό συναίσθημα) και άλλοτε την συναισθηματική διαταραχή η οποία μπορεί να είναι ένα καταθλιπτικό επεισόδιο στα πλαίσια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, διπολικής διαταραχής, δυσθυμίας, κυκλοθυμίας, είτε οφειλόμενο σε μία γενική ιατρική κατάσταση, ή διαταραχή σχετιζόμενη με ουσίες⁴.

1.1.2 Το καταθλιπτικό συναίσθημα – Κύριοι τύποι καταθλιπτικών διαταραχών

Η κατάθλιψη δεν είναι το ίδιο με το φυσιολογικό, καταθλιπτικό συναίσθημα που περνά γρήγορα και έχει μικρότερη ένταση. Στην κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση, διαρκεί περισσότερο και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς της ζωής του.

Η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή που επηρεάζει τη διάθεση, τις σκέψεις και συνήθως συνοδεύεται από σωματικές ενοχλήσεις. Επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, τον ύπνο του, τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του και τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται.

Παρακάτω αναφέρονται οι κύριοι τύποι καταθλιπτικών διαταραχών. Ωστόσο, και στα πλαίσια του κάθε τύπου υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον αριθμό των συμπτωμάτων, την σοβαρότητα και την εμμονή τους (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή - Αζίζι, Α., 2006).

➤ **Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή:** Εκδηλώνεται με ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να εργαστεί, να μελετήσει, να κοιμηθεί, να φάει και να απολαύσει ευχάριστες δραστηριότητες, όπως έκανε στο παρελθόν.

⁴ Άθρο «Κατάθλιψη: Αίτια και αντιμετώπιση» του Κοκκώλη Κων/νου ψυχιάτρου στον ιστότοπο: <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/155/katathlipsi-aitia-kai-antimetwpisi.html>

Ένα τέτοιο επεισόδιο κατάθλιψης μπορεί να συμβεί μόνο μία φορά, αλλά συνήθως συμβαίνει περισσότερες.

➤ **Δυσθυμική Διαταραχή:** Είναι μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια. Δεν καθιστά το άτομο ανίκανο, αλλά εξαιτίας της μακροχρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης, δεν το αφήνει να αισθανθεί και να λειτουργήσει καλά.

➤ **Διπολικές Διαταραχές (I και II):** Στις Διπολικές Διαταραχές τα άτομα παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης και διαστήματα ευφορικής διάθεσης που ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας – συχνά με διαταραγμένη σκέψη ή διαστήματα υπομανίας. Η υπομανία είναι ένα σύνδρομο παρόμοιο με την μανία, αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο και δεν επηρεάζει τόσο σημαντικά τη λειτουργικότητα. Σε κάποιες περιπτώσεις η υπομανία αυξάνει τη λειτουργικότητα του ατόμου και η φάση της υπομανίας βιώνεται από το άτομο σαν θετική εμπειρία. Πιο συγκεκριμένα το βασικό στοιχείο της Διπολικής Διαταραχής I (που λεγόταν παλαιότερα μανιοκαταθλιπτική νόσος), είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων Μανιακών ή Μεικτών επεισοδίων (Το Μεικτό επεισόδιο είναι συνδυασμός Μανιακού και Καταθλιπτικού επεισοδίου). Τα άτομα με Διπολική Διαταραχή I έχουν και ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά επεισόδια. Όσον αφορά την Διπολική Διαταραχή II, χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων Μείζονων Καταθλιπτικών επεισοδίων που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα Υπομανιακό επεισόδιο. Σε αντίθεση με το Μανιακό επεισόδιο, ένα Υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Η συμπεριφορά των ατόμων αυτών τις περισσότερες φορές δεν γίνεται αντιληπτή από τους άλλους ως προβληματική αντίθετα μπορεί να θεωρούνται άτομα ιδιαίτερα ζωντανά και ενεργητικά.

➤ **Κυκλοθυμική Διαταραχή:** Το βασικό χαρακτηριστικό της Κυκλοθυμικής Διαταραχής είναι μία χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Έτσι, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο ετών παρατηρούνται πολυάριθμοι περίοδοι με υπομανιακά συμπτώματα καθώς και πολυάριθμοι περίοδοι με καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν πληρούν όμως ποτέ τα κριτήρια για Μανιακό ή Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο.

➤ **Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά:** Στην κατηγορία

αυτή υπάγονται κυρίως:

- Η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή (δηλαδή η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, λίγες μέρες πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσης),
- Η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή (όπου τα συμπτώματα δεν έχουν την ίδια βαρύτητα με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής),
- Η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή (όπου τα συμπτώματα είναι μεν σημαντικής βαρύτητας, δεν διαρκούν όμως αρκετά ώστε να πληρούν τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής),
- Η μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή, η εμφάνιση δηλαδή καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως συνέχεια ενός ψυχωτικού επεισοδίου (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή - Αζίζι, Α., 2006).

1.1.3 Η κατάθλιψη ως σύμπτωμα

Η κατάθλιψη λοιπόν όπως την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα⁵ έχει μια ποιοτική συνιστώσα αλλά και μια ποσοτική, η οποία μπορεί να εκτείνεται από το ελαφρύ αίσθημα λύπης έως την απέραντη κατήφεια και δυστυχία. Η ποσοτική αυτή συνιστώσα εξαρτάται προφανώς από την ένταση του ερεθίσματος που προκάλεσε την διάθεση αυτή. Π.χ. εάν κάποιος φοιτητής αποτύχει στις εξετάσεις ενός μαθήματος είναι φανερό ότι θα νιώσει λυπημένος εάν κάποιος χωρίσει με την φίλη του ή τον φίλο του μάλλον θα νιώσει περισσότερο λυπημένος, ενώ εάν χάσει κάποιο αγαπημένο του οικογενειακό πρόσωπο ίσως στην αρχή νιώσει δυστυχισμένος.

Αυτό βεβαίως είναι ένα παράδειγμα διότι στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν απόλυτα ερεθίσματα αλλά μόνο σχετικά, εξαρτώνται δηλαδή από την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδει κανείς στο ερέθισμα. Αυτό πάντως που είναι κοινό σε όλες τις περιπτώσεις είναι ότι κατάθλιψη, λύπη, μελαγχολία προκαλείται από ερεθίσματα που γενικά εκλαμβάνονται από τον άνθρωπο ως απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος. Η κατάθλιψη όπως χρησιμοποιούμε τον όρο καθημερινά είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία.

⁵ Πηγή: <http://www.stress.gr> site του ψυχιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή εμπειρία. Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και για την μικρού βαθμού λύπη και άλλη μόνο για πιο έντονες καταστάσεις), ωστόσο όλοι καταλαβαίνουμε περίπου την σημασία της. Ως τέτοια εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριοριζόμενη. Είμαστε στεναχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή μας επανέρχεται.

Οι διακυμάνσεις αυτές της διάθεσης είναι απόλυτα φυσιολογικές και συμβαίνουν πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας. Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μια άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού κλπ. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται.

1.1.3.1 Συμπτώματα της Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη εμφανίζεται με μία σειρά από συμπτώματα που επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου. Δεν είναι απαραίτητο κάποιος που έχει κατάθλιψη να παρουσιάζει όλα τα συμπτώματα της διαταραχής. Ορισμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν πολλά, ορισμένοι λιγότερα. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρει σε κάθε άτομο, αλλά διαφοροποιείται και στο ίδιο άτομο με την πάροδο του χρόνου.

Πιο συγκεκριμένα, τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη, είναι τα εξής:

- Καταθλιπτική διάθεση που διαρκεί το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα, για ένα διάστημα δύο εβδομάδων.
- Απώλεια της ευχαρίστησης και μείωση του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που στο παρελθόν το άτομο ήθελε και του άρεσε να κάνει.
- Άγχος παρατηρείται ορισμένες φορές με τη μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου,

αισθήματος επικείμενου κινδύνου.

- Διαταραχές στον ύπνο. Το σύμπτωμα αυτό παρουσιάζεται με διάφορους τρόπους. Έτσι μερικοί άνθρωποι με κατάθλιψη κοιμούνται πάρα πολλές ώρες, μερικοί δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, ενώ άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, δηλαδή ξυπνούν πολλές φορές στη διάρκεια της νύχτας ή δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν. Η πιο συνηθισμένη διαταραχή του ύπνου είναι η πρωινή αφύπνιση, στην οποία το άτομο ξυπνά πολύ νωρίς το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

- Διαταραχές της όρεξης. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης, με πιθανό επακόλουθο την απώλεια βάρους. Ωστόσο μπορεί σε μικρότερη συχνότητα να παρατηρηθεί το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή αυξημένη όρεξη για φαγητό και αύξηση του σωματικού βάρους καθώς και κρίσεις βουλιμίας με υπερφαγικά επεισόδια.

- Κόπωση, εξάντληση, απώλεια ενεργητικότητας. Συχνά το άτομο παραπονιέται ότι αισθάνεται κόπωση ή εξάντληση, σαν όλη η ενέργεια ή η ζωτικότητα του να έχει φύγει. Μπορεί να παραμείνει σε αδράνεια για όλη τη διάρκεια της ημέρας.

- Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης. Ακόμα κι αν το άτομο έχει σεξουαλικές επαφές, δεν το επιθυμεί και δεν του προκαλεί καμία ευχαρίστηση.

- Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας, ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον. Το άτομο τα βλέπει όλα μαύρα και πιστεύει πως έτσι θα παραμείνουν.

- Δυσκολία στη συγκέντρωση, τη σκέψη, τη μνήμη και τη λήψη αποφάσεων. Η ενασχόληση με τις καταθλιπτικές σκέψεις είναι τόσο έντονη και επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό τη συγκέντρωση ώστε συχνά τα άτομα με κατάθλιψη αναφέρουν δυσκολία στο διάβασμα ή στην παρακολούθηση τηλεόρασης.

- Αισθήματα και σκέψεις ενοχής, αναξιότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Το άτομο μπορεί να κατηγορεί τον εαυτό του σε υπερβολικό βαθμό για ότι αρνητικό συμβαίνει, να πιστεύει ότι τιμωρείται για λάθη του παρελθόντος, ότι δεν αξίζει τίποτα, ότι είναι ένα μηδενικό.

- Σωματικά συμπτώματα που δεν ερμηνεύονται από ιατρικές εξετάσεις και δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία όπως: πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, κράμπες, ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, πόνος στο στήθος.

- Εμμονή σε σκέψεις θανάτου και ιδέες αυτοκτονίας. Μερικές φορές το άτομο που

έχει κατάθλιψη νιώθει τόσο απελπισμένο που κάνει σκέψεις αυτοκτονίας. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης. Σε άτομα με βαριά κατάθλιψη ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα αυξημένος (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α., 2006).

Για να δοθεί η διάγνωση της κατάθλιψης χρειάζεται να υπάρχουν πέντε από τα παραπάνω συμπτώματα. Σε αυτά θα πρέπει οπωσδήποτε να συμπεριλαμβάνεται το πρώτο σύμπτωμα ή το δεύτερο σύμπτωμα.

1.1.4 Αίτια της κατάθλιψης

Το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαριστεί είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει ορισμένους παράγοντες⁶ που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό, ώστε να νοσήσει κάποιος από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη μ' αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης:

➤ Γενετικοί παράγοντες

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει

⁶ Πηγή: <http://www.stress.gr> site του ψυχιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος.

➤ **Βιολογικοί παράγοντες**

α) Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν τη λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν:

- Παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων).
- Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση.
- Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος.
- Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντι-υπερτασικό Αλντομέτ (αλφα-μεθυλντόπα) και το αλκοόλ.

β) Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στη δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της ιατρικής γενικότερα σ' αυτόν τον αιώνα. Στη δεκαετία του 1950 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης πάθαιναν σαν παρενέργεια κατάθλιψη.

Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο.

Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. Από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα πολλά έχουμε μάθει για την λειτουργία των νευρομεταβιβαστών και τον ρόλο τους στην κατάθλιψη. Παρ' ότι οι μηχανισμοί αυτοί είναι πολύ περίπλοκοι και δεν είναι δυνατό να αναφερθούν εδώ, ωστόσο στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να ανεβάσουν την συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού.

➤ **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

α) Παράγοντες που δρουν νωρίς στην ζωή: Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π.χ. θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών κ.λπ.) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι.

β) Παράγοντες που δρουν αργότερα :

- Γεγονότα Ζωής: Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη.

- Τρόπος σκέψης: Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να «παραμορφώνουν» τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν.

1.1.5 Κλινικές μορφές της κατάθλιψης

Στις δύο πρόσφατες αναθεωρήσεις των ταξινομικών συστημάτων (DSM-IV και ICD-10) περιλαμβάνονται, με μικρές διαφοροποιήσεις, οι κλινικές μορφές της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Στο DSM-IV και στα πλαίσια της αμιγούς καταθλιπτικής διαταραχής περιλαμβάνονται η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, το μοναδικό καταθλιπτικό επεισόδιο, η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, και η δυσθυμική διαταραχή. Στην κατηγορία της διπολικής I συναισθηματικής διαταραχής περιλαμβάνονται το καταθλιπτικό επεισόδιο, το μικτό επεισόδιο, το μη καθοριζόμενο επεισόδιο, η διπολική II διαταραχή, η κυκλοθυμική διαταραχή, η διπολική διαταραχή, η διαταραχή του συναισθήματος που οφείλεται σε γενική σωματική πάθηση και η διαταραχή του συναισθήματος που οφείλεται σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Για όλες τις πιο πάνω περιγραφείσες μορφές προβλέπεται, ανάλογα με τη βαρύτητα, μία κλίμακα με τις ακόλουθες διαβαθμίσεις (Χριστοδούλου, Γ.Ν., 1996):

- Ήπια
- Μέτρια
- Έντονη, χωρίς ψυχωσικά στοιχεία
- Έντονη, με ψυχωσικά στοιχεία
- Σε μερική ύφεση
- Σε πλήρη ύφεση
- Μη καθοριζόμενη

Στο δεύτερο ταξινομικό σύστημα των ψυχικών διαταραχών (ICD-10) προβλέπεται παρόμοια κατηγοριοποίηση των καταθλιπτικών εικόνων, με ελάχιστες διαφορές. Έτσι, στην κατηγορία της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής περιλαμβάνονται το ήπιας ή μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη τρέχον επεισόδιο, χωρίς ή με σωματικά συμπτώματα, το έντονης κατάθλιψη τρέχον επεισόδιο χωρίς ή με ψυχωσικά συμπτώματα, το μικτό τρέχον επεισόδιο και η διπολική, σε αποδρομή, διαταραχή.

Στην κατηγορία του καταθλιπτικού επεισοδίου περιλαμβάνονται:

- Το ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ή με σωματικά συμπτώματα,
- Το μέτριο καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ή με σωματικά συμπτώματα,
- Το έντονο καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ή με ψυχωσικά συμπτώματα,
- Τα άλλα καταθλιπτικά επεισόδια και το μη καθοριζόμενο καταθλιπτικό

επεισόδιο.

Στις συναισθηματικές διαταραχές περιλαμβάνονται η κυκλοθυμία, η δυσθυμία, οι άλλες επίμονες συναισθηματικές διαταραχές και οι μη καθοριζόμενες επίμονες συναισθηματικές διαταραχές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Γενικά

Κατά τον (Cohen, M., 1982), η γέννηση ενός παιδιού συνήθως αναμένεται με μεγάλο ενθουσιασμό και πολλές προσδοκίες για ένα μέλλον γεμάτο με ευτυχία και επιτυχία. Όλα αυτά όμως ματαιώνονται όταν προκύπτει σωματική αναπηρία στο ίδιο το παιδί. Η οικογένεια η οποία μεγαλώνει αυτό το παιδί, θα αλλάξει κατά κάποιο τρόπο. Οι γονικές αντιδράσεις σε κάθε αναπηρία σχεδόν, ακολουθούν ορισμένα στάδια. Η συγκεκριμένη έρευνα φαίνεται να δείχνει ότι η σοβαρότητα της αναπηρίας και ο βαθμός της εξάρτησης του παιδιού από την οικογένεια είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας της αποδοχής του, παρά ο τύπος και το μέγεθος της αναπηρίας.

2.1 Ανασκόπηση μελετών καταθλιπτικής συμπτωματολογίας γονέων με ανάπηρα παιδιά

Η έρευνα του Eakes, G., Georgene, 1995), με δείγμα τέσσερα (4) ζευγάρια και δύο μητέρες έδειξε ότι οκτώ στους δέκα (8/10) γονείς παρουσίαζαν κατάθλιψη. Οι δύο γονείς που δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη ήταν ένα Αφρικανό – Αμερικάνικο ζευγάρι. Οι γονείς περιέγραψαν ότι ένιωθαν τα εξής συναισθήματα: δυσπιστία, θυμό, σοκ, θλίψη, σύγχυση, απογοήτευση, απόγνωση – απελπισία, μελαγχολία. Πέντε στους οκτώ (5/8) γονείς που εμφάνισαν κατάθλιψη έκαναν συνολικά είκοσι (27) αναφορές σε συναισθήματα θυμού και σύγχυσης. Δύο στους δέκα (2/10) γονείς ένιωθαν με την ίδια ένταση τα συναισθήματα τους, Από την αρχική διαπίστωση της αναπηρίας μέχρι την μετέπειτα ανατροφή του παιδιού. Πέντε στους δέκα (5/10) γονείς ανέφεραν ότι το συναίσθημα του θυμού που ένιωθαν ήταν αρχικά περισσότερο απ' ότι μετέπειτα καθώς μεγάλωνε το παιδί.

Σύμφωνα με την έρευνα που έκανε το τμήμα της κλινικής ψυχολογίας του Εθνικού Αυστραλιανού Πανεπιστημίου το 2003 και συγκεκριμένα, το δεύτερο μέρος της έρευνας περιελάμβανε εβδομήντα ένα (71) γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: ποσοστό 39,4% ξεσπούσε συχνά σε κλάματα, όταν σκεφτόταν ότι το παιδί του έχει μία σοβαρή αναπηρία. Ποσοστό 64,8% δεν μπορούσε να δεχτεί ότι το παιδί του έπασχε από

σοβαρή αναπηρία. Ποσοστό 56,3% ένιωθε αδικία που το παιδί του ήταν «άρρωστο». Ποσοστό 32,4% είχε κατάθλιψη και το 33% άγχος. Πρέπει να σημειωθεί ότι στο ποσοστό των γονέων που είχαν άγχος, η σχέση τους με το παιδί δεν ήταν πολύ θετική και απουσίαζε η στενότητα και η εμπιστοσύνη (Australian National University, Psychology Clinic, 2003).

Στην έρευνα που έγινε στο νοσοκομείο Grayling well από τους (Grad, J. και Sainsbury, P.,1963) προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα σχετικά με την επιβάρυνση των οικογενειών από την παρουσία ενός ατόμου με ειδικές κινητικές ανάγκες μέσα στην οικογένεια: Τα 2/3 των οικογενειών υποφέρουν λόγω της αρρώστιας του ατόμου με ειδικές ανάγκες, το 61% από τις 410 οικογένειες υποφέρει για περίπου δύο χρόνια, το 50% παρουσιάζει αυξημένη ανησυχία εξαιτίας της έννοιας τους για το άτομο με κινητικά προβλήματα, 1/5 από αυτούς παρουσίασε συμπτώματα νεύρωσης (κατάθλιψη, πονοκεφάλους κ.τ.λ.) λόγω της συμπεριφοράς του παιδιού τους, το 1/3 περιόρισε τις διακοπές του, το 1/3 διαταράχθηκε η οικογενειακή του ισορροπία, το 1/4 μειώθηκε το εισόδημα τους τουλάχιστον κατά 10% και το 1/3 διαταράχθηκαν και τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας.

Μέχρι πρόσφατα, υπήρχε η τάση οι ερευνητές αλλά και οι επαγγελματίες που ασχολούνταν με οικογένειες παιδιών με αναπηρία να εστιάζουν το ερευνητικό τους ενδιαφέρον αλλά και την προσοχή τους στις αρνητικές και παθολογικές αντιδράσεις των γονέων παιδιών με αναπηρία. Παρ όλο που οι γονείς πιθανόν να βιώνουν το σύνολο των συναισθηματικών καταστάσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω, κατά τη διάρκεια της ζωής του παιδιού τους με ποικιλομορφία στην ένταση, στο χρόνο και στην ποιότητα εντούτοις κάποιοι από αυτούς τους γονείς μιλάνε και για θετικές εμπειρίες και συναισθήματα (Dale, N., 2000, Πολεμικός, N., & Τσιμπιδάκη, 2002, Fewel R.,1986, Dunst et al, 1986).

Άλλωστε ας μη ξεχνάμε ότι παρόλα τα εμπόδια που δημιουργούνται στην ομαλή ανάπτυξη στο δεσμό γονέα – παιδιού, εξαιτίας της παιδικής αναπηρίας, η μεγάλη πλειοψηφία των οικογενειών δημιουργεί ισχυρούς δεσμούς με τα ανάπηρα παιδιά τους γεγονός που αποδεικνύει την ικανότητα προσαρμογής των οικογενειών (Dale, N., 2000).

Το να είσαι γονέας σε οικογένεια με παιδί με κινητική αναπηρία δεν είναι εύκολο έργο. Αν και η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι περισσότεροι γονείς (Gallias, M., 1989, Dale, N., 2000) αποδέχονται και αγαπούν το παιδί τους, χωρίς να είναι γνωστό το πότε γίνεται αυτό,

ωστόσο η ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία αποτελεί μια συνεχή προσπάθεια προκλήσεων, ψυχολογικών εντάσεων, αμφιθυμικών συναισθημάτων και πρακτικών (Πολεμικός Ν. & Τσιμπιδάκη, 2002). Τα παιδιά με αναπηρίες έχουν αυξημένες απαιτήσεις για καθημερινή φροντίδα στο σύνολο των δραστηριοτήτων τους. Επίσης, παρουσιάζουν ένα δικό τους ρυθμό ανάπτυξης, που είναι πρωτόγνωρος για τα μέλη της οικογένειας με συνέπεια συχνά να καταγράφεται στη βιβλιογραφία ότι το οικογενειακό σύστημα βιώνει μταιιώσεις, άγχος, και θλίψη παραμελώντας τα θετικά συναισθήματα από την ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία.

Οι περισσότερες οικογένειες χρειάζονται «έξω – οικογενειακή» υποστήριξη, συμβουλευτική και ενίσχυση προκειμένου να μπορέσουν να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις απαιτήσεις ανατροφής ενός παιδιού με αναπηρία (Gath, A.,1977, Beckam, P.,1983, Fewel, R.,1986, Gallias, M.,1989). Παράγοντες, που έχουν να κάνουν με την ίδια τη δομή της οικογένειας και λειτουργούν ενισχυτικά στην αντιμετώπιση των κρίσιμων μεταβατικών σταδίων είναι:

- Ψυχική και σωματική υγεία των υπολοίπων μελών της οικογένειας, θετική σκέψη.
- Τρόποι επίλυσης των δυσκολιών.
- Δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης (φίλοι, συγγενείς, κ.λ.π.), υλικοί και οικονομικοί πόροι.
- Οικογενειακές στάσεις, αντιλήψεις και στερεότυπα προς την αναπηρία.

2.2 Στρεσογόνοι παράγοντες γονέων με ανάπηρα παιδιά

Οι οικογένειες, που αντιμετωπίζουν την εμφάνιση μιας κινητικής αναπηρίας σε κάποιο παιδί τους είναι κατά κανόνα εκτεθειμένες σε ισχυρά και πολλαπλά στρεσογόνα ερεθίσματα. Η συστημική θεωρία υποστηρίζει ότι κάτω από συνθήκες υψηλού στρες, οι γονείς τείνουν να δρουν με τρόπο που να μειώνουν το ρυθμό των αλλαγών. Αυτό επιτυγχάνεται κατά κύριο λόγο με μετατροπές στην οικογενειακή δομή.

Οι γονείς καλούνται να αντιμετωπίσουν μια σύνθετη πρόκληση: να διαχειρισθούν έντονα συναισθήματα και καθήκοντα φροντίδας τη στιγμή που τα πρότυπα οικογενειακής αλληλεπίδρασης τα οποία παρέχουν δομική σταθερότητα έχουν διαταραχθεί σοβαρά. Η

επαναδημιουργία μιας νέας σταθερής δομής και λειτουργικής οικογενειακής ισορροπίας αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα για τους γονείς αυτούς. Μπροστά σε μια ανεπιθύμητη συναισθηματική ένταση, οι γονείς προσπαθούν να διατηρήσουν τις συνεχείς οικογενειακές λειτουργίες, έτσι ώστε να αποκατασταθεί η ισορροπία και η φροντίδα να συνεχίζεται.

Πρόκειται για ενδοψυχικούς και διαπροσωπικούς μηχανισμούς οικογενειακής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας που επιτρέπουν, μέσω της άρνησης και αποφυγής του επίμαχου θέματος, τη βραχυπρόθεσμη συναισθηματική προστασία και στη συνέχεια την ψυχολογική αντιμετώπιση μιας κατάστασης (Shapiro, E., 1994; Nadeau, J., 1998).

Η οικογένεια με παιδί κινητικά ανάπηρο αποδιοργανώνεται και παύει να αποτελεί μια ενότητα, αλλά ένα σύνολο ατόμων. Οι γονείς βρίσκουν τρόπο να χειριστούν το πρόβλημα μέσα από μια ευρεία γκάμα προσαρμοστικών συμπεριφορών. Αυτές οι συμπεριφορές επηρεάζονται και από τις πολιτισμικές αξίες, την ιστορία της οικογένειας, τους κανόνες της και τους μύθους της, καθώς επίσης και από τη νοηματοδότηση που δίνεται στην αναπηρία. Η επίδραση της κινητικής αναπηρίας στην οικογενειακή δομή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων οι πιο σημαντικοί είναι:

- Η φύση της αναπηρίας (η σοβαρότητα των κλινικών της εκδηλώσεων, η διάρκειά της, οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες)
- Η ηλικία του κινητικά ανάπηρου παιδιού κατά την έναρξη της αναπηρίας και η προσωπικότητά του
- Η θέση και ο λειτουργικός ρόλος του παιδιού στην οικογένεια
- Η αντίδραση των συγγενών και η οικογενειακή δομή
- Η στάση και τα λόγια του θεράποντος γιατρού ή του υποστηρικτικού κέντρου καθώς και του λοιπού προσωπικού υγείας.

Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν με:

- Την εξέλιξη και την ποιότητα του διαπροσωπικού και συναισθηματικού κόσμου του παιδιού και
- Τη συνολική οικογενειακή δομή.

Ιδιαίτερα σημαντικός θεωρείται ο λειτουργικός ρόλος που το κινητικά ανάπηρο παιδί παίζει μέσα στην οικογένεια. Η περίπτωση κινητικής ασθένειας σ' ένα παιδί μπορεί να επιφέρει μεγάλο ναρκισσιστικό πλήγμα στους γονείς λόγω της συναισθηματικής επένδυσης και των προβολών που έχουν κάνει επάνω του (Serrano, J.A., 1985).

2.2.1 Οικογενειακή επιβάρυνση

Σύμφωνα με τις αρχές της θεωρίας του στρες, η αντικειμενική επιβάρυνση θεωρείται το σύνολο των στρεσογόνων παραγόντων που δυνητικά αυξάνει την ευαλωτότητα του ατόμου και συντελεί στη δημιουργία αισθήματος υποκειμενικής επιβάρυνσης. Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στην αντικειμενική και την υποκειμενική επιβάρυνση είναι περίπλοκη. Φαίνεται ότι μεσολαβούν μια πληθώρα διαμεσολαβητικών παραγόντων, όπως η σχέση με το άρρωστο κινητικά παιδί και η κοινωνική υποστήριξη που επηρεάζουν τη γνωστική εκτίμηση των στρεσογόνων παραγόντων και αυτή με τη σειρά της καθορίζει τον τρόπο που βιώνεται η αναπηρία του παιδιού από τους γονείς του.

Σε μια προσπάθεια να περιληφθούν και κάποιες θετικές πλευρές της σχέσης με το κινητικά ανάπηρο παιδί που αναφέρονται από τους γονείς, ο (Szmukler, G.I., 1996) αντικατέστησε την έννοια της επιβάρυνσης με την πιο ευρεία έννοια της «Εμπειρίας Φροντίδας» (caregiving experience), που περιλαμβάνει τόσο αρνητικές όσο και θετικές πλευρές των καθηκόντων των γονιών. Η έννοια αυτή βασίζεται στο μοντέλο «στρεσογόνος παράγοντας – γνωστική εκτίμηση – στρατηγικές αντιμετώπισης».

Κατά τους (Fadden G., et al 1987) η οικογενειακή επιβάρυνση σε γονείς με ανάπηρα παιδιά διακρίνεται σε αντικειμενική και υποκειμενική με τους εξής ορισμούς:

- *Η αντικειμενική επιβάρυνση* αναφέρεται σε πρακτικά παρατηρήσιμα προβλήματα των γονέων, όπως είναι η διαταραχή των ενδοοικογενειακών σχέσεων, τα οικονομικά και επαγγελματικά προβλήματα, οι περιορισμοί σε κοινωνικές δραστηριότητες, η μείωση του ελεύθερου χρόνου.
- *Η υποκειμενική επιβάρυνση* αναφέρεται στις ψυχολογικές αντιδράσεις των γονέων, έτσι όπως περιγράφουν οι ίδιοι ότι τις βιώνουν. Η εμπειρία αυτή μπορεί να περιλαμβάνει αίσθηση απώλειας, θυμό, ενοχή, άγχος, ντροπή, κατάθλιψη και ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως διαταραχές του ύπνου, της όρεξης, πονοκεφάλους

κλπ.

2.2.2 Η ψυχολογία των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά

Η απόκτηση ενός παιδιού με κινητική αναπηρία είναι ένα από τα προβλήματα που θα κλονίσει τη συνοχή της οικογένειας και θα διαταράξει την ισορροπία των σχέσεων. Η οικογένεια έχει να αντιμετωπίσει εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις.

Οι γονείς περνούν μια σειρά συναισθηματικών σταδίων μέχρι να αποδεχθούν τη διάγνωση της αναπηρίας του παιδιού τους. Η σειρά αυτών των σταδίων δεν διαφέρει από αυτή που ακολουθεί την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Ως εκ τούτου αρχίζουν να έχουν χιλιάδες ερωτήματα και αυτό που μένει και στροβιλίζει το μυαλό τους και συνθλίβει τα όνειρά τους, είναι ότι το παιδί τους είναι διαφορετικό, ότι ένα παιδί με αναπηρία. Παγιδευμένοι οι γονείς σε μια πραγματικότητα που μισούν και δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν, είναι δυνατό να νιώθουν την κατάσταση του παιδιού τους τιμωρία για τους ίδιους.

Οι γονείς εκ των πραγμάτων «αναγκάζονται» να αποδεχθούν τη διάγνωση και στην πραγματικότητα, βιώνουν ένα οδυνηρό ξάφνιασμα. Βυθίζονται σε ένα απόλυτο κενό ήχων, κινούνται σε έναν κόσμο άχρωμο, και το μόνο που κάνουν είναι σκέψεις – σκέψεις. Τι πήγε καλά τι όχι, που έφταιξαν και διακατέχονται από ποικίλα συναισθήματα (άρνηση, πανικός, φόβος, ενοχή), ματαιώνουν το ρόλο τους, επιρρίπτουν ευθύνες ο ένας στον άλλον και όταν λείπει η ορθή γνώση, μπορεί να ενοχοποιηθεί ο ένας γονιός, συνήθως η μητέρα με οικτρά αποτελέσματα και για την ψυχική της ισορροπία (Σαπχατζίδου, Ε., 2009)

2.2.2.1 Ψυχοκοινωνικές δυσκολίες των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά

Καθ όλη τη ζωή του παιδιού, οι γονείς μπορεί να χρειαστεί να θρηνήσουν την απώλεια ορισμένων μεγάλων και κάποιων μικρών ονείρων σχετικά με την ανατροφή των παιδιών, καθώς ενσωματώνουν νέα όνειρα και προσδοκίες. Οι γονείς των παιδιών με ειδικές ανάγκες μπορούν να δουν ότι η θλίψη είναι συχνά μέρος του βίου τους. Χρειάζεται χρόνος ώστε οι γονείς να μπορούν να μάθουν να αναγνωρίζουν και να προβλέπουν τα στάδια θλίψης καθώς πλησιάζουν, επιτρέποντας τους να αντιμετωπίσουν καλύτερα και με επίγνωση.

Η αίσθηση της απώλειας που έρχεται με ειδικές ανάγκες ως προς την ανατροφή των παιδιών είναι πολύ πραγματική. Οι οικογένειες των παιδιών με αναπηρίες αντιμετωπίζουν μια ποικιλία από συναισθήματα, αντιδράσεις και απαντήσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να αλλάξουν τη ζωή τους. Επωμίζονται τη βαριά ευθύνη να οδηγήσουν αυτό το παιδί στη ζωή, και να το αγαπήσουν, μπαίνουν αυτόματα στην διαδικασία να ενσωματώσουν όλα τους τα όνειρα πριν από τον ερχομό του παιδιού με αυτό, αλλά και μετά (Farber, B.,1975, Murray T., 1980).

Η ανατροφή ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες (κινητικά ανάπηρο)⁷ χρειάζεται σκληρή δουλειά στο να επιτύχουν οι γονείς την πληρότητα του δυναμικού του. Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει ένας εύκολος τρόπος για να μεγαλώσει το παιδί με αναπηρία. Οι γονείς του παιδιού αυτού χρειάζεται να έχουν ισχυρή, προσαρμοστική, και αισιόδοξη πλευρά και πολύ σημαντικό και χρήσιμο είναι να έχουν μια τεράστια αίσθηση του χιούμορ. Τα παιδιά με αναπηρίες συχνά άδικα θεωρούνται από την κοινωνία ως ατίθασα παιδιά, το αποτέλεσμα είναι τίποτα παραπάνω από την κακή ανατροφή των παιδιών ή την έλλειψη πειθαρχίας.

Οι γονείς των κινητικά αναπήρων παιδιών προσπαθούν να αρνηθούν να αποδεχθούν πλήρως τι συμβαίνει. Μένοντας στην άρνηση μπορεί να είναι ένας τρόπος αποφυγής της ευθύνης, καθώς και οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές. Το άγχος είναι μια άλλη κατάσταση θλίψης. Η αγωνία και ο πόνος που προκαλεί συχνά προειδοποιεί τους γονείς ότι πρόκειται να βιώσουν την αλλαγή. Επόμενη είναι η ενοχή. Οι περισσότεροι γονείς κατηγορούν τον εαυτό τους. Η ενοχή μπορεί να παραλύσει, αλλά μπορεί να παρακινήσει τους γονείς να βρουν μια νέα κατανόηση της κατάστασης. Το στάδιο θυμός μπορεί να είναι πολύ ισχυρός που να ακινητοποιεί το άτομο και να μην μπορεί να ανταποκριθεί σχεδόν καθόλου σε άλλα συναισθήματα κυρίως αισιόδοξα και ελπιδοφόρα. Ο θυμός είναι μια μορφή πόνου και μερικές φορές μπορεί να βοηθήσει τους γονείς να δημιουργήσουν να αλλάξουν ή να τους παρακινήσει να προσφύγουν ακόμα και στη δικαιοσύνη.

Η κατάθλιψη εμφανίζεται όταν οι γονείς βιώνουν βαθιά θλίψη. Η κατάθλιψη είναι ο θυμός προς την εσωστρέφεια. Σηματοδοτεί την αρχή της αναγνώρισης της κατάστασης.

⁷ Πηγή: Άρθρο της Δήμητρας Βαίτσου, Σύμβουλος υγείας. http://dimitravaitsou.blogspot.gr/2012/03/blog-post_3911.html#uds-search-results 21/05/2012

Αναγνώριση συμβαίνει όταν οι γονείς γνωρίζουν το πώς αισθάνονται για την απώλεια τους. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς σέβονται τις περιστάσεις ως πραγματικότητα. Σ' αυτή την φάση οι άνθρωποι μετακινούνται προς τα εμπρός και αναλαμβάνουν μεγαλύτερη ευθύνη για ότι χρειάζεται να γίνει παρά τον πόνο που βιώνουν.

Αντιδράσεις όπως ντροπή και θυμός, δημιουργούν αμθυθμικά συναισθήματα σε αρκετούς γονείς, μέσα τους αλληλοσυγκρούονται προκαλώντας συναισθήματα όπως απογοήτευσης, άγχος, και λύπη. Η αμφιταλάντευση αυτών των συναισθημάτων εμποδίζει αρκετά τον γονέα να χρησιμοποιήσει σωστά τις δυνάμεις του αναπτύσσοντας στρατηγικές που θα του επιτρέπουν να αντιμετωπίσει ικανοποιητικά την νέα κατάσταση. Υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες συμπεριφοράς λοιπόν:

- Ανοιχτή απόρριψη
- Υποσυνείδητη απόρριψη
- Υπερπροστατευτική απόρριψη
- Ασταθής συμπεριφορά

Με ανάμικτα συναισθήματα ενοχής, τύψεις και αγάπης απορρίπτουν συχνά υποσυνείδητα το παιδί τους αρνούμενοι οποιαδήποτε ειδική βοήθεια τους προσφέρεται για την αποδοχή και κατανόηση του προβλήματος. Υπάρχουν περιπτώσεις γονέων που αρνούνται πεισματικά να δεχτούν βοήθεια, που προτιμούν να κρατούν τα παιδιά τους μακριά από χώρους και ιδρύματα που θα τα βοηθήσουν, θα τα εξελίξουν και θα τα ωθήσουν να ζήσουν πιο φυσιολογικά.

Υπάρχουν παιδιά που βγαίνουν έξω από το σπίτι τους σε μεγάλη ηλικία μπορεί και έφηβοι. Ας φανταστεί κάποιος πόσο δρόμο και προσπάθεια χρειάζεται αυτό το πλάσμα να ενταχθεί και να αρχίσει σιγά – σιγά και βήμα – βήμα να εντρυφύεται σε κάτι ξένο και πρωτόγνωρο. Παιδιά με ηλικία 15 – 16 που δεν έχουν «δουλευτεί» καθόλου πηγαίνοντας σε ένα χώρο φροντίδας και στήριξης η απόδοση τους είναι σχεδόν μικρότερη και από ένα παιδί νηπιακής ηλικίας.

2.3 Η ψυχική και η φυσική υγεία των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά

Οι γονείς έχουν ανάγκη την ψυχική και πνευματική τους υγεία ακόμα και στη περίπτωση που έχουν να φροντίσουν ένα κινητικά ανάπηρο παιδί. Γι αυτό δεν πρέπει να αμελούν, να καλύπτουν και τις δικές τους ανάγκες και να ζουν τις χαρές της οικογενειακής ζωής, γιατί διαφορετικά θα φθαρούν.

Η δύσκολη συναισθηματική κατάσταση των γονέων, η καθημερινή και διαρκής φροντίδα και υποστήριξη του ανάπηρου παιδιού, οδηγούν συχνά σε κατάθλιψη. Συνήθως η κατάθλιψη παρουσιάζεται κυρίως στη μητέρα, η οποία βρίσκεται συνεχώς σε εγρήγορση, κλείνεται στο σπίτι, δεν ησυχάζει και φροντίζει όλη την οικογένεια.

Οι οικογένειες που λειτούργησαν ενωμένες πριν την εμφάνιση του ανάπηρου παιδιού σε δύσκολες καταστάσεις, θα καταφέρουν και σε αυτή τη περίπτωση να ξεπεράσουν τις δυσκολίες που εμφανίζονται και να έλθουν πάλι σε μια ισορροπία με διαφορετικούς ρόλους βέβαια και πιο επιβαρημένες σχέσεις, όμως περισσότερο δεμένες.

Ο γονέας λόγω θέσεως έχει μεγάλη αντοχή. Αρκετά συχνά όμως όλη αυτή η συναισθηματική κόπωση και ταλαιπωρία, μετατρέπεται σε επιθετικότητα. Επιθετικότητα προς τους δασκάλους, το σχολείο, το κράτος. Μερικές φορές δεν συνεργάζονται με τους δασκάλους ή τους καθηγητές, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι δεν θέλουν να ακούσουν ή δεν καταλαβαίνουν αυτό που ακούν. Αυτή η αρνητική στάση που παίρνουν είναι αντίδραση στην λύπη και τον πόνο που έχουν νοιώσει μέχρι τώρα, αλλά και την κόπωση που επιφέρει η συνεχής χρόνια φροντίδα ενός παιδιού με κινητική αναπηρία. Βρίσκονται συνεχώς σε μια κατάσταση «πρέπει», για την οποία δεν μπορούν να πουν δεν μπορώ άλλο, δεν αντέχω. Έτσι αντιδρούν στα πιο επώδυνα κατά την κρίση τους, γιατί δεν μπορούν να μην φροντίσουν το παιδί τους, δεν μπορούν να μην κάνει φυσιοθεραπεία, αλλά μπορούν να παραβλέψουν το σχολείο και να μεταθέσουν στους δασκάλους λίγο από το φορτίο που έχουν (Alexander, R., (1974).

Επιπρόσθετα ανησυχούν για την ανατροφή του παιδιού τους. Η ανατροφή ενός φυσιολογικού παιδιού είναι αρκετά πολύπλοκο θέμα, οπότε το μέγλωμα ενός παιδιού με αναπηρία γίνεται ακόμα πιο πολύπλοκο. Παράλληλα τους βαραίνει η σκέψη ότι αυτό το παιδί

δεν θα ικανοποιήσει ποτέ τις προσδοκίες και τα όνειρά τους. Αυτές οι σκέψεις δεν τους αφήνουν να νοιώσουν αισιόδοξα. Δεν γνωρίζουν ακόμα, ότι τα άτομα με αναπηρίες ικανοποιούν πολλά όνειρα και προσδοκίες, αρκεί να ταιριάζουν στις δυνατότητές και ικανότητές τους.

Όσο περνά ο καιρός εμφανίζονται προβλήματα υγείας, είτε ψυχοσωματικά είτε εξαιτίας της φροντίδας που έχει ο γονιός για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όταν π.χ. μεγαλώνει το παιδί, γίνεται πιο βαρύ σωματικά, αυτό επιφέρει στο γονέα που το σηκώνει προβλήματα στη σπονδυλική του στήλη.

Παρουσιάζουν επίσης ψηλά επίπεδα άγχους, με αποτέλεσμα αρκετοί να οδηγούνται στην κατάθλιψη, όπως αναφέραμε. Αυτό είναι άλλο ένα στοιχείο που τους συνοδεύει. Αρκετοί γονείς με το να είναι σε μια περίοδο συνεχούς θλίψης για το φυσιολογικό παιδί που δεν έχουν, δεν καταφέρνουν να βιώσουν τις πολλές ικανοποιήσεις που μπορεί να τους δώσει αυτό και η ζωή τώρα (Alexander, R., (1974).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΤΟΥΣ – ΜΟΝΤΕΛΑ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Γενικά

Οι αντιλήψεις και οι στάσεις της οικογένειας και συγκεκριμένα των γονέων απέναντι στο παιδί με αναπηρία είναι στενά συνδεδεμένες και αντανακλούν τον τρόπο που η ευρύτερη κοινωνία αντιλαμβάνεται την ανικανότητα και ειδικότερα την αναπηρία. Οι υπάρχουσες αντιλήψεις και τα θεωρητικά «μοντέλα» σχετικά με τη χρήση των όρων, την ερμηνεία για τη φύση της ανικανότητας, από μέρους της κοινωνίας, είναι πολλαπλά και αλλάζουν σχετικά γρήγορα. Στο παρελθόν, τα ανάπηρα παιδιά έμπαιναν σε ιδρύματα και διαχωριζόταν από τον υπόλοιπο μαθητικό πληθυσμό. Η γενική έλλειψη επαφής με τους αναπήρους, ο φόβος του κόσμου για το άγνωστο, σε συνδυασμό με τις εξιδανικευμένες εικόνες για το «κανονικό» που προβαλλόταν μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είχε ως αποτέλεσμα να αντιμετωπίζονται οι ανάπηροι ως μια αποστερημένη και στιγματισμένη μειονότητα.

3.1 Αντιδράσεις γονέων στην περίπτωση αναπηρίας του παιδιού τους

Δεν είναι λίγες επίσης οι περιπτώσεις που οι γονείς αντιδρούν στο πρόβλημα με βάσει θρησκευτικές αντιλήψεις, όπως π.χ. το παιδί τους το έστειλε ο Θεός σαν τιμωρία. Κάποιοι από αυτούς θεωρούν ότι πρέπει να «ανέβουν το Γολγοθά για να επέλθει η κάθαρση», κάποιοι άλλοι δεν αντέχουν την τιμωρία και εγκαταλείπουν. Όλα αυτά εξαρτώνται και πάλι από την σχέση που υπάρχει μεταξύ των συζύγων αλλά και των γονέων τους, την προσωπικότητά τους, την ανάπτυξή τους, τη στάση τους στα προβλήματα που εμφανίζονται.

Κλινική έρευνα έχει δείξει ότι η στάση της μητέρας ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση στο παιδί με αναπηρία. Κατά αυτό τον τρόπο αν εκείνη αποδεχθεί το πρόβλημα με λογική και το αντιμετωπίσει με τον κατάλληλο τρόπο, το ίδιο θα κάνουν και τα άλλα μέλη της οικογένειας. Γιατί στην πραγματικότητα το μεγαλύτερο βάρος αυτής της κατάστασης το έχει η μητέρα, ως ο άνθρωπος που θα το φροντίζει και θα έχει την ευθύνη του, όπως και για τα άλλα παιδιά στην οικογένεια (Dale, N., 2000).

Μέσα στην συνθετότητα και πολυπλοκότητα των σημερινών αντιλήψεων και στάσεων, είναι ατυχές να υποθέσουμε ότι όλοι οι γονείς έχουν τις ίδιες αντιδράσεις για την αναπηρία του παιδιού τους. Στην ανακοίνωση της είδησης για την αναπηρία πιθανόν οι περισσότεροι γονείς να αντιδρούν με την μέχρι τότε κυρίαρχη θέση της κοινωνίας για την αναπηρία, η οποία επίσης πιθανόν να είναι απορριπτική και αρνητική. Στην προσπάθεια τους να κατανοήσουν και να αποδεχτούν την κατάσταση της νέας πραγματικότητας, μερικοί γονείς μπορεί να καταφύγουν σε παραδοσιακές αντιλήψεις όπως αναφέρθηκε και παραπάνω και να βλέπουν το παιδί τους ως συνέπεια ενός δικούς τους αμαρτήματος ή ατυχίας ή σαν μια μεταμφιεσμένη ευλογία σταλμένη από το Θεό για να δοκιμάσει την πίστη και την αντοχή τους.

Βέβαια, σε μετέπειτα στάδια του κύκλου ζωής του παιδιού τους ίσως κάποιες άλλες αντιλήψεις, πεποιθήσεις, στάσεις να λειτουργήσουν πιο βοηθητικά και πιο αποτελεσματικά, όπως είναι η αναγνώριση της προσωπικότητας του παιδιού από τα ανθρώπινα δικαιώματα ή το δικαίωμα του παιδιού τους για ίσες ευκαιρίες, δυνατότητες και πρόσβαση με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας.

Επίσης, ατυχές είναι να υποθέσουμε ότι οι γονείς έχουν απόψεις αμετακίνητες και σταθερές. Ο ίδιος γονέας μπορεί να έχει την ίδια στιγμή, διαφορετικές μεταξύ τους αντιλήψεις και αυτές οι αντιλήψεις μπορούν να μεταβληθούν ανάλογα με τα γεγονότα και τα απαιτήσεις που μπορεί να προκύψουν από τις ανάγκες του παιδιού με αναπηρία, των υπολοίπων μελών της οικογένειας, τις ευρύτερες κοινωνικές, πολιτιστικές, κοινωνικές ανάγκες. Οι εθνικές και πολιτισμικές πεποιθήσεις των οικογενειών με παιδιά με αναπηρίες, επίσης, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά τη διάρκεια της ερμηνείας των ψυχο – συναισθηματικών αντιδράσεων των γονέων (Τσαμπαρλή, – Κιτσαρά, 1999).

Οι αξίες, οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις που είναι σημαντικές για ένα συγκεκριμένο τμήμα μιας κοινωνίας ή για μια συγκεκριμένη κοινωνία επηρεάζουν το νόημα που αποδίδουμε στην αναπηρία. Για παράδειγμα στις περισσότερες μεσοαστικές τάξεις οι μέτριες μαθησιακές δυσκολίες πιθανόν να θεωρούνται ως μελανό σημείο της οικογένειας δεδομένου ότι η εκπαιδευτική επιτυχία σε συνδυασμό με την επαγγελματική φιλοδοξία θεωρείται μέγιστη αξία, γεγονός που σε μία οικογένεια εργατικής ή αγροτικής τάξης να μην

χαρακτηριζόταν ούτε καν σαν αναπηρία. Η θεωρητική ερμηνεία των όποιων καταστάσεων λαμβάνουν χώρα στο οικογενειακό πλαίσιο θα πρέπει να ερμηνεύονται μέσα στο δικό της κοινωνικό – πολιτιστικό πλαίσιο (Πολεμικός, Ν. & Τσιμπιδάκη, 2002). Το να αξιολογηθούν οι επιδράσεις από την απόκτηση ενός παιδιού με αναπηρία πάνω στην οικογένεια αποτελεί μια επίπονη προσπάθεια η οποία είναι σύμφωνη κάθε φορά με κάποιο θεωρητικό πλαίσιο ερμηνείας (Dale, N., 2000, Hill, f. et al, 2003) που και αυτό με τη σειρά του επηρεάζεται από:

- Τις ιστορικές περιόδους,
- Τα συγκεκριμένα οικονομικά, πολιτιστικά, πολιτικά, θρησκευτικά και κοινωνικά γεγονότα, περιβάλλοντα και συνθήκες,
- Την κυρίαρχη πολιτική κουλτούρα,
- Την κουλτούρα των μειονοτήτων και
- Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Όλα τα παραπάνω συμβάλουν στο το πώς η κοινωνία αντιλαμβάνεται και που τοποθετεί την οικογένεια με ένα παιδί ειδικών αναγκών. Οι αρνητικές απόψεις του κοινωνικού συνόλου, σχετικά με το τι θεωρεί ως αναπηρία, μπορούν παροδικά να ενισχύσουν το αίσθημα της αδικίας και της χαμηλής αυτοεκτίμησης μέσα στην οικογένεια, όπως και η αναμονή απόρριψης του παιδιού τους από τους συγγενείς, τους φίλους και τους γείτονες. Το τι σκέφτεται κάθε γονέας και κάθε επαγγελματίας για τις «οικογένειες με παιδιά με ειδικές ανάγκες» είναι δυνατόν να επηρεάσει τον τρόπο που σχετίζονται μεταξύ τους (Dale, N., 2000).

Για να ερμηνευθούν οι ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις των γονέων στην πρώτη ανακοίνωση ή διάγνωση της αναπηρίας, έχουν προταθεί διάφορα ψυχολογικά μοντέλα, τα οποία επιτρέπουν ένα βαθμό πρόβλεψης σχετικά με το τι θα περάσουν οι γονείς. Οι (Dale, N., 2000, Lusting, D., 2002) υποστηρίζουν ότι υπάρχουν κοινά σημεία στις συναισθηματικές πρακτικές όπως η ένταση, η συναισθηματική φόρτιση και η πληθώρα των αρνητικών συναισθημάτων. Παρά το γεγονός, ότι κανένα θεωρητικό πλαίσιο δεν μπορεί να ερμηνεύσει πλήρως όλο το εύρος αλλά και την ένταση των ψυχοκοινωνικών αντιδράσεων που πιθανόν να βιώνουν οι γονείς, παρέχει χρήσιμες ιδέες και καθοδήγηση σχετικά με ευεργετικούς και κατάλληλους τρόπους πρακτικής αντιμετώπισης τόσο στους ίδιους τους γονείς όσο και στους επαγγελματίες που αλληλεπιδρούν με γονείς παιδιών με αναπηρίες.

3.1.1 Βασικά θεωρητικά «μοντέλα» ερμηνείας των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων γονέων με ανάπηρα παιδιά

Επειδή τα ερευνητικά δεδομένα δεν έχουν καταλήξει στην ανωτερότητα κανενός από τα ψυχολογικά μοντέλα, σε σύγκριση με τα υπόλοιπα, (όλα τα μοντέλα έχουν κάποιες περιορισμένες δυνατότητες ερμηνείας, οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη πριν εφαρμοστούν στην πράξη) χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και ίσως μια πολύ – επίπεδη και σύνθετη προσέγγιση, προκειμένου να κατανοηθούν οι διαφορετικές αντιδράσεις μεταξύ των γονέων αλλά και του κάθε γονέα ως αυτόνομη μονάδα. Τα μοντέλα, σε γενικές γραμμές, μπορούν να χωρισθούν σε εκείνα που έχουν προσωπικό χαρακτήρα (η προσαρμογή του γονέα στην αναπηρία του παιδιού του αποτελεί προσωπικό πρόβλημα του γονέα και αφορά τον ίδιο) και σε εκείνα που έχουν διαπροσωπικό χαρακτήρα (η αναπηρία έχει κοινωνικές προεκτάσεις άρα αναγνωρίζεται και η κοινωνική διάσταση της προσαρμογής).

Παρακάτω θα γίνει μια σύντομη παρουσίαση των βασικών θεωρητικών «μοντέλων» ερμηνείας των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων των γονέων κατά τη διάρκεια της οποίας προσαρμογής τους στην αναπηρία του παιδιού τους ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της διάγνωσης.

❖ Το μοντέλο των σταδίων

Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι, πριν οι γονείς αποδεχτούν την αναπηρία του παιδιού τους, διέρχονται μια σειρά συναισθηματικών σταδίων (Blacher, J., 1984a).

Οι (Drotar, D. et al, 1975) σε μελέτη τους περιγράφουν τα ακόλουθα στάδια:

- Σοκ: Οι περισσότεροι γονείς νιώθουν υπερβολικό σοκ στο άκουσμα της διάγνωσης της ασθένειας ή της αναπηρίας του παιδιού τους.
- Άρνηση: Οι γονείς αντιμετωπίζουν με δυσπιστία και άρνηση τη διάγνωση προκειμένου να δραπετεύσουν από την πραγματικότητα.
- Θλίψη, θυμός, αγωνία: Η εκδήλωση υπερβολικής θλίψης, δυνατού θυμού ή θρήνου συνήθως είναι κοινές αντιδράσεις στους γονείς παιδιών με αναπηρία που συνοδεύουν ή ακολουθούν την άρνηση.
- Προσαρμογή: Όταν τα έντονα συναισθήματα υποχωρούν, οι γονείς περνούν σε μια

φάση προσαρμογής και είναι σε θέση να φροντίζουν κατάλληλα το παιδί τους.

- Αναδιοργάνωση: Η φάση της αναδιοργάνωσης αναφέρεται σε μια θετική στάση και μια μακροπρόθεσμη αποδοχή του παιδιού με την αναπηρία από τους γονείς του.

Πρέπει να σημειωθεί ότι, όλοι οι γονείς δεν περνούν μέσα από όλες αυτές τις αντιδράσεις θλίψης και μάλιστα με τη δεδομένη σειρά. Κάποιοι περνούν την ίδια στιγμή περισσότερα του ενός στάδια ή παρατηρείται παλινδρόμηση ή ταλάντευση στην ακολουθία των σταδίων (πίνακας 3.1).

Πίνακας 3.1 Μοντέλο ψυχικής κρίσης κατά την αποκάλυψη του προβλήματος (Πηγή: Dale, N., 2000)

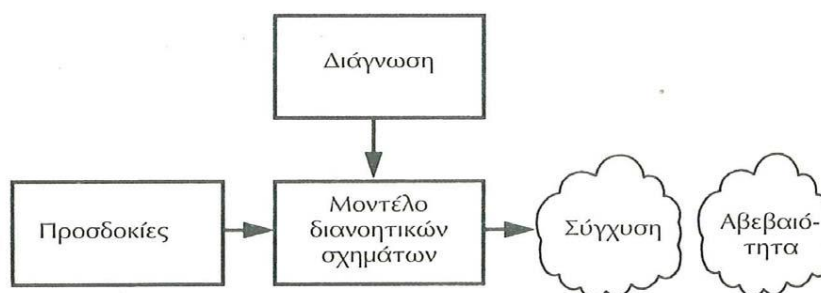
Ανακοίνωση στον γονέα	Ψυχική κρίση	Εκδηλώσεις		Ανάγκες
	Φάση σοκ	Συναισθηματική αποδιοργάνωση: σύγχυση, παράλυση δράσης, δυσπιστία, παραλογισμός	Μπορεί να διαρκέσει από δύο λεπτά μέχρι αρκετές μέρες	Συμπάθεια και συναισθηματική υποστήριξη
	Φάση αντίδρασης	Έκφραση: λύπης, θλίψης, απογοήτευσης, άγχους, επιθετικότητας, άρνησης, ενσωμάτωσης, ενοχής, αποτυχίας, αμυντικών μηχανισμών	Μια διαδικασία εκ νέου μέσα στο διάλογο	Ακρόαση του γονέα. Κάθαρση μέσα από την ανοιχτή συζήτηση. Συμπάθεια αλλά
Συχνή διακύμανση μεταξύ των φάσεων	Φάση προσαρμογής	Ρεαλιστική εκτίμηση: Οι γονείς ρωτούν «Τι μπορεί να γίνει;» αυτό είναι σημάδι που δείχνει ότι είναι έτοιμοι να προχωρήσουν στην ερώτηση: «Πως μπορούμε να βοηθήσουμε εμείς;»		Αξιόπιστες και ακριβείς πληροφορίες μέσω ιατρικής και εκπαίδευσης, καθώς και μελλοντικής εξέλιξης πάνω σε θέματα θεραπείας
	Φάση προσανατολισμού	Οι γονείς αρχίζουν να οργανώνονται, να αναζητούν βοήθεια και πληροφορίες, να σχεδιάζουν το μέλλον.		Παροχή τακτικής βοήθειας και καθοδήγησης
	Λήξη κρίσης			Κατάλληλη παροχή υπηρεσιών

❖ Το μοντέλο της Χρόνιας Θλίψης

Το μοντέλο της χρόνιας θλίψης (Dale, N., 2000) δέχεται ότι οι γονείς παιδιών με αναπηρία μπορούν να διέρχονται περιόδους θλίψης καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του παιδιού τους, ως μέρος μια φυσιολογικής μακροχρόνιας κατάστασης προσαρμογής των γονέων. Η χρόνια θλίψη μπορεί να συνυπάρχει με την αποδοχή της αναπηρίας αλλά και με την ικανότητα του γονέα να παρέχει την κατάλληλη φροντίδα στο παιδί του. Η χρόνια θλίψη στους γονείς είναι μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, και η συνέχιση της παρουσίας της στο πέρασμα του χρόνου δεν είναι παθολογική. Ο γονέας που εξακολουθεί να λυπάται για την αναπηρία του παιδιού του, μπορεί ταυτόχρονα, να είναι ικανός να του παρέχει υποστήριξη και γονική μέριμνα.

❖ Το μοντέλο των Προσωπικών Προϊόντων Διανοητικής Σύνθεσης

Το μοντέλο αυτό (σχήμα 3.1) σε αντίθεση με τα δύο προηγούμενα μοντέλα, εστιάζει περισσότερο στις λογικές ερμηνείες, παρά στις συναισθηματικές αντιδράσεις και υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι οικοδομούν λογικά σχήματα προκειμένου να ανταπεξέλθουν σε διάφορα γεγονότα (Cunningham C.C. and Davis, H., 1985). Βασική αρχή του μοντέλου είναι ότι οι γονείς μπορεί να έχουν διαφορετικές αντιδράσεις στην αναπηρία του παιδιού τους, επειδή ερμηνεύουν με διαφορετικό τρόπο την όλη κατάσταση και οι ερμηνείες τους αυτές προέρχονται από τις προηγούμενες προσδοκίες για το παιδί τους αλλά και για τους ίδιους. Η αναγνώριση αυτή, των πολλαπλών αντιλήψεων και της ατομικής διαφοροποίησης, υπογραμμίζει τη σημασία της προσέγγισης του κάθε γονέα ως ατόμου που έχει τις δικές του απόψεις και τα δικά του διανοητικά σχήματα. Άρα και η προσαρμογή στη νέα κατάσταση της αναπηρίας δεν εκλαμβάνεται ως ανεξάρτητη, αλλά σχετική με τις εκάστοτε καταστάσεις τις οποίες έχει να αντιμετωπίσει ο γονέας.



Σχήμα 3.1: Επίδραση της διάγνωσης στα προσωπικά διανοητικά σχήματα (κατασκευές)
Πηγή: Cunningham C.C. and Davis, H., 1985

❖ Το μοντέλο της Μатаιότητας και της Αδυναμίας

Η προσέγγιση αυτή, ανήκει στις διαπροσωπικές θεωρίες, και εστιάζει περισσότερο στις κοινωνικές διαδικασίες, παρά στα στατιστικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Στην περίπτωση των οικογενειών με παιδιά με αναπηρία, οι συναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων ερμηνεύονται μέσα στο πλαίσιο του ιστορικού διαντίδρασης τόσο πριν από την γέννηση του παιδιού με την αναπηρία όσο και των κατοπινών τους εμπειριών. Το πώς οι γονείς ερμηνεύουν την όλη κατάσταση, τι νόημα αποδίδουν στις εμπειρίες τους, βασίζονται στους ορισμούς με τους οποίους έχουν έρθει σε επαφή στις σχέσεις τους με τους άλλους, ιδιαίτερα με τους στενούς συγγενείς και φίλους ή γενικά με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής τους. Η ερμηνεία των άλλων για την κατάσταση θα επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό και τη δική τους ερμηνεία.

Στους γονείς που έχουν ένα παιδί με ειδικές ανάγκες τα συναισθήματα της ματαιότητας και της αδυναμίας ενέχουν κεντρική θέση. Το αίσθημα της αναπηρίας δε θα υποχωρήσει μέχρι να καταστεί ο γονέας ικανός να παρέχει κατάλληλη βοήθεια για το παιδί του. Το πότε οι γονείς και γενικά η οικογένεια θα επιστρέψει σε ένα «ομαλοποιημένο» τρόπο ζωής εξαρτάται από τη φύση της αναπηρίας του παιδιού, τη διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη, την αρνητική ή θετική στάση του κοινωνικού δικτύου καθώς και από ένα σύνολο άλλων παραγόντων.

Η κριτική που ασκείται στο συγκεκριμένο μοντέλο είναι ότι χρειάζεται περισσότερη δουλειά στη χαρτογράφηση των κοινωνικών και οργανωτικών δομών και διαδικασιών για να εξηγηθούν τα αίτια της δημιουργίας αισθημάτων αδυναμίας στους γονείς.

Τα προαναφερόμενα θεωρητικά μοντέλα υποστηρίζουν ότι με τον καιρό οι γονείς των παιδιών με αναπηρία συνήθως αποκτούν ένα πιο «φυσιολογικό» τρόπο ζωής και οι πρώτες έντονες αντιδράσεις εξομαλύνονται. Η (Dale, N., 2000) όμως, υποστηρίζει ότι κάποιες δυσκολίες και αναστατώσεις είναι δυνατόν να επανεμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ζωής του παιδιού ή να επιμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα εκτός των πρώτων χρόνων. Έτσι, σχημάτισε μια λίστα κατηγοριών των αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων των γονέων, στην οποία γίνονται συχνές αναφορές, που μπορούν να απαντηθούν σε όλες τις περιόδους του κύκλου ζωής της οικογένειας:

- Προστατευτικότητα του παιδιού με αναπηρία ως ανυπεράσπιστου ατόμου, από κάθε κίνδυνο ή δυσκολία ή ρίσκο.
- Αποστροφή με αισθήματα στεναχώρια και αποστροφής προς τα ανάπηρα άτομα.
- Προβλήματα αναπαραγωγής. Έχουν «παράγει» ένα «ελαττωματικό παιδί», άρα κάτι δε πάει καλά με αυτούς.
- Ανεπάρκεια ανατροφής. Είναι ανεπαρκείς για την κατάλληλη φροντίδα του παιδιού τους ή ίδιοι έχουν συμβάλει στα προβλήματα και στις δυσκολίες του
- Θυμός για την ίδια τη ζωή ή τη μοίρα που τους έδωσε ένα ανάπηρο παιδί.
- Θλίψη με αίσθημα απώλειας είτε για τα προβλήματα του παιδιού είτε για το φανταστικό και τέλειο παιδί που δεν ήρθε ποτέ.
- Σοκ, που μεταφράζεται σε αποστασιοποίηση και κοινωνική απομόνωση, δυσπιστία, συνεχή εσωτερική αναταραχή και συναισθηματικό μπλοκάρισμα, δυσκολία στην πρόσληψη και επεξεργασία πληροφοριών, κ.τ.λ.
- Ενοχές για ότι συμβαίνει στο παιδί και η αίσθηση της τιμωρίας για κάτι που έχουν κάνει.
- Αμηχανία στη διαχείριση καταστάσεων όπως π.χ. την ανακοίνωση της κατάστασης στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, κ.τ.λ.
- Οι γονείς παιδιών με αναπηρία καθ' όλη διάρκεια του κύκλου ζωής τους βιώνουν ένα σύνολο σύνθετων και μπερδεμένων συναισθηματικών καταστάσεων και είναι ουτοπία να υποστηρίζει κανείς ότι μπορούν να απομακρυνθούν εντελώς αυτά τα αρνητικά συναισθήματα. Αυτό το οποίο μπορούν να κάνουν οι επαγγελματίες αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο είναι να βοηθήσουν τους γονείς να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα όποια προβλήματα προκύπτουν.

3.2 Εναλλαγές ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων και αντιλήψεων γονέων ανάπηρων παιδιών κατά τα στάδια εξέλιξης τους

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι τα συναισθήματα του κάθε γονέα είναι πολύ προσωπικά και εξατομικευμένα. Υπάρχουν δύο αντικρουόμενες απόψεις για το πώς οι γονείς αντιμετωπίζουν τη θλίψη τους. Η πρώτη είναι ότι οι γονείς συνέρχονται τελείως από τη θλίψη

που τους προξένησε αρχικά ή έλευση του μειονεκτικού παιδιού. Η δεύτερη υποστηρίζει ότι πάντα θα βιώνουν μια χρόνια θλίψη. Επίσης οι περισσότεροι γονείς αναφέρουν ότι βιώνουν «σκαμπανεβάσματα» και τα συναισθήματα θλίψης συμπίπτουν με τις εποχές που τα ανάπηρα παιδιά τους θα μπορούσαν να είχαν ολοκληρώσει σημαντικά στάδια της εξέλιξής τους και να ήταν ανεξάρτητα, αν δεν ήταν μειονεκτικά» (Τσιάντης, Ι., Μανωλόπουλος, Σ., 1989).

Τα συναισθήματα που προκαλούνται στους γονείς, από την ύπαρξη ενός παιδιού με κινητική αναπηρία στην οικογένεια, είναι συνήθως, συγκεχυμένα και πολύ έντονα. Μπορεί να έχουν σχέση με το παιδί, με τους ίδιους, με την υπόλοιπη οικογένεια και με τη στάση της κοινωνίας. Συνήθως όμως τα συναισθήματά τους, γνωρίζουν εναλλαγές και κυρίως τις εποχές που τα παιδιά τους, θα μπορούσαν να έχουν ολοκληρώσει κάθε στάδιο εξέλιξης, όπως οι συνομήλικοί τους, τότε νοιώθουν έντονα θλίψη. Αναπτύσσουν δε διάφορες άμυνες, ανάλογα με την προσωπικότητά τους. Άλλοι υπερεκτιμούν τις ικανότητες του παιδιού τους, άλλοι αρνούνται να δεχτούν την κατάσταση, άλλοι αρνούνται να την αντιμετωπίσουν, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις άλλοι αρνούνται το ίδιο τους το παιδί.

Η συζυγική σχέση κατέχει κεντρικό ρόλο στη λειτουργία της οικογένειας και ειδικά στις περιπτώσεις αυτές. Όσο πιο καλή είναι η επικοινωνία και η σχέση των γονέων, τόσο σταθερή είναι η συνοχή της οικογένειας και μπορούν πιο εύκολα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που έρχονται. Όμως παρ' όλα αυτά η σχέση των συζύγων επηρεάζεται. Μπορεί να φέρει στην επιφάνεια προϋπάρχουσες συζυγικές συγκρούσεις. Σε μια δυνατή σχέση οι σύζυγοι θα υποστηρίξουν ο ένας τον άλλο. Αν αυτό δεν ισχύει ο ένα σύζυγος καταφεύγει στην παθητικότητα και την απόσυρση. Οι γονείς μπορεί να μεταθέσουν τις δυσκολίες αυτές στο παιδί. Σημαντικό ρόλο έχει επίσης και η αντικειμενική πληροφόρηση για τη διάγνωση του παιδιού. Η έλλειψη σαφούς πληροφόρησης σχετικά με το πρόβλημα οδηγεί σε μια εύθραυστη σχέση ανάμεσα στους γονείς (Μπουσκάλια, Λ., 1993).

Το αν οι γονείς μπορούν να επικοινωνήσουν μεταξύ τους όταν υπάρχει ένα παιδί με αναπηρία, θα επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο και οι δύο βλέπουν και αντιλαμβάνονται την κατάσταση του παιδιού τους, τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις προς το παιδί, την ικανότητα να μοιράζονται τα πρακτικά καθήκοντα που το αφορούν και την επιτυχή ενσωμάτωση αυτών στην καθημερινή ζωή τους.

Πολύ συχνά η οικογένεια εστιάζεται πάνω στις ανάγκες του παιδιού, με αποτέλεσμα οι συζυγικές σχέσεις και η φροντίδα των άλλων παιδιών να παραμελούνται, ακόμη και ο ίδιος τους ο εαυτός. Στις περισσότερες περιπτώσεις η μητέρα, η οποία αισθάνεται ένοχη και υπεύθυνη για την κατάσταση του παιδιού, επωμίζεται εξ' ολοκλήρου τη φροντίδα του, ενώ ο πατέρας, αποσύρεται στην εργασία του, είτε γιατί θέλει να δουλέψει τα συναισθήματά του, είτε γιατί αισθάνεται πως δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ευθύνες. Ένα τέτοιο περιβάλλον όμως, μπορεί να λειτουργεί εις βάρος του παιδιού και κυρίως της κοινωνικής του ένταξης (Παπαδιώτη - Αθανασίου Β., Σόφτα - Nall Λ., 2006).

3.2.1 Αλλαγές στην οικογένεια ανάπηρων παιδιών με την έναρξη του σχολείου

Όταν το παιδί φτάνει στην ηλικία όπου πρέπει να πάει σχολείο η οικογένεια αντιμετωπίζει ακόμα ένα στάδιο, όπου υπάρχουν αλλαγές, θετικές και αρνητικές, αλλά και προβλήματα. Αυτά μπορεί να είναι πρακτικά, οικονομικά, συναισθηματικά. Στην περίπτωση που το παιδί φοιτήσει σε ειδικό σχολείο κάποια από τα πρακτικά προβλήματα, όπως η μετακίνηση λύνεται με το σχολικό αυτοκίνητο, ενώ σε αντίθετη περίπτωση πρέπει να οργανωθεί. Η μεταφορά του παιδιού καθημερινά με το αναπηρικό καρότσι, προϋποθέτει συνεχώς την απασχόληση του ενός γονέα.

Ο χρόνος προετοιμασίας για το σχολείο, επίσης είναι μεγαλύτερος από των άλλων παιδιών. Το πλύσιμο, το ντύσιμο, το πρωινό απαιτούν χρόνο κάθε πρωί. Αυτό σημαίνει ότι το παιδί αλλά και οι γονείς ξυπνούν πιο πρωί, χρειάζεται να κινηθούν γρήγορα και οργανωμένα. Αυτό είναι ακόμα ένας παράγοντας άγχους στην οικογένεια κυρίως για τις μητέρες που εργάζονται, αλλά και για το ίδιο το παιδί.

Η επιλογή του σχολείου, αν δεν είναι ειδικό, είναι επίσης ένα από τα προβλήματα που τους δημιουργούνται. Μπορεί όλα τα σχολεία να είναι προσβάσιμα στην είσοδό τους, αλλά μέχρι εκεί. Η είσοδος στην τάξη και τις τουαλέτες είναι απαγορευτική. Έτσι πρέπει να επιλεγεί το σχολείο που μπορεί κτιριακά να δεχθεί το παιδί, τουλάχιστον μέχρι την τάξη του. Σε διαφορετική περίπτωση, χρειάζεται να γίνει συνεννόηση με το εκπαιδευτικό προσωπικό έτσι ώστε η τάξη του παιδιού τους να παραμένει πάντα στο ισόγειο.

Όταν βρεθεί τελικά το κατάλληλο σχολείο, οι δυσκολίες του γονιού δεν έχουν τελειώσει. Η παρουσία του στο σχολείο γενικής αγωγής είναι αναγκαία για τη χρήση της τουαλέτας. Παρά το γεγονός ότι το παιδί εκπαιδεύεται από τους θεραπευτές του να ελέγχει τους σφιγκτήρες του αρκετό χρονικό διάστημα, εν τούτοις δεν μπορεί κανείς να επαφίεται σ' αυτό.

Έτσι ο γονιός ή κάποιος που θα τον αντικαταστήσει πρέπει να είναι διαθέσιμος για να το βοηθήσει. Η φοίτηση του παιδιού στο κανονικό σχολείο παρά το γεγονός ότι γίνεται με πολλές δυσκολίες και για τους ίδιους και για το παιδί, τους δίνει την ψευδαίσθηση πως είναι φυσιολογικό, μπορεί να τα καταφέρει μαζί με τα άλλα. Βλέπετε όλοι, μπορεί να μην τα καταφέρνει καλά, μπορεί να μην περπατά, αλλά πάει στο σχολείο μαζί με τα δικά σας. Η ψευδαίσθηση αυτή δεν κρατά πάρα πολύ, γιατί οι αντικειμενικές δυσκολίες αναγκάζουν την μετεγγραφή του στο ειδικό σχολείο. Παρά το γεγονός ότι σήμερα λειτουργούν τα τμήματα ένταξης στα σχολεία γενικής αγωγής, όταν τα παιδιά με σοβαρότερες παθήσεις φτάνουν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση δεν μπορούν να ακολουθήσουν το σχολικό πρόγραμμα γιατί αυτό δεν έχει προσαρμοστεί στις ανάγκες τους.

Αυτή η περίοδος μέχρι να ισορροπήσει πάλι η οικογένεια δημιουργεί συναισθηματικές εντάσεις και το κυριότερο, επισφραγίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης του παιδιού τους. Όπως καταλαβαίνουμε οι γονείς περνούν μια παρατεταμένη περίοδο εξάρτησης του παιδιού από αυτούς συνεχώς (Mitchel, D., 1986).

Επίσης δεν πρέπει να παραβλέπουμε και τα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν όλες οι οικογένειες όταν τα παιδιά τους μεγαλώνουν και όταν και εκείνοι μεγαλώνουν. Ο χρόνος για τους ίδιους μειώνεται έως και μηδενίζεται. Όταν οι άλλοι γονείς τρέχουν τα παιδιά τους στα αγγλικά στο κολυμβητήριο, στο μάθημα Η/Υ, εκείνοι τρέχουν από θεραπεία σε θεραπεία. Ακόμα και όταν όλα αυτά γίνονται στο σπίτι, γιατί η μετακίνηση είναι δύσκολη όσο μεγαλώνει το παιδί - στις περιπτώσεις των κινητικά αναπήρων, το σπίτι μεταμορφώνεται σε ένα κέντρο αποκατάστασης.

Το πρόγραμμα θεραπειών που έχει το παιδί έχει ξεκινήσει πριν την ένταξή του στο σχολείο. Είναι γεγονός ότι η ειδική εκπαίδευση και αποκατάσταση ξεκινά από τη στιγμή της διάγνωσης, η οποία σήμερα πραγματοποιείται στα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού. Το παιδί

δηλαδή από μικρό δουλεύει σχεδόν όλη μέρα. Όταν προστίθεται και το διάβασμα σε όλα αυτά που κάνει καταλαβαίνει κανείς πόσο χρόνο έχει για να χαλαρώσει.

Οι γονείς από την άλλη, αν χρειάζεται να παραμελήσουν κάτι για να ξεκουραστεί το παιδί τους αυτό δεν θα είναι ποτέ η θεραπεία, αλλά κάτι πιο ανώδυνο. Στην περίπτωση που η νοημοσύνη του είναι καλή και δείχνει να αποδίδει στην εκπαίδευση αλλά η κινητική του κατάσταση όχι, αυτό που σίγουρα παραμερίζουν είναι το διάβασμα. Η αγωνία τους να περπατήσει το παιδί τους όσο πιο γρήγορα γίνεται, τους οδηγεί σε υπερβολική δόση θεραπειών, μήπως και προλάβουν την μόνιμη αναπηρία, δικαιολογώντας στον εαυτό τους «μυαλό έχει καλό θα τα καταφέρει με τα μαθήματα αργότερα». Αργότερα όμως που η αναπηρία δεν έχει φύγει, τα μαθήματα είναι πιο δύσκολα και ο χρόνος που έχασαν τα παιδιά όταν έπρεπε να τον δώσουν, πολύ δύσκολα καλύπτεται.

Όταν λοιπόν οι γονείς βλέπουν ότι το παιδί τους τελικά δεν περπατά ανεξάρτητο, στρέφονται προς το νοητικό μέρος του που παραμένει καλό και από εκεί προσπαθούν να αντλήσουν κουράγιο για να συνεχίσουν. Έτσι σταματούν οι πολλές θεραπείες και αρχίζουν τα πολλά μαθήματα.

Έχει παρατηρηθεί μέσα από την επαγγελματική κατάρτιση, πως απόφοιτοι Λυκείου με αναπηρία, χωρίς νοητική καθυστέρηση, αντιμετωπίζουν δυσκολίες σύνταξης, ελλειπείς γνώσεις κ.α.⁸ Ένας από τους λόγους είναι και ο περιορισμένος χρόνος ενασχόλησης με τα μαθήματα για το σχολείο σε μικρότερη ηλικία.

⁸ Αποτελέσματα Αξιολόγησης Προγραμμάτων Επαγγελματικής Κατάρτισης και Αποκατάστασης νέων με κινητικές δυσκολίες στην Πληροφορική, 1989-2000: Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης, Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας, Αθήνα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Γενικά

Ως προς το ερευνητικό σκέλος της εργασίας, για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα και το δείγμα αποτέλεσαν γονείς κινητικά ανάπηρων παιδιών του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «**ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ**» κατά το χρονικό διάστημα από 1/7/2015 έως 31/8/2015 (N=126). Το ερωτηματολόγιο Beck – II που χρησιμοποιήθηκε, δημιουργήθηκε από τον Dr. Aaron Beck και αποτελείται από είκοσι μία (21) ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Είναι ένα από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα όργανα για τη μέτρηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Η πιο πρόσφατη έκδοσή του το 1986 είναι σχεδιασμένη για άτομα ηλικίας δεκατρία (13) και άνω. Αποτελείται από ερωτήσεις σχετιζόμενες με τα συμπτώματα της κατάθλιψης όπως απαισιοδοξία, ευερεθιστότητα, αισθήματα ενοχής και τιμωρίας. Επίσης, με σωματικά συμπτώματα όπως κούραση, απώλεια βάρους και έλλειψη ενδιαφέροντος για το σεξ.

Στην πορεία έγινε ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν, οι οποίες αναφέρονται και αναλύονται αμέσως παρακάτω. Το δείγμα του ερωτηματολογίου, που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκέντρωση των απαραίτητων πληροφοριών ώστε να διεξαχθούν συμπεράσματα για την εν λόγω έρευνα, είναι ανώνυμο και έχει σκοπό να μας πληροφορήσει σχετικά με το γεγονός της συχνότητας ανάπτυξης κατάθλιψης σε γονείς παιδιών με κινητικές αναπηρίες αναφορικά με τη παραγοντική δομή της κλίμακας ερωτηματολογίου του Beck – II, το οποίο προτείνει δυο παράγοντες οι οποίοι αντιστοιχούν σε διαφορετικές εκφάνσεις της κατάθλιψης.

4.1.1. Μεθοδολογία

Ο στόχος αυτού του υποκεφαλαίου είναι να περιγράψει τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα έρευνα. Δεδομένου ότι ο σκοπός, της εν λόγω έρευνας, είναι να διερευνήσει τη συχνότητα αλλά και τη μορφή ανάπτυξης κατάθλιψης σε γονείς παιδιών με κινητικές αναπηρίες, αναφορικά με τη παραγοντική δομή της κλίμακας ερωτηματολογίου του

Beck – II, στην οποία τίθεται η κατώτατη κρίσιμη τιμή της κλίμακας που αποτελεί ένδειξη καταθλιπτικής διάθεσης των γονέων του δείγματος, συνεκτιμώντας τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια και ευαισθησία των παρακάτω τιμών:

- Από (0 – 9) δεν υπάρχει κατάθλιψη,
- Από (10 – 18) ήπια μορφή κατάθλιψης.
- Από (19 – 29) μέτρια μορφή κατάθλιψης.
- Από (30 – 63) σοβαρή μορφή κατάθλιψης.
- Από 63 και άνω πολύ σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

4.1.2 Στατιστική ανάλυση

Για την καλύτερη μελέτη των στοιχείων της έρευνας και την καλύτερη ανάλυση των ευρημάτων της, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM – SPSS Statistics v.22.0, έκδοση για Windows. Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5% ($p=0,05$).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων ξεκινάει από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος και στη συνέχεια η ερμηνεία των αποτελεσμάτων γίνεται με την περιγραφή των στατιστικών πινάκων που δημιουργήθηκαν στα διάφορα βήματα της διαδικασίας.

Συγκεκριμένα εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών. Έγινε χρήση των βασικών μέτρων θέσης, καθώς και των συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων, για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος των γονέων με ανάπηρα τέκνα και των ερωτήσεων που είχαν τέσσερις πιθανές απαντήσεις. Οι απαντήσεις αξιολογήθηκαν με διαβάθμιση από 0 – 3 και το τελικό αποτέλεσμα καθόρισε τη σοβαρότητα των παραγόντων που επηρεάζουν την συχνότητα της κατάθλιψης. Στη συνέχεια έγιναν οι συσχετίσεις, μεταξύ των παραγόντων της κατάθλιψης που επηρεάζουν την συχνότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των γονέων με ανάπηρα τέκνα και των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος (Φύλο, Οικογενειακή Κατάσταση, Επίπεδο Εκπαίδευσης), οι οποίες ελέγχθηκαν με το στατιστικό έλεγχο X^2 Chi-Square Tests.

Οι τιμές p-value με τιμή χαμηλότερη ή ίσο από 0,05 ($p\text{-value}\leq 0,05^*$) θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

4.1.3 Στοιχεία δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μίας έρευνας. Ειδικότερα, τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους συμμετέχοντες και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού, κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

4.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.2.1 Περιγραφική ανάλυση στοιχείων έρευνας

Στους παρακάτω πίνακες, παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν από τη περιγραφική ανάλυση των δεδομένων του συνόλου του δείγματος που διερευνά την καταθλιπτική συμπτωματολογία γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ».

4.2.1.1 Ανάλυση και σχολιασμός δημογραφικών

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται μέσα από πίνακες τα στατιστικά για κάθε δημογραφική ερώτηση και αποτυπώνεται το προφίλ των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

«Φύλο»

Πίνακας 4.1: Κατανομή ερωτηθέντων γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά ανά φύλο

		Φύλο			
		Frequency	Percent %	Valid Percent %	Cumulative Percent %
Valid	Άνδρας	36	28,6	28,6	28,6
	Γυναίκα	90	71,4	71,4	100,0
Total		126	100,0	100,0	

Στον παραπάνω πίνακα 4.1. παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων γονέων του δείγματος με κινητικά ανάπηρα παιδιά ανά φύλο και τα ποσοστά τους. Παρατηρούμε ότι από το στο σύνολο του δείγματος των 126 γονέων που συμμετείχαν στην έρευνα οι 36 μόνο ήταν άνδρες, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 28,6% του συνόλου και οι 90 ήταν γυναίκες που αντιστοιχεί στο ποσοστό 71,4% του συνόλου.

«Μορφωτικό επίπεδο γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά»

Πίνακας 4.2. Κατανομή μορφωτικού επιπέδου γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά

Επίπεδο εκπαίδευσης γονέων				
	Frequency	Percent %	Valid Percent %	Cumulative Percent %
Valid ΑΕΙ/ΤΕΙ	43	34,1	34,1	34,1
Ανώτερη Εκπαίδευση	50	39,7	39,7	73,8
Γυμνάσιο/Λύκειο	14	11,1	11,1	84,9
Δημοτικό/Καθόλου	19	15,1	15,1	100,0
Total	126	100,0	100,0	

Εξετάζοντας το μορφωτικό επίπεδο των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρούμε ότι μεγαλύτερο ποσοστό 39,7% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι ανώτερων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, ενώ ποσοστό 34,1% έχει σπουδές αντίστοιχα επιπέδου ΑΕΙ και ΤΕΙ, ποσοστό 11,1% επιπέδου Γυμνασίου/Λυκείου και ποσοστό 15,1% επιπέδου δημοτικού ή καθόλου εκπαίδευση. Κατά συνέπεια το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων του δείγματος κρίνεται εν μέρει ικανοποιητικό.

«Οικογενειακή κατάσταση γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά»

Πίνακας 4.3. Κατανομή οικογενειακής κατάστασης γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά

Οικογενειακή Κατάσταση γονέων				
	Frequency	Percent %	Valid Percent %	Cumulative Percent %
Valid Ελεύθερος/η	8	6,3	6,3	6,3
Παντρεμένος/η	91	72,2	72,2	78,6
Χωρισμένος/η	22	17,5	17,5	96,0
Χήρος/α	2	1,6	1,6	97,6

Οικογενειακή Κατάσταση γονέων

	Frequency	Percent %	Valid Percent %	Cumulative Percent %
Άλλο	2	1,6	1,6	99,2
Ανεπαρκή στοιχεία	1	0,8	0,8	100,0
Total	126	100,0	100,0	

Η δημογραφική ερώτηση της οικογενειακής κατάστασης, έχει στόχο την μέτρηση της συχνότητας της οικογενειακής κατάστασης των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Τα ποσοστά που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση και παρουσιάζονται στον πίνακα 4.3 εμφανίζονται με ποσοστό 72,2% του δείγματος οι παντρεμένοι γονείς, ενώ με ποσοστό 17,5% εμφανίζονται οι χωρισμένοι γονείς. Παρατηρούμε μικρό ποσοστό γονέων 8% που είναι ελεύθεροι και ποσοστό 1,8% γονέων που είναι χήροι. Γενικότερα η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι έγγαμοι και έγγαμες.

4.2.1.2 Ανάλυση και σχολιασμός της συχνότητας καθώς και της μορφής κατάθλιψης που παρουσιάζουν οι γονείς με κινητικά ανάπηρα παιδιά του δείγματος

Πίνακας 4.4. Κατανομή συχνότητας και μορφή κατάθλιψης γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά

Συχνότητα κατάθλιψης γονέων

	Frequency	Percent %	Valid Percent %	Cumulative Percent %
Valid Δεν υπάρχει κατάθλιψη	3	2,4	2,4	2,4
Ήπιας μορφής κατάθλιψη	15	11,9	11,9	14,3
Μέτριας μορφής κατάθλιψη	43	34,1	34,1	48,4
Σοβαρής μορφής κατάθλιψη	65	51,6	51,6	100,0
Total	126	100,0	100,0	

Στον παραπάνω πίνακα 4.4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συχνότητας κατάθλιψης που εμφάνισαν οι γονείς των κινητικά ανάπηρων παιδιών του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ» που πήραν μέρος στην έρευνα. Όπως παρατηρούμε με συχνότητα 65 στους 126 γονείς του δείγματος με το μεγαλύτερο ποσοστό 51,6% παρουσιάζουν σοβαρή μορφή κατάθλιψης, όπου βάση της στατιστικής ανάλυσης κυμάνθηκαν μεταξύ της κρίσιμης τιμής κλίμακας (30 – 63) που αποτελεί μέτρο ένδειξης σοβαρής καταθλιπτικής διάθεσης. Συχνότητα 43 στους 126 γονείς του δείγματος με ποσοστό 34,1% παρουσιάζουν μέτρια μορφή κατάθλιψης, όπου βάση της στατιστικής ανάλυσης κυμάνθηκαν μεταξύ της κρίσιμης τιμής κλίμακας (19 – 29). Επίσης συχνότητα 15 στους 126 γονείς του δείγματος με μικρότερο ποσοστό 11,9% παρουσιάζουν ήπια μορφή κατάθλιψης, όπου βάση της στατιστικής ανάλυσης κυμάνθηκαν μεταξύ της κρίσιμης τιμής κλίμακας (10 – 18) και μόλις συχνότητα 3 στους 126 γονείς του δείγματος με ποσοστό μόλις 2,4% δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη στην περίπτωση που έχουν ένα κινητικά ανάπηρο παιδί με αποτελέσματα βάση της κρίσιμης τιμής κλίμακας (0 – 9). Γενικότερα τα αποτελέσματα της έρευνας, όσον αφορά τη συχνότητα κατάθλιψης των γονέων με κινητικά ανάπηρα τέκνα του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ», στο μεγαλύτερο ποσοστό φάνηκε να παρουσιάζει, σοβαρή μορφή έως μέτρια μορφή κατάθλιψης με κατανομή 85,7% του συνόλου του δείγματος. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι οι γονείς με κινητικά ανάπηρα παιδιά πράγματι βιώνουν μια από τις πιο στρεσογόνες εμπειρίες που η οικογένεια μπορεί να αντέξει και οι γονικές αντιδράσεις στην συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι το παιδί τους είναι διαφορετικό, περιλαμβάνουν σοκ, ενοχή, θυμό, θλίψη και άγχος που οδηγούν σε μεγάλο ποσοστό από μέτρια έως σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

4.2.2 Συνδυαστική Ανάλυση

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των δημογραφικών στοιχείων των 126 γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ» που πήραν μέρος στην έρευνα. Τέθηκαν, οι υποθέσεις συσχέτισεως βάση πιθανοτήτων μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος και της συχνότητας κατάθλιψης των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά. Στις υποθέσεις εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος συσχέτισης χ^2 Chi-Square Tests και τέθηκε ο στατιστικός περιορισμός $p\text{-value} < 0,05$.

Πίνακας 4.5. Κατανομή συχνότητας και μορφή κατάθλιψης γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά σε σχέση με το φύλο

Συχνότητα κατάθλιψης * Φύλο γονέων Crosstabulation				
Συχνότητα κατάθλιψης		Φύλο		Total
		Ανδρας	Γυναίκα	
Δεν υπάρχει κατάθλιψη	Count	1	2	3
	% within Συχνότητα κατάθλιψης	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Φύλο	2,8%	2,2%	2,4%
	% of Total	0,8%	1,6%	2,4%
Ήπιος μορφής κατάθλιψη	Count	8	7	15
	% within Συχνότητα κατάθλιψης	53,3%	46,7%	100,0%
	% within Φύλο	22,2%	7,8%	11,9%
	% of Total	6,3%	5,6%	11,9%
Μέτριας μορφής κατάθλιψη	Count	10	33	43
	% within Συχνότητα κατάθλιψης	23,3%	76,7%	100,0%
	% within Φύλο	27,8%	36,7%	34,1%
	% of Total	7,9%	26,2%	34,1%
Σοβαρής μορφής κατάθλιψη	Count	17	48	65
	% within Συχνότητα κατάθλιψης	26,2%	73,8%	100,0%
	% within Φύλο	47,2%	53,3%	51,6%
	% of Total	13,5%	38,1%	51,6%
Total	Count	36	90	126
	% within Συχνότητα κατάθλιψης	28,6%	71,4%	100,0%
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	28,6%	71,4%	100,0%

Στον παραπάνω πίνακα 4.5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συχνότητας κατάθλιψης που εμφάνισαν οι γονείς των κινητικά ανάπηρων παιδιών του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ» που πήραν

μέρος στην έρευνα σε σχέση με το φύλο (άνδρας, γυναίκα). Όπως παρατηρούμε, μόλις το 0,8% του συνόλου των ανδρών του δείγματος δεν παρουσιάζει κατάθλιψη. Ποσοστό 6,3% του συνόλου των ανδρών του δείγματος παρουσιάζει ήπιας μορφής κατάθλιψη, ποσοστό 7,9% παρουσιάζει μέτριας μορφής κατάθλιψη και το μεγαλύτερο ποσοστό 13,5% του συνόλου του δείγματος των ανδρών παρουσιάζει σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Αντίστοιχα ποσοστό μόλις 1,6% του συνόλου των γυναικών του δείγματος δεν παρουσιάζει κατάθλιψη και ποσοστό 5,6% του συνόλου των γυναικών του δείγματος παρουσιάζει ήπιας μορφής κατάθλιψη, ποσοστό 26,2% παρουσιάζει μέτριας μορφής κατάθλιψη, με το μεγαλύτερο ποσοστό 38,1% του συνόλου του δείγματος των γυναικών να παρουσιάζει σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Γενικότερα, όσον αφορά τη συσχέτιση φύλου με τη συχνότητα κατάθλιψης, τα μεγαλύτερα ποσοστά εντοπίζονται με σοβαρή μορφή κατάθλιψης στο σύνολο του δείγματος των γονέων της έρευνας και στα δυο φύλα. Η υπόθεση συσχέτισης, της συχνότητας κατάθλιψης των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά του δείγματος με το φύλο, δεν έδωσε στατιστικά σημαντική σημαντικότητα, αφού, ο στατιστικός περιορισμός $p\text{-value} < 0,05$ που τέθηκε δεν επαληθεύτηκε.

Πίνακας 4.6. Κατανομή συχνότητας και μορφή κατάθλιψης γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο

Συχνότητα κατάθλιψης * Επίπεδο εκπαίδευσης γονέων Crosstabulation						
Συχνότητα κατάθλιψης		Επίπεδο εκπαίδευσης				Total
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Ανώτερη Εκπαίδευση	Γυμνάσιο/ Λύκειο	Δημοτικό/ Καθόλου	
Δεν υπάρχει κατάθλιψη	Count	0	1	1	1	3
	% within κατάθλιψης	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within Επίπεδο εκπαίδευσης	0,0%	2,0%	7,1%	5,3%	2,4%
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%	0,8%	2,4%
Ήπιας μορφής κατάθλιψη	Count	4	8	1	2	15
	% within κατάθλιψης	26,7%	53,3%	6,7%	13,3%	100,0%

Συχνότητα κατάθλιψης * Επίπεδο εκπαίδευσης γονέων Crosstabulation

Συχνότητα κατάθλιψης		Επίπεδο εκπαίδευσης				Total
		AEI/TEI	Ανώτερη Εκπαίδευση	Γυμνάσιο/ Λύκειο	Δημοτικό/ Καθόλου	
% within Επίπεδο εκπαίδευσης		9,3%	16,0%	7,1%	10,5%	11,9%
% of Total		3,2%	6,3%	0,8%	1,6%	11,9%
Μέτριας μορφής κατάθλιψη	Count	15	16	7	5	43
% within Συχνότητα κατάθλιψης		34,9%	37,2%	16,3%	11,6%	100,0%
% within Επίπεδο εκπαίδευσης		34,9%	32,0%	50,0%	26,3%	34,1%
% of Total		11,9%	12,7%	5,6%	4,0%	34,1%
Σοβαρής μορφής κατάθλιψη	Count	24	25	5	11	65
% within Συχνότητα κατάθλιψης		36,9%	38,5%	7,7%	16,9%	100,0%
% within Επίπεδο εκπαίδευσης		55,8%	50,0%	35,7%	57,9%	51,6%
% of Total		19,0%	19,8%	4,0%	8,7%	51,6%
Total	Count	43	50	14	19	126
% within Συχνότητα κατάθλιψης		34,1%	39,7%	11,1%	15,1%	100,0%
% within Επίπεδο εκπαίδευσης		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total		34,1%	39,7%	11,1%	15,1%	100,0%

Στον παραπάνω πίνακα 4.6. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συχνότητας κατάθλιψης που εμφάνισαν οι γονείς των κινητικά ανάπηρων παιδιών του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ» που πήραν μέρος στην έρευνα σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδό τους. Όπως παρατηρούμε, το 3,2% του συνόλου των γονέων του δείγματος που έχουν ανώτατη εκπαιδευτική κατάρτιση

παρουσιάζει ήπιας μορφής κατάθλιψη, ποσοστό 11,9% μέτριας μορφής κατάθλιψη και ποσοστό 19% σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Στη συνέχεια βλέπουμε ότι ποσοστό μόλις 0,8% του συνόλου των γονέων του δείγματος που έχουν ανώτερη εκπαιδευτική κατάρτιση δεν παρουσιάζει κατάθλιψη, ποσοστό 6,3% παρουσιάζει ήπιας μορφής κατάθλιψη, ποσοστό 12,7% παρουσιάζει μέτριας μορφής κατάθλιψη και το μεγαλύτερο ποσοστό 19,8% του συνόλου των γονέων του δείγματος που έχουν ανώτερη εκπαιδευτική κατάρτιση παρουσιάζει σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Ποσοστό μόλις 0,8% του συνόλου των γονέων του δείγματος που έχουν επίπεδο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης Γυμνασίου/Λυκείου δεν παρουσιάζει κατάθλιψη, επίσης ποσοστό 0,8% παρουσιάζει ήπιας μορφής κατάθλιψη, ποσοστό 5,6% παρουσιάζει μέτριας μορφής κατάθλιψη και ποσοστό 4% του συνόλου των γονέων του δείγματος που έχουν επίπεδο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης Γυμνασίου/Λυκείου παρουσιάζει σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Ποσοστό μόλις 0,8% του συνόλου των γονέων του δείγματος που έχουν επίπεδο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης Δημοτικού ή καθόλου δεν παρουσιάζει κατάθλιψη, επίσης ποσοστό 1,6% παρουσιάζει ήπιας μορφής κατάθλιψη, ποσοστό 4% παρουσιάζει μέτριας μορφής κατάθλιψη και το μεγαλύτερο ποσοστό 8,7% του συνόλου των γονέων του δείγματος που έχουν επίπεδο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης Δημοτικού ή καθόλου παρουσιάζει σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Γενικότερα, όσον αφορά τη συσχέτιση επιπέδου εκπαίδευσης με τη συχνότητα κατάθλιψης, τα μεγαλύτερα ποσοστά εντοπίζονται με σοβαρή μορφή κατάθλιψης στο σύνολο του δείγματος των γονέων της έρευνας σε όλες τις κατηγορίες του εκπαιδευτικού επιπέδου τους. Η υπόθεση συσχέτισης, της συχνότητας κατάθλιψης των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά του δείγματος με το επίπεδο εκπαίδευσης, δεν έδωσε στατιστική σημαντικότητα, αφού ο στατιστικός περιορισμός $p\text{-value} < 0,05$ που τέθηκε δεν επαληθεύτηκε.

Πίνακας 4.7. Κατανομή συχνότητας και μορφή κατάθλιψης γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

		Συχνότητα κατάθλιψης * Οικογενειακή Κατάσταση γονέων Crosstabulation						Total
		Οικογενειακή Κατάσταση						
Συχνότητα κατάθλιψης		Ελεύθερος/ η	Παντρεμένος /η	Χωρισμένος/ η	Χήρος/α	Άλλο	Ανεπαρκή στοιχεία	
Δεν υπάρχει κατάθλιψη	Count	0	1	2	0	0	0	3
κατάθλιψη	% within Συχνότητα κατάθλιψης	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Συχνότητα κατάθλιψης * Οικογενειακή Κατάσταση γονέων Crosstabulation

Συχνότητα κατάθλιψης		Οικογενειακή Κατάσταση					Total	
		Ελεύθερος/ η	Παντρεμένος /η	Χωρισμένος/ η	Χήρος/α	Άλλο		Ανεπαρκή στοιχεία
% within	Οικογενειακή Κατάσταση	0,0%	1,1%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
% of Total		0,0%	0,8%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
Ήπιας μορφής κατάθλιψη	Count	1	10	3	0	1	0	15
% within	Συχνότητα κατάθλιψης	6,7%	66,7%	20,0%	0,0%	6,7%	0,0%	100,0%
% within	Οικογενειακή Κατάσταση	12,5%	11,0%	13,6%	0,0%	50,0%	0,0%	11,9%
% of Total		0,8%	7,9%	2,4%	0,0%	0,8%	0,0%	11,9%
Μέτριας μορφής κατάθλιψη	Count	3	34	5	0	1	0	43
% within	Συχνότητα κατάθλιψης	7,0%	79,1%	11,6%	0,0%	2,3%	0,0%	100,0%
% within	Οικογενειακή Κατάσταση	37,5%	37,4%	22,7%	0,0%	50,0%	0,0%	34,1%
% of Total		2,4%	27,0%	4,0%	0,0%	0,8%	0,0%	34,1%
Σοβαρής μορφής κατάθλιψη	Count	4	46	12	2	0	1	65
% within	Συχνότητα κατάθλιψης	6,2%	70,8%	18,5%	3,1%	0,0%	1,5%	100,0%
% within	Οικογενειακή Κατάσταση	50,0%	50,5%	54,5%	100,0%	0,0%	100,0%	51,6%
% of Total		3,2%	36,5%	9,5%	1,6%	0,0%	0,8%	51,6%
Total	Count	8	91	22	2	2	1	126
% within	Συχνότητα κατάθλιψης	6,3%	72,2%	17,5%	1,6%	1,6%	0,8%	100,0%
% within	Οικογενειακή Κατάσταση	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Συχνότητα κατάθλιψης * Οικογενειακή Κατάσταση γονέων Crosstabulation

Συχνότητα κατάθλιψης % of Total	Οικογενειακή Κατάσταση						Total
	Ελεύθερος/ η	Παντρεμένος /η	Χωρισμένος/ η	Χήρος/α	Άλλο	Ανεπαρκή στοιχεία	
	6,3%	72,2%	17,5%	1,6%	1,6%	0,8%	

Στον παραπάνω πίνακα 4.7. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συχνότητας κατάθλιψης που εμφάνισαν οι γονείς των κινητικά ανάπηρων παιδιών του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ» που πήραν μέρος στην έρευνα σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση τους. Όπως παρατηρούμε, μόλις το 0,8% του συνόλου των ελεύθερων γονέων του δείγματος παρουσιάζει ήπιας μορφής κατάθλιψη, ποσοστό 2,4% μέτριας μορφής κατάθλιψη και ποσοστό 3,2% σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Στη συνέχεια βλέπουμε ότι ποσοστό μόλις 0,8% του συνόλου των παντρεμένων γονέων του δείγματος δεν παρουσιάζει κατάθλιψη, ποσοστό 7,9 % παρουσιάζει ήπιας μορφής κατάθλιψη, ποσοστό 27% παρουσιάζει μέτριας μορφής κατάθλιψη και το μεγαλύτερο ποσοστό 36,5% του συνόλου του δείγματος των παντρεμένων γονέων παρουσιάζει σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Ποσοστό 1,6% του συνόλου των χωρισμένων γονέων του δείγματος δεν παρουσιάζει κατάθλιψη, ποσοστό 2,4% παρουσιάζει ήπιας μορφής κατάθλιψη, ποσοστό 4% παρουσιάζει μέτριας μορφής κατάθλιψη και το μεγαλύτερο ποσοστό 9,5% του συνόλου του δείγματος των χωρισμένων γονέων παρουσιάζει σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Στην περίπτωση των χήρων γονέων του δείγματος παρατηρείται ότι, ποσοστό 100% στη συνολική αναλογία του δείγματος παρουσιάζει σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Γενικότερα, όσον αφορά τη συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης με τη συχνότητα κατάθλιψης, τα μεγαλύτερα ποσοστά εντοπίζονται με σοβαρή μορφή κατάθλιψης στο σύνολο του δείγματος της έρευνας σε όλες τις κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης. Η υπόθεση συσχέτισης, της συχνότητας κατάθλιψης των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά του δείγματος με την οικογενειακή κατάσταση, δεν έδωσε στατιστική σημαντικότητα, αφού ο στατιστικός περιορισμός $p\text{-value} < 0,05$ που τέθηκε δεν επαληθεύτηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Σε αυτό το τελευταίο κεφάλαιο γίνεται μία ανακεφαλαίωση των όσων έχουν αναφερθεί στις προηγούμενες σελίδες της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας, καθώς επίσης και των στοιχείων που προκύπτουν συνολικά από τη διεξαγωγή της έρευνας.

Η απόκτηση ενός παιδιού με κινητική αναπηρία είναι ένα από τα προβλήματα που θα κλονίσει τη συνοχή της οικογένειας και θα διαταράξει την ισορροπία των σχέσεων. Η οικογένεια έχει να αντιμετωπίσει εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις. Οι γονείς περνούν μια σειρά συναισθηματικών σταδίων μέχρι να αποδεχθούν τη διάγνωση της αναπηρίας του παιδιού τους. Η σειρά αυτών των σταδίων δεν διαφέρει από αυτή που ακολουθεί την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Ως εκ τούτου αρχίζουν να έχουν χιλιάδες ερωτήματα και αυτό που μένει και στροβιλίζει το μυαλό τους και συνθλίβει τα όνειρά τους, είναι ότι το παιδί τους είναι διαφορετικό, είναι ένα παιδί με αναπηρία. Παγιδευμένοι οι γονείς σε μια πραγματικότητα που μισούν και δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν, είναι δυνατό να νιώθουν την κατάσταση του παιδιού τους τιμωρία για τους ίδιους.

Οι γονείς των κινητικά αναπήρων παιδιών προσπαθούν να αρνηθούν να αποδεχθούν πλήρως τι συμβαίνει. Μένοντας στην άρνηση μπορεί να είναι ένας τρόπος αποφυγής της ευθύνης, καθώς και οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές. Το άγχος είναι μια άλλη κατάσταση θλίψης. Η αγωνία και ο πόνος που προκαλεί συχνά προειδοποιεί τους γονείς ότι πρόκειται να βιώσουν την αλλαγή. Επόμενη είναι η ενοχή. Οι περισσότεροι γονείς κατηγορούν τον εαυτό τους.

Για να ερμηνευθούν οι ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις των γονέων στην πρώτη ανακοίνωση ή διάγνωση της αναπηρίας, έχουν προταθεί διάφορα ψυχολογικά μοντέλα, τα οποία επιτρέπουν ένα βαθμό πρόβλεψης σχετικά με το τι θα περάσουν οι γονείς.

Πριν οι γονείς αποδεχτούν την αναπηρία του παιδιού τους, διέρχονται μια σειρά συναισθηματικών σταδίων (Blacher, J., 1984a). Οι (Drotar, D. et al, 1975) σε μελέτη τους περιγράφουν τα ακόλουθα στάδια:

- Σοκ: Οι περισσότεροι γονείς νιώθουν υπερβολικό σοκ στο άκουσμα της διάγνωσης της ασθένειας ή της αναπηρίας του παιδιού τους.
- Άρνηση: Οι γονείς αντιμετωπίζουν με δυσπιστία και άρνηση τη διάγνωση προκειμένου να δραπετεύσουν από την πραγματικότητα.
- Θλίψη, θυμός, αγωνία: Η εκδήλωση υπερβολικής θλίψης, δυνατού θυμού ή θρήνου συνήθως είναι κοινές αντιδράσεις στους γονείς παιδιών με αναπηρία που συνοδεύουν ή ακολουθούν την άρνηση.
- Προσαρμογή: Όταν τα έντονα συναισθήματα υποχωρούν, οι γονείς περνούν σε μια φάση προσαρμογής και είναι σε θέση να φροντίζουν κατάλληλα το παιδί τους.
- Αναδιοργάνωση: Η φάση της αναδιοργάνωσης αναφέρεται σε μια θετική στάση και μια μακροπρόθεσμη αποδοχή του παιδιού με την αναπηρία από τους γονείς του.

Κλινική έρευνα έχει δείξει ότι η στάση της μητέρας ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση στο παιδί με αναπηρία. Κατά αυτό τον τρόπο αν εκείνη αποδεχθεί το πρόβλημα με λογική και το αντιμετωπίσει με τον κατάλληλο τρόπο, το ίδιο θα κάνουν και τα άλλα μέλη της οικογένειας. Γιατί στην πραγματικότητα το μεγαλύτερο βάρος αυτής της κατάστασης το έχει η μητέρα, ως ο άνθρωπος που θα το φροντίζει και θα έχει την ευθύνη του, όπως και για τα άλλα παιδιά στην οικογένεια (Dale, N., 2000).

Το αν οι γονείς μπορούν να επικοινωνήσουν μεταξύ τους όταν υπάρχει ένα παιδί με κινητική αναπηρία, θα επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο και οι δύο βλέπουν και αντιλαμβάνονται την κατάσταση του παιδιού τους, τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις προς το παιδί, την ικανότητα να μοιράζονται τα πρακτικά καθήκοντα που το αφορούν και την επιτυχή ενσωμάτωση αυτών στην καθημερινή ζωή τους.

Οι γονείς, που αντιμετωπίζουν την εμφάνιση μιας κινητικής αναπηρίας σε κάποιο παιδί τους είναι κατά κανόνα εκτεθειμένοι σε ισχυρά και πολλαπλά στρεσογόνα ερεθίσματα που οδηγούν σε κατάθλιψη. Η κατάθλιψη έχει πολλά πρόσωπα και μπορεί να πάρει πολλές μορφές με ποσοτικές και ποιοτικές παραλλαγές των συμπτωμάτων της. Επιπρόσθετα η συγκεκριμένη νόσος δεν εμφανίζεται με τα ίδια συμπτώματα σε όλα τα άτομα, καθώς ο άνθρωπος που έχει κατάθλιψη υποφέρει πολύ και αυτό διαχέεται σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του και σε όλες τις δραστηριότητές του.

Σύμφωνα με τις αρχές της θεωρίας του στρες, η αντικειμενική επιβάρυνση θεωρείται το σύνολο των στρεσογόνων παραγόντων που δυνητικά αυξάνει την ευαισθησία του ατόμου και συντελεί στη δημιουργία αισθήματος υποκειμενικής επιβάρυνσης. Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στην αντικειμενική και την υποκειμενική επιβάρυνση είναι περίπλοκη. Φαίνεται ότι μεσολαβούν μια πληθώρα διαμεσολαβητικών παραγόντων, όπως η σχέση με το άρρωστο κινητικά παιδί και η κοινωνική υποστήριξη που επηρεάζουν τη γνωστική εκτίμηση των στρεσογόνων παραγόντων και αυτή με τη σειρά της καθορίζει τον τρόπο που βιώνεται η αναπηρία του παιδιού από τους γονείς του.

Δεδομένου ότι ο σκοπός, της εν λόγω έρευνας, ήταν να διερευνήσει τη συχνότητα αλλά και τη μορφή ανάπτυξης κατάθλιψης σε γονείς παιδιών με κινητικές αναπηρίες, αναφορικά με τη παραγοντική δομή της κλίμακας ερωτηματολογίου του Beck – II, απορρέουν τα εξής συμπεράσματα:

Από το σύνολο του δείγματος των 126 γονέων που συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 28,6% του συνόλου ήταν άνδρες και ποσοστό που αντιστοιχεί στο 71,4% του συνόλου ήταν γυναίκες.

Εξετάζοντας το μορφωτικό επίπεδο των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρούμε ότι μεγαλύτερο ποσοστό 39,7% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι ανώτερων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, ενώ ποσοστό 34,1% έχει σπουδές αντίστοιχα επιπέδου ΑΕΙ και ΤΕΙ, ποσοστό 11,1% επιπέδου Γυμνασίου/Λυκείου και ποσοστό 15,1% επιπέδου δημοτικού ή καθόλου εκπαίδευση.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά, εμφανίζονται με ποσοστό 72,2% του δείγματος οι παντρεμένοι γονείς, ενώ με ποσοστό 17,5% εμφανίζονται οι χωρισμένοι γονείς. Παρατηρούμε μικρό ποσοστό γονέων 8% που είναι ελεύθεροι και ποσοστό 1,8% γονέων που είναι χήροι. Γενικότερα η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι έγγαμοι και έγγαμες.

Ειδικότερα τα αποτελέσματα της έρευνας, όσον αφορά τη συχνότητα κατάθλιψης των γονέων με κινητικά ανάπηρα τέκνα του ιδιωτικού υποστηρικτικού κέντρου αποκατάστασης παιδών «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ», στο μεγαλύτερο ποσοστό φάνηκε να παρουσιάζει, σοβαρή μορφή έως μέτρια μορφή κατάθλιψης με κατανομή 85,7% του συνόλου του δείγματος. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι οι γονείς με κινητικά ανάπηρα παιδιά πράγματι βιώνουν μια από τις πιο στρεσογόνες εμπειρίες που η οικογένεια μπορεί να αντέξει και οι γονικές

αντιδράσεις στην συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι το παιδί τους είναι διαφορετικό, περιλαμβάνουν σοκ, ενοχή, θυμό, θλίψη και άγχος που οδηγούν σε μεγάλο ποσοστό από μέτρια έως σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

Όσον αφορά, τη συσχέτιση φύλου με τη συχνότητα κατάθλιψης, τα μεγαλύτερα ποσοστά εντοπίζονται με σοβαρή μορφή κατάθλιψης στο σύνολο του δείγματος των γονέων της έρευνας και στα δυο φύλα. Η υπόθεση συσχέτισης, της συχνότητας κατάθλιψης των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά του δείγματος με το φύλο, δεν έδωσε στατιστική σημαντικότητα, αφού, ο στατιστικός περιορισμός $p\text{-value}<0,05$ που τέθηκε δεν επαληθεύτηκε.

Επίσης, όσον αφορά τη συσχέτιση επιπέδου εκπαίδευσης με τη συχνότητα κατάθλιψης, τα μεγαλύτερα ποσοστά εντοπίζονται με σοβαρή μορφή κατάθλιψης στο σύνολο του δείγματος των γονέων της έρευνας σε όλες τις κατηγορίες του εκπαιδευτικού επιπέδου τους. Η υπόθεση συσχέτισης, της συχνότητας κατάθλιψης των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά του δείγματος με το επίπεδο εκπαίδευσης, δεν έδωσε στατιστική σημαντικότητα, αφού ο στατιστικός περιορισμός $p\text{-value}<0,05$ που τέθηκε δεν επαληθεύτηκε.

Τέλος, όσον αφορά τη συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης με τη συχνότητα κατάθλιψης, τα μεγαλύτερα ποσοστά εντοπίζονται με σοβαρή μορφή κατάθλιψης στο σύνολο του δείγματος της έρευνας σε όλες τις κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης. Η υπόθεση συσχέτισης, της συχνότητας κατάθλιψης των γονέων με κινητικά ανάπηρα παιδιά του δείγματος με την οικογενειακή κατάσταση, δεν έδωσε στατιστική σημαντικότητα, αφού ο στατιστικός περιορισμός $p\text{-value}<0,05$ που τέθηκε δεν επαληθεύτηκε.

Προτάσεις

Οι οικογένειες που έχουν παιδιά με κινητική αναπηρία βιώνουν μια σειρά από έντονες συναισθηματικές εκδηλώσεις όπως συναισθηματική ματαίωση και θυμό, με αποτέλεσμα τη χρόνια κόπωση και θλίψη σε σχέση με αλλαγές και περιορισμούς στον τρόπο ζωής τους. Στην Ελλάδα αποτελεί κοινό τόπο ότι οι οικογένειες έχουν την υποχρέωση να παρέχουν υποστήριξη/φροντίδα στα μέλη τους με αναπηρία. Στην πραγματικότητα, όμως, υπάρχουν αυξημένες δυσκολίες όσον αφορά στη γνώση, την ικανότητα και τη δύναμη που έχουν οι οικογένειες με παιδιά/άτομα με αναπηρία στην παροχή της ολοκληρωμένης υποστήριξης / φροντίδας.

Γενικότερα για τους παραπάνω λόγους θα πρότεινα:

Να ενισχυθεί και να ληφθεί μέριμνα από την πολιτεία, όσον αφορά την έλλειψη μόνιμων υποστηρικτικών δομών για τις οικογένειες με παιδιά με αναπηρία και κυρίως με βαριές κινητικές αναπηρίες και πολλαπλές ανάγκες εξάρτησης που κάνουν αβάσταχτο το βάρος και συχνά παρατηρούνται ακραίες καταστάσεις, όπως η απόρριψη, η χρήση βίας, η διάλυση της οικογένειας, ψυχονευρωτικές καταστάσεις, ακόμα και αυτοκτονίες γονέων. Οι οικογένειες, είναι πολύ σημαντικό, να λαμβάνουν υποστήριξη που να τις καθιστά δυνατές, έτσι ώστε:

- Να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις.
- Να στοχεύουν στη βελτίωση και εξέλιξη του παιδιού με κινητική αναπηρία.
- Να λειτουργούν ως διεκδικητές των δικαιωμάτων του παιδιού με κινητική αναπηρία.
- Να στοχεύουν στο μέγιστο βαθμό αυτοδυναμίας του παιδιού με κινητική αναπηρία.

Επίσης ιδιαίτερη στήριξη πρέπει να δοθεί σε:

- Οικογένειες που βρίσκονται σε κακή οικονομική κατάσταση λόγω της οικονομικής κρίσης.
- Μονογονεϊκές οικογένειες με παιδί με κινητική αναπηρία.
- Πολύτεκνες οικογένειες με παιδί με κινητική αναπηρία.

➤ Οικογένειες και ιδιαίτερα στους γονείς με παιδιά με κινητική αναπηρία να χορηγείται η απαραίτητη και ουσιαστική ψυχολογική υποστήριξη με μέριμνα του ίδιου του κράτους.

➤ Οικογένειες και ιδιαίτερα στις μονογονεϊκές να προσφέρονται δωρεάν ειδικά κέντρα ολιγόωρης κράτησης των παιδιών για ψυχολογική εκτόνωση των γονέων.

➤ Οικογένειες με περισσότερα από ένα παιδιά με κινητική αναπηρία.

➤ Οικογένειες που οι ίδιοι οι γονείς έχουν αναπηρία

➤ Οικογένειες μεταναστών με παιδί με κινητική αναπηρία.

Επιπλέον θα πρότεινα, για τις οικογένειες που έχουν παιδιά με κινητική αναπηρία πρέπει να αναπτυχθεί ένα δίκτυο δια – βίου ψυχολογική υποστήριξής τους. Όπου οικογένειες με νεογέννητο παιδί με αναπηρία θα λάμβαναν υποστήριξη:

➤ Στον τρόπο με τον οποίο οι γονείς ενημερώνονται για την αναπηρία του νεογέννητου παιδιού τους αμέσως μετά τη γέννηση. Γιατί έχει μεγάλη σημασία και αποτελεί ένα ιδιαίτερα λεπτό θέμα. Συχνά η διάγνωση δεν είναι σαφής και πολλές φορές αφορά ακόμη και τις πιο εμφανείς αναπηρίες.

➤ Ο γιατρός μπορεί να μην έχει συναντήσει καθόλου ή να έχει συναντήσει περιορισμένο αριθμό τέτοιων περιπτώσεων, όπου ένα παιδί γεννιέται με κάποια βαριά αναπηρία, και συνήθως οι γνώσεις του για τις υπηρεσίες και την υποστήριξη που υπάρχουν είναι περιορισμένες. Όλοι οι γιατροί πρέπει να εκπαιδεύονται, ώστε να μπορούν να ενημερώνουν τους γονείς για την αναπηρία του παιδιού τους με ειλικρίνεια και με τον καταλληλότερο τρόπο, σεβόμενοι το δικαίωμα των γονέων να μαθαίνουν την αλήθεια.

➤ Η ενημέρωση των γονιών πρέπει να γίνεται με προσοχή και με τρόπο που να ενισχύεται ο ρόλος των γονιών στην ανατροφή του παιδιού τους. Σε αυτό το στάδιο, πρέπει σε όλη την οικογένεια (γονείς, αδέρφια, παππούδες, γιαγιάδες) του παιδιού που γεννιέται με την αναπηρία να παρέχεται η κατάλληλη υποστήριξη. Αυτό απαιτεί ευρεία ενημέρωση και κατάρτιση όλων των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας.

➤ Τέλος, οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται για τις κοινωνικές και συναισθηματικές προεκτάσεις μιας αναπηρίας και αυτό μπορεί να γίνει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο από καλά ενημερωμένους γονείς που έχουν παιδί με παρόμοια κινητική αναπηρία. Σημαντική, επίσης, εκτός από την ενημέρωση είναι και η παροχή συμβουλών και υποστήριξης ενός γονέα

που έχει παιδί με αναπηρία από άλλο γονέα που βιώνει παρόμοια κατάσταση.

Περιορισμοί Έρευνας

Στη διεξαγωγή της έρευνας παρουσιάστηκαν σχετικά ελάχιστες δυσκολίες κατά τη διάρκεια της διαμόρφωσης και της συλλογής των δεδομένων, επισημαίνω μόνο μια μικρή δυσκολία στην επικοινωνία με τους γονείς των κινητικά ανάπηρων παιδιών του υποστηρικτικού κέντρου «ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ» λόγω ότι το δείγμα συλλέχτηκε καλοκαιρινούς μήνες.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- ✚ *Australian National University Psychology Clinic (2003): "Salih Ozgul": Parental Grief & Serious Mental Illness*
- ✚ *Beckam, P., (1983) :Influence of Selected Child Characteristics on Stress in Families of Handicapped Infants: American Journal of Mental Deficiency ,88, pp150-156*
- ✚ *Blacher, J., (1984a) : Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps : fact or artifact?, Mental Retardation, 22, pp55-68*
- ✚ *Cohen, M., (1982). Impact of a Handicapped Child on the Family. Yale-New Haven Teachers Institute, ανακληθέν στις 12-11-2005 από <http://www.yale.edu/ynhti/curriculum/units/1982/6/82.06.08.x.html>*
- ✚ *Dale, N., (2000): Τρόποι συνεργασίας με οικογένειες Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες. Επιμ.: Καπετάνιος Β., Εκδόσεις «Ελλην»*
- ✚ *Drotar, D ., Baskieriwicz, A., Irvin , N. & Kenell, J., (1975): Η προσαρμογή των γονέων προς το γέννηση ενός βρέφους με συγγενή δυσμορφία : Ένα υποθετικό μοντέλο. Παιδιατρική ,56 (5)*
- ✚ *Dunst,C.J., Trivette, C.M., Cross, A.H., (1986): Mediating influences of social support, personal, family, and child outcomes. American Journal of Mental Deficiency, 90 (4),pp403-41*
- ✚ *Eakes, G., Georgene, (1995): Chronic Sorrow: The Lined Experience of Parents of Chronically Mentally Ill Individuals, Archives of Psychiatric Nursing, Vol. IX*
- ✚ *Fadden, G., Bebbington P., Kuipers L., (1987): Caring and its burdens.A study of depressed patients. British Journal of Psychiatry, 151,pp660-667*
- ✚ *Farber, B., (1975), Family adaptations to severely mentally retarded children. In M. J. Begag and S.A. Richardson (eds), The Mentally Retarded and the Society: A Social Science Perspective, Baltimore, University Park Press.*
- ✚ *Fewel, R., (1986): A Handicapped Child in the Family . In R.Vadasy (Eds), Families*

- of Handicapped Children: Needs and Supports across the Life Span. Austin, Tx Pro-Ed*
- ✚ Gath, A.,(1977): “The impact of an abnormal child upon the parents” *British Journal of Psychiatry*,130, pp405-410
 - ✚ Grad, Jacqueline and Sainsbury, Peter., (1963): *Mental illness and the family.*
 - ✚ Gunningham , C.C. and Davis, H., (1985): *Working with Parents: Frameworks for Collaboration, Milton Keynes: Open University Press*
 - ✚ Hill, F., Newmark, R. & Le Grange, L., (2003): *Subjective perceptions of stress & coping by mothers of children with intellectual disability: a needs assessment. International Journal of special Education 18(1): 36-43*
 - ✚ Lusting, D., (2002): *Family coping in families with a child with disability. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 37(1), 14-22*
 - ✚ Murray T., (1980): *Better Ads From Wheels , Advertising Age, July 7, p- 48*
 - ✚ Nadeau, J., (1998): *Families making sense of death. London: Sage Publications*
 - ✚ Serrano, J.A., (1985): *L’ enfant malade chronique et sa famille. Thérapie Familiale de Genève Vol.6, No4, pp375-390*
 - ✚ Shapiro, E., (1994): *Grief as a Family Process. (eds) New York: Guilford Press*
 - ✚ Szumuckler, G.I., (1996): *Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 31, pp137-148*

Ελληνική

- ✚ Alexander, R., (1974) «Η Ψυχοδυναμική της Οικογένειας που έχει ανάπηρο παιδί », *Μετάφραση Χρηστάκη, Τ., Εκλογή Θεάτων Κοινωνικής Πρόνοιας, 8, Αθήνα , σελ.6-14*
- ✚ Dale, Naomi., (2000): *Τρόποι συνεργασίας με οικογένειες Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες . Επιμ.: Καπετάνιος Β., Εκδόσεις «Ελλην»*
- ✚ Gallias, M.,(1989): *Συμβουλευτική εργασία με γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες. Στο Γ., Τσιάντης & Σ., Μανωλόπουλος, (Επιμ.) Σύγχρονα Θέματα παιδοψυχιατρικής, Γ' τόμ.: Θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Καστανιώτης*
- ✚ Mitchell, David., R., (1986): «Αναπτυξιακή Συστημική Προσέγγιση στο Σχεδιασμό και στην Αξιολόγηση των Υπηρεσιών για τους Ανθρώπους με Αναπηρίες»
- ✚ *Αποτελέσματα Αξιολόγησης Προγραμμάτων Επαγγελματικής Κατάρτισης και Αποκατάστασης νέων με κινητικές δυσκολίες στην Πληροφορική, 1989-2000: Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης, Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας, Αθήνα.*
- ✚ Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή - Αζίζι, Α. (2006): *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα Πηγή: <http://www.ibrt.gr/therapeia/katathlipsh.html>*
- ✚ Μπουσκάλια, Λεό., (1993): « Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και οι Γονείς τους», *Εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα*
- ✚ Παπαδιώτη - Αθανασίου, Β., Σόφτα-Nall Λία., (2006): «Οικογενειακή – Συστημική Θεραπεία. Βασικές προσεγγίσεις θεωρητικές θέσεις και πρακτική εφαρμογή», *Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα*
- ✚ Πολεμικός , Ν. & Τσιμπιδάκη, (2002): *Η Οικογένεια με Ειδικές Ανάγκες ως σύστημα. Στο Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία. Τόμος Β, Αποκλίνουσες Διαστάσεις το χώρο της οικογένειας, σ .324-336. Ν. Πολεμικός, Μ. Καϊλα και Φ. Καλαβάσης (επιμέλεια Έκδοσης). Αθήνα: Ατραπό.*
- ✚ Σαπχατζίδου, Ε., (2009): *Έφηβοι με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και γονεϊκά*

- προβλήματα :Μια εμπειρία βιωματικής προσέγγισης, εμφύχωσης και στήριξης μέσα από τη δυναμική της ομάδας / Συλλογικό έργο, Μαρίνα Πατσίδου, Μαρία Ρόμπα, Ελένη Σαχπατζίδου. - 1η έκδ. – Κιλκίς, σελ. 69*
- ✚ *Τσαμπαρλή - Κιτσαρά, (1999): Η Αξιολόγηση της Δυσλειτουργικής Οικογένειας: Προβληματισμός Σχετικά με το Έργο της Αξιολόγησης της Δυσλειτουργικής Οικογένειας. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Α –Β Ειδικό Τεύχος 1999, 79-97*
- ✚ *Τσιάντης, Ι., Μανολόπουλος, Σ., (1989): Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής , τόμος Α μέρος (III), Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.*
- ✚ *Χριστοδούλου, Γ.Ν., (1996) : Κατάθλιψη, 22ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 1996 , Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ISSN*

Πηγές – Links

- ✚ *Κατσαούνη Μαρία, BSc (Hons) – MSc Ψυχολόγος Υγείας:*
<http://www.psychology.gr/blog/103-%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%BF%CF%88%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%B1/460-2010-10-18-12-52-48.html>
- ✚ *Άκρο «Κατάθλιψη: Αίτια και αντιμετώπιση» του Κοκκώλη Κων/νου ψυχίατρου στον ιστότοπο:* <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/155/katathlipsi-aitia-kai-antimetwpsisi.html>
- ✚ <http://www.stress.gr> site του ψυχιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- ✚ *Άρθρο της Δήμητρας Βαίτσου, Σύμβουλος υγείας.*
http://dimitravaitsou.blogspot.gr/2012/03/blog-post_3911.html#uds-search-results
21/05/2012

Παράρτημα Ι

Ερωτηματολόγιο – Έγκριση Χρήσης Ερωτηματολογίου



Ινστιτούτο Ψυχολογίας & Υγείας

Έδισσον 6, Θεσσαλονίκη 546 40 • Τηλ./Fax: 031 865.525 • e-mail:ipsy@otenet.gr • http://www.otenet.gr/ipsy

11 Μαρτίου 2015

Αγαπητή κυρία Αικατερίνη Αργειτάκου,

Σας χορηγούμε την άδεια σχετικά με αίτημά σας, όπως, να έχετε τη δυνατότητα να κάνετε χρήση του ερωτηματολογίου του Beck για την κατάθλιψη, με σκοπό εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας σας στο θέμα «Μελέτη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε γονείς παιδιών με κινητική αναπηρία», η οποία διενεργείται στο ΠΜΣ Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας & Διαχείριση κρίσεων στο πλαίσιο ολοκλήρωσης μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών.

Η υπεύθυνη,

Τάνια Αναγνωστοπούλου, Ph.D.

Κλινική ψυχολόγος





**ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΑΙΔΩΝ
«ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ»**

Αθήνα 07/08/2015
Αρ. Πρωτ.

Προς: Κ^α Αργειτάκου Αικατερίνη
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια,
ΠΜΣ «Διοίκηση Υπηρεσιών
Υγείας και Διαχείρισης
Κρίσεων»
Μαγούλα Σπάρτης
Τ.Κ. 23100 Σπάρτη

ΘΕΜΑ: «Σχετικά με την 18/12/2014 Αίτησή σας»

Σε απάντηση της σχετικής έγγραφης αίτησής σας κι όσον αφορά την διεξαγωγή μέσω δομημένου ερωτηματολογίου για τη λήψη δεδομένων, σας γνωρίζουμε ότι το Υποστηρικτικό μας Κέντρο σας χορηγεί την απαιτούμενη άδεια ώστε να προβείτε στη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων με συμμετοχή γονέων των παιδιών ευθύνης του Κέντρου μας.

Ο Υπεύθυνος του Κέντρου

Χαράλαμπος Χατζής

ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΕΠΕ
ΥΠΟΚ. ΜΙΑΤΙΔΟΥ 25 & ΖΕΠΠΟΥ 21, ΓΛΥΦΑΔΑ Τ.Κ. 166 75
ΚΕΝΤΡΙΚΟ: ΑΓΑΜΕΜΝΟΝΟΣ 11-13, ΜΑΡΟΥΣΙ Τ.Κ. 151 24
ΤΗΛ. ΚΕΝΤΡ.: 210 6198901 - ΥΠΟΚ.: 210 9637200
ΑΦΜ: 095775190 ΔΟΥ: ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ

w w w : t h e l i s i . g r

Σωρού 27 & Πάφου
15 125 Μαρούσι
Τηλ./Fax: 210 6198 901-2

Ζέππου 21 & Μιλτιάδου
16 675 Γλυφάδα
Τηλ./Fax: 210 9637 200

Ερωτηματολόγιο BECK – ΙΙ

Σ' αυτό το ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομάδες από φράσεις. Σε παρακαλούμε να διαβάσεις τις φράσεις στην κάθε ομάδα προσεχτικά. Μετά, διάλεξε στην κάθε ομάδα τη φράση που περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που αισθάνεσαι. ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΑ.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ (1) Άνδρας (2) Γυναίκα I ___ I I ___ I

ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Ελεύθερος
2. Παντρεμένος/η ή συζεί με σύντροφο
3. Χωρισμένος/η
4. Χήρος/α
5. Άλλο
9. Ανεπαρκή στοιχεία

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ I ___ I

1. Πανεπιστήμιο ή ισοδύναμα
2. Διάμεσο μεταξύ δευτεροβάθμιου επιπέδου & Παν/μίου (Ανώτερη Σχολή)
3. Γυμνάσιο – Λύκειο
4. Δημοτικό ή καθόλου
9. Ανεπαρκή στοιχεία

Βάλε έναν κύκλο γύρω από τον αριθμό που διάλεξες σε κάθε ομάδα. Αν περισσότερες από μία φράσεις σε εκφράζουν εξίσου, βάλε έναν κύκλο γύρω από την κάθε μία. Πρόσεξε να διαβάσεις όλες τις φράσεις σε κάθε ομάδα πριν κάνεις την επιλογή σου.

1. 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος / η
1. Αισθάνομαι λυπημένος / η
2. Είμαι συνέχεια λυπημένος / η και δεν μπορώ να ξεφύγω απ' αυτό

3. Είμαι τόσο λυπημένος / η και δυστυχισμένος / η που δεν μπορώ να το υποφέρω

2. 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απογοητευμένος / η για το μέλλον
 1. Αισθάνομαι απογοητευμένος / η για το μέλλον
 2. Δεν έχω τίποτα για να ελπίζω
 3. Αισθάνομαι ότι το μέλλον είναι σκοτεινό και δεν μπορώ να κάνω τίποτα γι' αυτό

3. 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος / η
 1. Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από ότι ένας μέτριος άνθρωπος
 2. Καθώς κοιτάζω τη ζωή μου μέχρι τώρα αισθάνομαι ότι είναι όλο αποτυχίες
 3. Αισθάνομαι ότι είμαι ένας αποτυχημένος άνθρωπος.

4. 0. Ευχαριστιέμαι από τα πράγματα όπως παλιά
 1. Δεν έχω τα κέφια που είχα άλλοτε
 2. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα πραγματικά
 3. Δεν ευχαριστιέμαι με τίποτα και βαριέμαι τα πάντα.

5. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος / η
 1. Αισθάνομαι ένοχος / η αρκετά συχνά
 2. Αισθάνομαι ένοχος / η τον περισσότερο καιρό
 3. Αισθάνομαι συνέχεια ένοχος / η.

6. 0. Δεν αισθάνομαι ότι με τιμωρούν
 1. Αισθάνομαι ότι μπορεί να με τιμωρούν
 2. Περιμένω την τιμωρία
 3. Αισθάνομαι ότι με τιμωρούν.

7. 0. Δεν είμαι απογοητευμένος / η από τον εαυτό μου.

1. Είμαι απογοητευμένος / η από τον εαυτό μου
2. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
3. Μισώ τον εαυτό μου.

8. 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος / η από τους άλλους

1. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τις αδυναμίες και τα λάθη μου
2. Κατηγορώ τον εαυτό μου συνέχεια για τα λάθη μου
3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για ότι κακό συμβεί.

9. 0. Δεν έχω σκεφτεί ποτέ να αυτοκτονήσω

1. Έχω σκεφτεί να αυτοκτονήσω αλλά δεν το επεχείρησα ποτέ
2. Θα ήθελα να αυτοκτονήσω
3. Θα αυτοκτονούσα αν είχα την κατάλληλη ευκαιρία.

10.0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο

1. Τώρα κλαίω περισσότερο απ' ότι παλαιότερα
2. Τώρα κλαίω συνέχεια
3. Παλαιότερα μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα δεν μπορώ παρ' όλο που το θέλω

11.0. Δεν ενοχλούμαι τώρα περισσότερο απ' ότι στο παρελθόν

1. Τώρα ενοχλούμαι ή στενοχωριέμαι ευκολότερα απ' ότι στο παρελθόν.
2. Τώρα ενοχλούμαι με το παραμικρό
3. Τώρα δεν με ενοχλούν καθόλου τα πράγματα που με ενοχλούσαν

12.0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους

1. Οι άνθρωποι με ενδιαφέρουν λιγότερο απ' ό τι στο παρελθόν
2. Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για τους άλλους.
3. Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους.

13.0. Παίρνω αποφάσεις όπως και στο παρελθόν

1. Αναβάλω να πάρω αποφάσεις περισσότερο απ' ό τι στο παρελθόν.
2. Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις τώρα
3. Δεν μπορώ πια καθόλου να παίρνω αποφάσεις.

14.0. Δεν νομίζω ότι έχω ασχημύνει

1. Φοβάμαι ότι μοιάζω άσχημος / η και γέρος / γριά
2. Νομίζω ότι το παρουσιαστικό μου έχει αλλάξει μόνιμα και έχω γίνει άσχημος / η
3. Νομίζω ότι είμαι άσχημος / η.

15.0. Δουλεύω καλά όπως και στο παρελθόν

1. Χρειάζομαι ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάτι
2. Χρειάζομαι να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να αρχίσω κάτι
3. Δεν μπορώ να δουλέψω καθόλου.

16.0. Κοιμάμαι καλά όπως πάντα

1. Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όπως στο παρελθόν
2. Ξυπνάω 1 – 2 ώρες νωρίτερα και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ
3. Ξυπνάω πολλές ώρες νωρίτερα απ' ό τι στο παρελθόν και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.

17.0. Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ό τι παλιά

1. Κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι στο παρελθόν
2. Κουράζομαι με το παραμικρό
3. Είμαι πολύ κουρασμένος / η για να κάνω οτιδήποτε

18.0. Η όρεξή μου δεν είναι λιγότερη από το συνηθισμένο

1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όπως παλιά
2. Η όρεξή μου είναι πολύ μικρότερη τώρα
3. Δεν έχω καθόλου όρεξη να φάω

19.0. Δεν έχω χάσει βάρος τελευταία

1. Έχω χάσει πάνω από 4 κιλά. Επίτηδες τρώω λιγότερο για να χάσω
2. Έχω χάσει πάνω από 7 κιλά βάρος. Ναι _____ Όχι _____
3. Έχω χάσει πάνω από 10 κιλά

20.0. Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από το συνηθισμένο

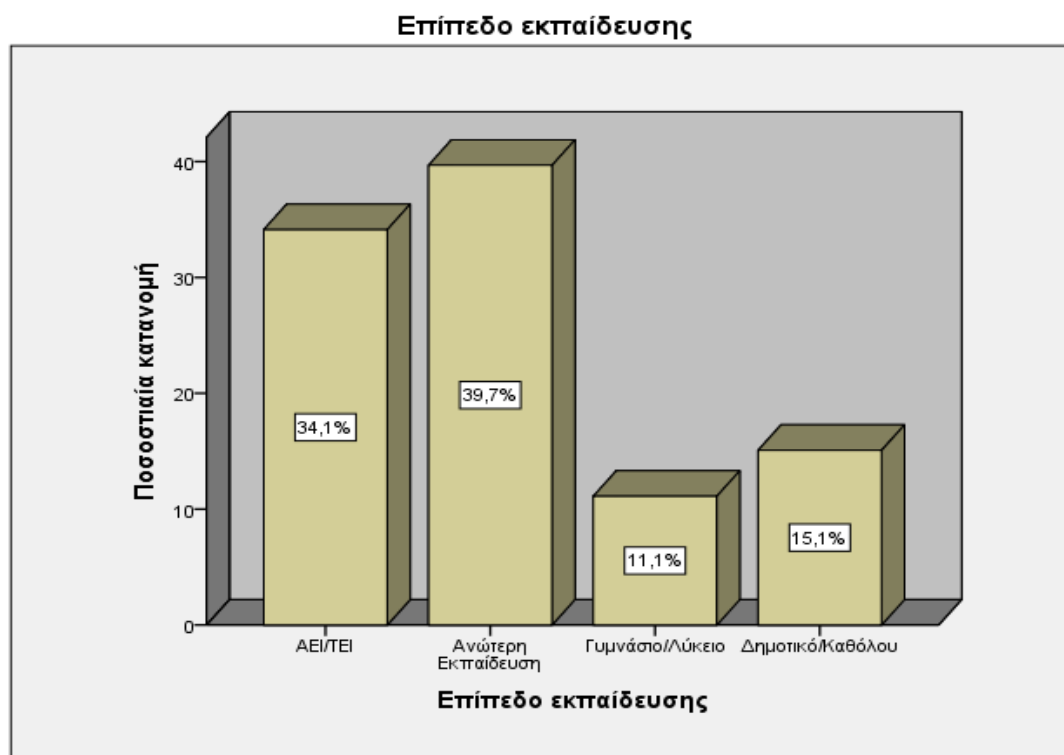
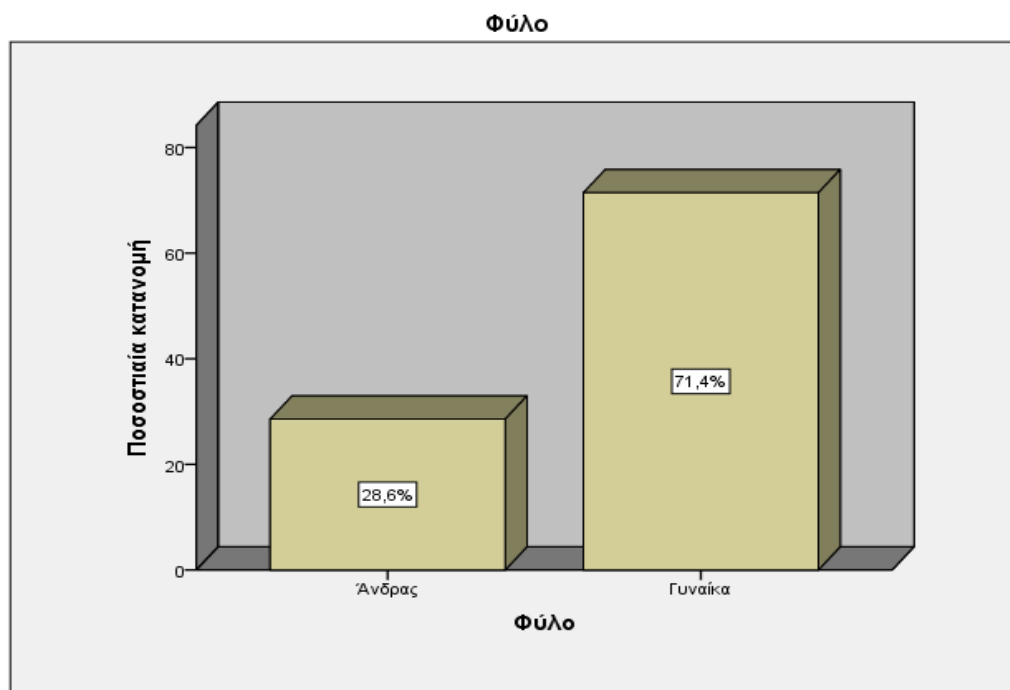
1. Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα, για πόνους, για το στομάχι μου ή για την δυσκοιλιότητά μου.
2. Ανησυχώ πολύ για τα σωματικά προβλήματα και δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.
3. Ανησυχώ τόσο πολύ για τα σωματικά μου προβλήματα ώστε δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο.

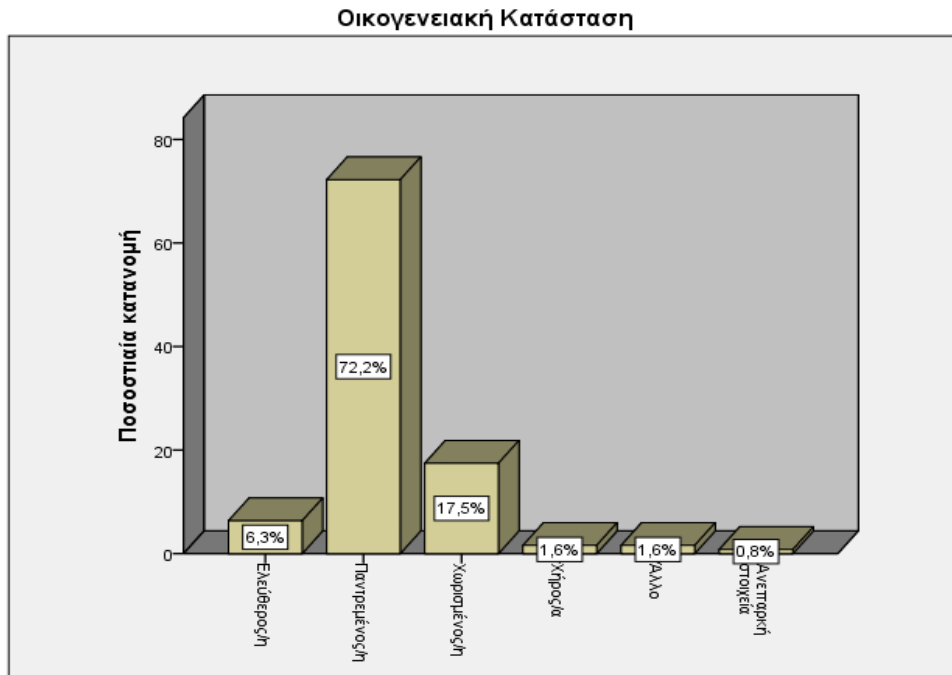
21.0. Δεν παρατήρησα τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.

1. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ότι παλαιότερα
2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα.
3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

Παράρτημα II

Διαγράμματα Περιγραφικών





Διάγραμμα συχνότητας κατάθλιψης γονέων

