



Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Διπλωματική Εργασία

Η επίδραση της πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά με Διαταραχή
Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) στη μείωση του άγχους και του στρες
των γονέων

Τρύφων Κουδουνάς

Επιβλέπων καθηγητής: Γεώργιος Νικολαΐδης

Μυτιλήνη, Μάιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή Τρύφωνα Κουδουνά που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

Η επίδραση της πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά με Διαταραχή
Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) στη μείωση του άγχους και του στρες
των γονέων

Τρύφων Κουδουνάς

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Γεώργιος Νικολαΐδης

Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ

Επιστημονικός Διευθυντής της Δ/σης
Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας,
Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Θεοδόσιος Παραλίκας

Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ

Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Μυτιλήνη, Μάιος 2026

Περίληψη

Εισαγωγή: Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελεί μία σύνθετη νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία επηρεάζει την κοινωνική επικοινωνία, τη συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα του παιδιού. Η φροντίδα ενός παιδιού με ΔΑΦ συνδέεται συχνά με αυξημένες απαιτήσεις για τους γονείς, οι οποίοι μπορεί να βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους, στρες και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η πρόωπη παρέμβαση θεωρείται κρίσιμη για την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά και για την οικογένεια.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της πρόωπης παρέμβασης σε παιδιά με ΔΑΦ και της ψυχολογικής κατάστασης των γονέων τους. Ειδικότερα, εξετάζεται κατά πόσο η πρόωπη έναρξη της παρέμβασης, η διάρκεια της παρέμβασης και η συμμετοχή του γονέα στη θεραπευτική διαδικασία σχετίζονται με τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης των γονέων.

Υλικό και μέθοδος: Η έρευνα βασίστηκε σε ποσοτικό, συγχρονικό και μη πειραματικό σχεδιασμό. Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 115 γονείς παιδιών με επιβεβαιωμένη διάγνωση ΔΑΦ. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, πληροφορίες για το παιδί και την παρέμβαση, καθώς και την κλίμακα DASS-21 για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού SPSS. Εφαρμόστηκαν περιγραφικές αναλύσεις, t-test ανεξάρτητων δειγμάτων και αναλύσεις General Linear Model (Univariate).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ παρουσιάζουν αξιοσημείωτα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, με το στρες να εμφανίζει την υψηλότερη μέση τιμή σε σύγκριση με το άγχος και την κατάθλιψη. Η σύγκριση μεταξύ ομάδων έδειξε ότι οι γονείς των παιδιών που ξεκίνησαν παρέμβαση έως και την ηλικία των 3 ετών παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και στρες σε σχέση με τους γονείς παιδιών που ξεκίνησαν παρέμβαση σε μεγαλύτερη ηλικία. Οι διαφορές αυτές ήταν στατιστικά σημαντικές. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους. Επιπλέον, η διάρκεια της παρέμβασης και η συμμετοχή του γονέα δεν εμφάνισαν αυτόνομη στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα άγχους και στρες, αν και η αλληλεπίδραση πρόωπης παρέμβασης και διάρκειας φάνηκε σημαντική ως προς το στρες. Τα

συμπληρωματικά ποιοτικά σχόλια των γονέων ανέδειξαν τόσο τη θετική συμβολή της παρέμβασης στην καθημερινότητα και την ελπίδα των οικογενειών όσο και τη συνεχιζόμενη κόπωση, οικονομική πίεση και ανησυχία για το μέλλον.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ότι η πρώιμη παρέμβαση μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά για την ψυχολογική κατάσταση των γονέων παιδιών με ΔΑΦ, κυρίως ως προς τη μείωση του στρες και της κατάθλιψης. Ωστόσο, το άγχος φαίνεται να αποτελεί πιο σύνθετη και πολυπαραγοντική διάσταση, η οποία δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από την ηλικία έναρξης ή τα χαρακτηριστικά της παρέμβασης. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για έγκαιρες, οργανωμένες και οικογενειοκεντρικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα υποστηρίζουν όχι μόνο το παιδί αλλά και την ψυχική υγεία των γονέων.

Λέξεις – Κλειδιά: Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, πρώιμη παρέμβαση, γονεϊκό στρες, άγχος, κατάθλιψη, DASS-21.

The impact of early intervention programs on reducing anxiety and stress among parents of children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD)

Tryfon Koudounas

Abstract

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a complex neurodevelopmental disorder that affects a child's social communication, behavior and overall functioning. Caring for a child with ASD is often associated with increased demands for parents, who may experience high levels of anxiety, stress and depressive symptoms. Early intervention is considered crucial for the child's developmental progress, while it may also provide important support for the family.

Purpose: The purpose of the present dissertation is to investigate the relationship between early intervention in children with ASD and the psychological state of their parents. More specifically, the study examines whether the early onset of intervention, the duration of intervention and parental participation in the therapeutic process are associated with parents' levels of anxiety, stress and depression.

Materials and Methods: The study followed a quantitative, cross-sectional and non-experimental research design. The final sample consisted of 115 parents of children with a confirmed diagnosis of ASD. Data were collected through an online questionnaire, which included demographic information, data regarding the child and the intervention, as well as the DASS-21 scale for the assessment of depression, anxiety and stress. Data analysis was conducted using SPSS statistical software. Descriptive statistics, independent samples t-tests and General Linear Model (Univariate) analyses were performed.

Results: The findings showed that parents of children with ASD experience considerable levels of psychological burden, with stress presenting the highest mean score compared to anxiety and depression. The comparison between groups showed that parents whose children

started intervention up to the age of 3 years reported lower levels of depression and stress compared to parents whose children started intervention at an older age. These differences were statistically significant. In contrast, no statistically significant difference was found in anxiety levels. Furthermore, the duration of intervention and parental participation did not show an independent statistically significant effect on anxiety and stress levels, although the interaction between early intervention and duration appeared to be significant for stress. The supplementary qualitative comments of parents highlighted both the positive contribution of intervention to daily life and family hope, as well as ongoing fatigue, financial pressure and concerns about the future.

Conclusions: The present study indicates that early intervention may have a protective role in the psychological state of parents of children with ASD, mainly by reducing stress and depression. However, anxiety appears to be a more complex and multifactorial dimension, which is not exclusively affected by the age of intervention onset or by intervention characteristics. The findings underline the need for early, organized and family-centered interventions that support not only the child, but also the psychological well-being of parents.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, early intervention, parental stress, anxiety, depression, DASS-21.

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) της κλίμακας DASS-21 (N=115)	19
Πίνακας 2: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος (115 συμμετέχοντες)	24
Πίνακας 3: Περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας DASS-21 (N=115)	27
Πίνακας 4: Σύγκριση πρώιμης και μη πρώιμης παρέμβασης ως προς DASS	28
Πίνακας 5: Επίδραση πρώιμης παρέμβασης και διάρκειας παρέμβασης στο άγχος	30
Πίνακας 6: Μέσοι όροι άγχους ανά ομάδα παρέμβασης και διάρκειας	30
Πίνακας 7: Επίδραση πρώιμης παρέμβασης και διάρκειας παρέμβασης στο στρες	32
Πίνακας 8: Μέσοι όροι στρες ανά ομάδα παρέμβασης και διάρκειας	32
Πίνακας 9: Επίδραση πρώιμης παρέμβασης και συμμετοχής γονέα στο άγχος	33
Πίνακας 10: Μέσοι όροι άγχους ανά ομάδα παρέμβασης και συμμετοχής γονέα	33
Πίνακας 11: Επίδραση πρώιμης παρέμβασης και συμμετοχής γονέα στο στρες	34
Πίνακας 12: Μέσοι όροι στρες ανά ομάδα παρέμβασης και συμμετοχής γονέα	35

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΔΑΦ	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος
ABA	Applied Behavior Analysis
ASD	Autism Spectrum Disorder
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DASS	Depression Anxiety Stress Scales
DEC	Division for Early Childhood
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESDM	Early Start Denver Model
ICD	International Classification of Diseases
NICHHD	National Institute of Child Health and Human Development

Περιεχόμενα

Περίληψη	i
Abstract	iii
Κατάλογος Πινάκων	v
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια	vi
Περιεχόμενα	vii
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	1
1.1 Αντικείμενο της έρευνας	1
1.2 Σκοπός, στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα	1
1.3 Ερευνητική σημασία και κοινωνικό πλαίσιο	2
1.4 Δομή της εργασίας	3
Κεφάλαιο 2: Θεωρητικό Πλαίσιο και Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας	4
2.1 Ορισμοί Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)	4
2.2 Πρώιμη παρέμβαση	5
2.3 Ψυχική υγεία γονέων και γονεϊκό στρες	8
2.4 Η επίδραση της πρώιμης παρέμβασης	11
Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία Έρευνας	14
3.1 Σχεδιασμός	14
3.2 Δείγμα	14
3.3 Ερευνητικό εργαλείο	16
3.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	19
3.5 Στατιστική ανάλυση	21
3.6 Ηθικά ζητήματα	22
Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα Έρευνας	23
4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	23
4.2 Περιγραφική ανάλυση της κλίμακας DASS-21	26
4.3 Διαφορές μεταξύ ομάδων	28
4.4 Επίδραση χαρακτηριστικών της παρέμβασης στην ψυχολογική κατάσταση των γονέων	29
4.5 Συμπληρωματική ποιοτική αποτύπωση των εμπειριών των γονέων	35
4.6 Σύνοψη αποτελεσμάτων	37
Κεφάλαιο 5: Συζήτηση	39
5.1 Ερμηνεία αποτελεσμάτων	39
5.2 Σύγκριση με βιβλιογραφικά ευρήματα	40
5.3 Ανάδειξη θεωρητικών επιβεβαιώσεων ή αποκλίσεων	42
5.4 Πρακτικές προεκτάσεις των ευρημάτων	44
Κεφάλαιο 6: Συμπεράσματα και προτάσεις	47
6.1 Συνοπτικά συμπεράσματα	47
6.2 Πρακτικές προτάσεις πολιτικής υγείας	47
6.3 Περιορισμοί της έρευνας	48
6.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	50
6.5 Κλείσιμο - Τελικές σκέψεις	51
Βιβλιογραφία	52
Παράρτημα : Ερωτηματολόγιο	59

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

1.1 Αντικείμενο της έρευνας

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελεί μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει την κοινωνική επικοινωνία, τη συμπεριφορά και την προσαρμοστικότητα του ατόμου, εμφανιζόμενη ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία (American Psychiatric Association, 2013). Η αυξανόμενη συχνότητα διάγνωσης της ΔΑΦ τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναδείξει την ανάγκη για αποτελεσματικές παρεμβάσεις, όχι μόνο για τα ίδια τα παιδιά, αλλά και για το οικογενειακό τους περιβάλλον (Lord et al., 2020).

Η παρούσα έρευνα εστιάζει στη διερεύνηση της επίδρασης της πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά με ΔΑΦ στην ψυχική υγεία των γονέων, και ειδικότερα στη μείωση των επιπέδων άγχους, στρες και κατάθλιψης. Η πρώιμη παρέμβαση, η οποία εφαρμόζεται κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού, θεωρείται κρίσιμη για τη βελτίωση των αναπτυξιακών αποτελεσμάτων (Dawson et al., 2010; Zwaigenbaum et al., 2015). Ωστόσο, πέρα από την επίδραση στο παιδί, η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι μπορεί να επηρεάζει σημαντικά και την ψυχολογική κατάσταση των γονέων (Karst & Van Hecke, 2012).

Οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ συχνά βιώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους, στρες και ψυχολογικής επιβάρυνσης, λόγω των απαιτήσεων φροντίδας, της αβεβαιότητας για το μέλλον και των κοινωνικών πιέσεων σε σύγκριση με γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης ή με άλλες αναπτυξιακές δυσκολίες (Dabrowska & Pisula, 2010; Hayes & Watson, 2013). Συνεπώς, η κατανόηση του ρόλου της πρώιμης παρέμβασης στη διαχείριση αυτών των παραγόντων αποτελεί σημαντικό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης.

1.2 Σκοπός, στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα

Ο βασικός σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά με ΔΑΦ και της ψυχολογικής κατάστασης των γονέων τους, με έμφαση στα επίπεδα άγχους και στρες που βιώνουν. Ακόμη, η μελέτη επιδιώκει να συμβάλει στην κατανόηση του κατά πόσο οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της λειτουργικότητας των παιδιών μπορούν να έχουν δευτερογενή οφέλη στην ψυχική υγεία των γονέων, ενισχύοντας την οικογενειακή ευημερία (Estes et al., 2014; McConachie & Diggle, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι η καταγραφή των επιπέδων άγχους, στρες και κατάθλιψης των γονέων παιδιών με ΔΑΦ, η διερεύνηση της επίδρασης της πρώιμης παρέμβασης στη μείωση των παραπάνω ψυχολογικών παραγόντων, καθώς και η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ χαρακτηριστικών της παρέμβασης, όπως η διάρκεια και η συμμετοχή του γονέα, κυρίως με τα επίπεδα άγχους και στρες των γονέων. Για τη μέτρηση των επιπέδων άγχους, στρες και κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales), η οποία αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων (Antony et al., 1998; Lovibond & Lovibond, 1995).

Με βάση τα παραπάνω, τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνονται ως εξής: (α) ποια είναι τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης των γονέων παιδιών με ΔΑΦ, (β) επηρεάζει η πρώιμη παρέμβαση τη μείωση των επιπέδων άγχους, στρες και κατάθλιψης των γονέων, και (γ) σχετίζονται χαρακτηριστικά της παρέμβασης, όπως η διάρκεια και η συμμετοχή του γονέα, με τα επίπεδα άγχους και στρες των γονέων;

1.3 Ερευνητική σημασία και κοινωνικό πλαίσιο

Η σημασία της παρούσας έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι η ΔΑΦ δεν επηρεάζει μόνο το παιδί, αλλά και ολόκληρη την οικογένεια ως σύστημα. Οι αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας, η αβεβαιότητα για το μέλλον και οι κοινωνικές προκλήσεις συνδέονται με υψηλά επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης για τους γονείς (Bonis, 2016). Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, η οικογένεια αποτελεί ένα αλληλοεξαρτώμενο σύνολο, όπου οι δυσκολίες ενός μέλους επηρεάζουν άμεσα τη λειτουργικότητα των υπολοίπων (Minuchin, 1974).

Οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν συχνά αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας, οικονομική επιβάρυνση, κοινωνική απομόνωση και συναισθηματική πίεση, γεγονός που τους καθιστά ευάλωτους στην εμφάνιση άγχους και στρες (Karst & Van Hecke, 2012). Η διερεύνηση παραγόντων που μπορούν να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία είναι κρίσιμη τόσο για την ευημερία των ίδιων όσο και για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στο παιδί (Osborne et al., 2008).

Η πρώιμη παρέμβαση, πέρα από τα αναπτυξιακά οφέλη για το παιδί, φαίνεται να λειτουργεί και ως υποστηρικτικός μηχανισμός για τους γονείς, προσφέροντας καθοδήγηση, δομή και ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της γονεϊκής επάρκειας (Brookman-Frazee et al., 2012;

Estes et al., 2014). Ωστόσο, η σχέση αυτή δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς, γεγονός που καθιστά αναγκαία την περαιτέρω μελέτη της.

Σε κοινωνικό επίπεδο, η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην ανάδειξη της ανάγκης για ολιστικές παρεμβάσεις που να λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο το παιδί αλλά και την οικογένεια. Η ενίσχυση της ψυχικής υγείας των γονέων αποτελεί βασικό παράγοντα για τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων.

1.4 Δομή της εργασίας

Η παρούσα διπλωματική εργασία δομείται σε έξι βασικά κεφάλαια, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με στόχο την ολοκληρωμένη προσέγγιση του ερευνητικού αντικειμένου. Η συστηματική και ορθολογική οργάνωση μιας ερευνητικής εργασίας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την κατανόηση της επιστημονικής επιχειρηματολογίας και τη συνεκτική ανάπτυξη των εννοιών, όπως επισημαίνεται και στη σύγχρονη βιβλιογραφία της μεθοδολογίας των κοινωνικών επιστημών (Bryman, 2016).

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εισαγωγή της μελέτης, συμπεριλαμβανομένου του αντικειμένου, του σκοπού, των ερευνητικών ερωτημάτων και της σημασίας της έρευνας. Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει το θεωρητικό πλαίσιο και τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπου αναλύονται οι βασικές έννοιες της ΔΑΦ, της πρώιμης παρέμβασης και της ψυχικής υγείας των γονέων, καθώς και τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών. Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αποτελεί βασικό υπόβαθρο για τη διαμόρφωση των ερευνητικών υποθέσεων και την ερμηνεία των ευρημάτων, όπως αναδεικνύεται και στη σχετική επιστημονική βιβλιογραφία (Boell & Cecez-Kecmanovic, 2015).

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, με έμφαση στον ερευνητικό σχεδιασμό, το δείγμα, τα εργαλεία συλλογής δεδομένων και τις μεθόδους στατιστικής ανάλυσης. Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας μέσω περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης. Στο πέμπτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η συζήτηση των αποτελεσμάτων και η σύγκρισή τους με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης, οι περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική διερεύνηση. Η συγκεκριμένη δομή ευθυγραμμίζεται με τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα συγγραφής ερευνητικών εργασιών και συμβάλλει στη διασφάλιση της επιστημονικής συνοχής του κειμένου (Creswell & Creswell, 2017).

Κεφάλαιο 2: Θεωρητικό Πλαίσιο και Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

2.1 Ορισμοί Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελεί μια σύνθετη νευροαναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει πολλαπλές πτυχές της ανάπτυξης του ατόμου και χαρακτηρίζεται από επίμονες δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, καθώς και από περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων (American Psychiatric Association, 2013). Σύμφωνα με το διεθνές διαγνωστικό σύστημα ICD-11, η ΔΑΦ εντάσσεται στις διαταραχές νευροαναπτυξιακού τύπου που χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στην επικοινωνία και άκαμπτη συμπεριφορά. Εμφανίζεται ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία, επηρεάζοντας πολλαπλούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου, όπως η κοινωνική συμμετοχή, η επικοινωνιακή επάρκεια, η προσαρμοστική συμπεριφορά, η αυτονομία, η σχολική ή επαγγελματική λειτουργικότητα και η καθημερινή διαχείριση δραστηριοτήτων (World Health Organization, 2018).

Η σύγχρονη επιστημονική βιβλιογραφία τονίζει τον ετερογενή χαρακτήρα της ΔΑΦ, καθώς το φάσμα περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος συμπτωμάτων και επιπέδων λειτουργικότητας (Lord et al., 2020). Η έννοια του «φάσματος» αντανακλά ακριβώς αυτή τη διαφοροποίηση, καθώς τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν διαφορετικούς συνδυασμούς γνωστικών, κοινωνικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών και διαφορετικά επίπεδα λειτουργικότητας, γεγονός που καθιστά δύσκολη την καθολική και ίδια σε όλες τις περιστάσεις κατανόηση και παρέμβαση. Σύμφωνα με την εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς (ABA) η ΔΑΦ ορίζεται μέσα από παρατηρήσιμα μοτίβα συμπεριφοράς που περιλαμβάνουν ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την παρουσία επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών (Cooper et al., 2020).

Από αιτιολογική σκοπιά, η ΔΑΦ θεωρείται πολυπαραγοντική διαταραχή, στην οποία εμπλέκονται τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες (Happé et al., 2006). Η ανάπτυξη του εγκεφάλου διαφοροποιείται ήδη από την προγεννητική περίοδο, ενώ έχουν εντοπιστεί πολλαπλές γενετικές παραλλαγές που σχετίζονται με τη διαταραχή (Rutter, 2011). Επιπλέον, πέρα από το διαγνωστικό πλαίσιο του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), βιο-ψυχο-κοινωνικά μοντέλα τονίζουν ότι η εμφάνιση και η εξέλιξη της διαταραχής αποτελούν αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης γενετικών, νευροβιολογικών και

περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου και τη συμπεριφορά (Elsabbagh et al., 2012).

Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν σημαντική αύξηση στη συχνότητα διάγνωσης της ΔΑΦ τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, περίπου 1 στα 31 παιδιά ηλικίας έως 8 ετών διαγιγνώσκεται με ΔΑΦ, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στη βελτίωση των διαγνωστικών διαδικασιών και στην αυξημένη ευαισθητοποίηση (Shaw, 2025). Σύμφωνα με τα πρόσφατα δεδομένα του CDC, η αναλογία διάγνωσης ΔΑΦ μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ανέρχεται περίπου σε 3,4:1, ενώ παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στον επιπολασμό της ΔΑΦ μεταξύ διαφορετικών φυλετικών και εθνοτικών ομάδων (Shaw, 2025).

2.2 Πρώιμη παρέμβαση

Η πρώιμη παρέμβαση αναφέρεται σε ένα σύνολο οργανωμένων, συστηματικών και επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων που εφαρμόζονται κατά τα πρώτα χρόνια ζωής, με στόχο την ενίσχυση της αναπτυξιακής πορείας των παιδιών που παρουσιάζουν ή διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης αναπτυξιακών διαταραχών (Guralnick, 2011). Σύμφωνα με το Division for Early Childhood (DEC) η πρώιμη παρέμβαση περιλαμβάνει εξατομικευμένες εκπαιδευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες για παιδιά από τη γέννηση έως την πρώιμη παιδική ηλικία, με στόχο την ενίσχυση της ανάπτυξης, της συμμετοχής τους και της λειτουργικότητάς τους σε καθημερινές δραστηριότητες (DEC, 2014). Η προσέγγιση αυτή δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην αντιμετώπιση των αναπτυξιακών δυσκολιών, αλλά δίνει έμφαση στη συνολική υποστήριξη του παιδιού μέσα στα φυσικά του περιβάλλοντα, όπως η οικογένεια, ο παιδικός σταθμός και η κοινότητα.

Βασικό χαρακτηριστικό της πρώιμης παρέμβασης είναι ο εξατομικευμένος σχεδιασμός, καθώς οι ανάγκες κάθε παιδιού διαφοροποιούνται ανάλογα με το αναπτυξιακό του προφίλ, τις δεξιότητες, τις δυσκολίες, το οικογενειακό περιβάλλον και το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει. Στην περίπτωση της ΔΑΦ, η πρώιμη παρέμβαση αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η διαταραχή χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια ως προς τη συμπτωματολογία και τη λειτουργικότητα. Συνεπώς, οι παρεμβάσεις χρειάζεται να προσαρμόζονται στις εξατομικευμένες ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας και να μην εφαρμόζονται ως ενιαίο και αδιαφοροποίητο πρόγραμμα για όλους.

Η πρώιμη παρέμβαση αποτελεί βασικό άξονα στη διαχείριση της ΔΑΦ. Δεν αποτελεί απλώς μια θεραπευτική και εκπαιδευτική διαδικασία για το παιδί, αλλά παρέμβαση στο

οικογενειακό σύστημα. Ως εκ τούτου, για να είναι αποτελεσματική πρέπει να είναι οικογενειοκεντρική και να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των γονέων. Η σημασία της πρώιμης παρέμβασης εδράζεται στη θεωρία της νευροπλαστικότητας, σύμφωνα με την οποία ο εγκέφαλος των παιδιών εμφανίζει αυξημένη ικανότητα προσαρμογής και αναδιοργάνωσης κατά τα πρώτα χρόνια ζωής (Phillips & Shonkoff, 2000; Zwaigenbaum et al., 2015). Οι πρώιμες εμπειρίες και τα κατάλληλα ερεθίσματα μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού. Η περίοδος από τη γέννηση έως περίπου τα τρία έτη θεωρείται κρίσιμη για την ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων, όπως η επικοινωνία, η κοινωνική αλληλεπίδραση και η αυτορρύθμιση, δηλαδή η ικανότητα του παιδιού να διαχειρίζεται τα συναισθήματα, τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του απέναντι σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα, ώστε να ανταποκρίνεται πιο λειτουργικά στις απαιτήσεις της καθημερινότητας (Phillips & Shonkoff, 2000).

Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η έγκαιρη έναρξη παρεμβάσεων μπορεί να επιφέρει σημαντικές βελτιώσεις στη γνωστική ανάπτυξη, στη γλωσσική ικανότητα, στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στη λειτουργική ανεξαρτησία των παιδιών με ΔΑΦ (Rogers & Vismara, 2008; Onu, 2026). Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της πρώιμης παρέμβασης δεν είναι ίδια για όλα τα παιδιά. Οι Ben-Itzhak και Zachor (2011) έδειξαν ότι τα οφέλη της παρέμβασης διαφοροποιούνται ανάλογα με παράγοντες όπως η ηλικία έναρξης, το αρχικό επίπεδο λειτουργικότητας, η γλωσσική ανάπτυξη, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η οικογενειακή υποστήριξη. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς δείχνει ότι η πρώιμη παρέμβαση δεν πρέπει να εξετάζεται μόνο ως προς το αν εφαρμόστηκε ή όχι, αλλά και ως προς την ποιότητα, την ένταση, τη διάρκεια και το πλαίσιο εφαρμογής της.

Ένα από τα πιο γνωστά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης είναι το Early Start Denver Model (ESDM), το οποίο συνδυάζει αναπτυξιακές και συμπεριφορικές αρχές και απευθύνεται κυρίως σε παιδιά πολύ μικρής ηλικίας με ΔΑΦ, συνήθως ηλικίας 12 έως 48 μηνών. Το πρόγραμμα βασίζεται σε φυσικές αλληλεπιδράσεις και παιγνιοκεντρικές δραστηριότητες, με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας, της γλωσσικής ανάπτυξης, της μίμησης, της κοινής προσοχής και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται και στη συμμετοχή των γονέων, ώστε οι στρατηγικές παρέμβασης να ενσωματώνονται στην καθημερινότητα του παιδιού και να ενισχύεται η γενίκευση των δεξιοτήτων. Η αποτελεσματικότητα του ESDM έχει τεκμηριωθεί μέσω τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών, οι οποίες έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις στη γνωστική, γλωσσική και

προσαρμοστική λειτουργικότητα των παιδιών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα (Dawson et al., 2010; Rogers & Dawson, 2010). Επιπλέον, μεταγενέστερη μελέτη παρακολούθησης έδειξε ότι τα παιδιά που είχαν λάβει πρώιμη παρέμβαση μέσω του ESDM διατήρησαν σημαντικά αναπτυξιακά οφέλη και σε μεγαλύτερη ηλικία, γεγονός που υπογραμμίζει τη μακροπρόθεσμη αξία της έγκαιρης και εντατικής παρέμβασης (Estes et al., 2015).

Οι υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης είναι συνήθως διεπιστημονικές και περιλαμβάνουν διαφορετικές προσεγγίσεις, όπως συμπεριφορικές παρεμβάσεις, αναπτυξιακά μοντέλα, λογοθεραπευτικές και εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις και παρεμβάσεις βασισμένες στην οικογένεια. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη συμμετοχή των γονέων, καθώς η οικογενειοκεντρική προσέγγιση ενισχύει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και τη γενίκευση των δεξιοτήτων στην καθημερινή ζωή. Οι γονείς δεν αντιμετωπίζονται ως παθητικοί αποδέκτες οδηγιών, αλλά ως ενεργοί συνεργάτες στη θεραπευτική διαδικασία. Μέσα από την καθοδήγηση και την ενδυνάμωσή τους, οι στρατηγικές παρέμβασης μπορούν να εφαρμοστούν σε φυσικές καθημερινές αλληλεπιδράσεις, γεγονός που ενισχύει τη συνέπεια και τη συνέχεια της υποστήριξης (Dunst et al., 2007).

Συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις έχουν επιβεβαιώσει την αποτελεσματικότητα της πρώιμης παρέμβασης, ιδιαίτερα όταν αυτή είναι εντατική, εξατομικευμένη και κατάλληλα προσαρμοσμένη στο προφίλ του παιδιού (McConachie & Diggle, 2007; Oono et al., 2013). Η μετα-ανάλυση των Sandbank et al. (2020) ανέδειξε ότι οι παρεμβάσεις για μικρά παιδιά με ΔΑΦ μπορούν να έχουν θετικά αποτελέσματα σε σημαντικούς αναπτυξιακούς τομείς, αν και τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τύπο της παρέμβασης, τη μεθοδολογική ποιότητα των μελετών και τους δείκτες έκβασης που εξετάζονται. Το εύρημα αυτό επιτρέπει μια πιο ισορροπημένη προσέγγιση, καθώς αναγνωρίζει την αξία της πρώιμης παρέμβασης, αλλά ταυτόχρονα υπογραμμίζει ότι δεν έχουν όλες οι παρεμβάσεις την ίδια αποτελεσματικότητα.

Η έννοια της πρώιμης παρέμβασης συνδέεται άμεσα με την ηλικία έναρξης, χωρίς ωστόσο να περιορίζεται αποκλειστικά σε ένα αυστηρό ηλικιακό όριο. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ο όρος αναφέρεται σε παρεμβάσεις που εφαρμόζονται από τη γέννηση έως την ηλικία των τριών ετών, ενώ συχνά επεκτείνεται έως την προσχολική ηλικία, ανάλογα με το διαγνωστικό και θεραπευτικό πλαίσιο (Zwaigenbaum et al., 2015). Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η έναρξη της παρέμβασης μεταξύ 18 και 36 μηνών, καθώς η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από αυξημένη νευροπλαστικότητα και συνδέεται με καλύτερα αναπτυξιακά

αποτελέσματα (Avula et al., 2025; Dawson et al., 2010). Παράλληλα, πολλές κατευθυντήριες οδηγίες τονίζουν ότι η παρέμβαση θα πρέπει ιδανικά να ξεκινά πριν από την ηλικία των τριών ετών, λόγω της αυξημένης νευροπλαστικότητας του εγκεφάλου κατά την περίοδο αυτή και κατ' επέκταση της ταχύτερης μάθησης (NICHD, 2021). Πρόσφατες θεωρητικές προσεγγίσεις, που εστιάζουν στις κρίσιμες περιόδους νευροπλαστικότητας στην πρώιμη παιδική ηλικία, ενισχύουν περαιτέρω την ανάγκη έγκαιρης έναρξης της υποστήριξης (Shamsutdinova & Abidova, 2026). Συνεπώς, στην παρούσα εργασία η πρώιμη παρέμβαση νοείται ως η όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη έναρξη οργανωμένων υποστηρικτικών υπηρεσιών, με ιδιαίτερη έμφαση στην περίοδο έως την ηλικία των τριών ετών.

2.3 Ψυχική υγεία γονέων και γονεϊκό στρες

Η ψυχική υγεία των γονέων αποτελεί κρίσιμο παράγοντα τόσο για την ευημερία των ίδιων όσο και για την ανάπτυξη και λειτουργικότητα του παιδιού. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση ευεξίας κατά την οποία το άτομο είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τις καθημερινές προκλήσεις, να εργάζεται παραγωγικά και να συμβάλλει στην κοινότητά του (World Health Organization, 2004). Στο πλαίσιο της γονεϊκότητας, η ψυχική υγεία σχετίζεται άμεσα με το γονεϊκό στρες και την ικανότητα προσαρμογής στις απαιτήσεις ανατροφής ενός παιδιού (Belsky, 1984).

Η κατανόηση της ΔΑΦ και της δυναμικής επίδρασής της στο οικογενειακό σύστημα απαιτεί ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο. Η Γενική Θεωρία Συστημάτων του Ludwig von Bertalanffy (1968) υποστηρίζει ότι η οικογένεια λειτουργεί ως ένα ανοιχτό, αλληλοεξαρτώμενο σύστημα, στο οποίο οι αλλαγές σε ένα μέλος επηρεάζουν όλα τα υπόλοιπα. Στο ίδιο πλαίσιο, η Οικολογική θεωρία συστημάτων του Urie Bronfenbrenner (1979) αναδεικνύει τη σημασία των πολλαπλών επιπέδων περιβάλλοντος (οικογένεια, σχολείο, κοινωνία) στην ανάπτυξη του παιδιού. Οι Minuchin (1974) και Bowen (1978) υπογράμμισαν ότι η οικογένεια λειτουργεί μέσω αλληλεπιδράσεων, ρόλων και ορίων. Στην περίπτωση της ΔΑΦ, η παρουσία ενός παιδιού με αυξημένες ανάγκες συχνά οδηγεί σε αναδιοργάνωση των οικογενειακών δομών και ισορροπιών.

Η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων παιδιών με ΔΑΦ έχει μελετηθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία. Ο Abidin (1992) ορίζει το γονεϊκό στρες ως αποτέλεσμα της ανισορροπίας μεταξύ των απαιτήσεων που βιώνει ο γονέας και των διαθέσιμων προσωπικών, οικογενειακών και κοινωνικών πόρων. Η ανατροφή ενός παιδιού με ΔΑΦ συνδέεται με

αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, καθώς οι γονείς συχνά καλούνται να διαχειριστούν δυσκολίες στην επικοινωνία, περιορισμένες ή επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, αισθητηριακές ιδιαιτερότητες, προβλήματα ύπνου, δυσκολίες προσαρμογής και αυξημένες θεραπευτικές ή εκπαιδευτικές ανάγκες. Οι δυσκολίες αυτές επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητα της οικογένειας και μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένο άγχος, στρες και καταθλιπτικά συμπτώματα (Bonis, 2016; Karst & Van Hecke, 2012).

Μετα-αναλύσεις έχουν δείξει ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες σε σύγκριση με γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης ή γονείς παιδιών με άλλες αναπτυξιακές δυσκολίες (Hayes & Watson, 2013). Παράλληλα, σύμφωνα με τους Estes et al. (2009), οι μητέρες παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και μειωμένη ψυχολογική ευεξία. Επίσης, οι Osborne και Reed (2008) ανέδειξαν ότι η ένταση των προβλημάτων συμπεριφοράς αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα του γονεϊκού στρες. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς δείχνει ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων δεν προκύπτει μόνο από τη διάγνωση καθαυτή, αλλά και από τις καθημερινές λειτουργικές δυσκολίες που συνοδεύουν τη φροντίδα.

Πέρα από τα χαρακτηριστικά του παιδιού, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι διαθέσιμοι πόροι της οικογένειας. Η κοινωνική υποστήριξη, η πρόσβαση σε υπηρεσίες, η οικονομική σταθερότητα και η ενημέρωση των γονέων μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά απέναντι στο στρες. Οι Goedeke et al. (2019) έδειξαν ότι η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη σχετίζεται με τη μείωση του στρες που συνδέεται με τη φροντίδα παιδιού με ΔΑΦ, γεγονός που υπογραμμίζει ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομική εμπειρία, αλλά επηρεάζεται έντονα από το κοινωνικό και υποστηρικτικό πλαίσιο. Αντίστοιχα, η έλλειψη υποστήριξης μπορεί να ενισχύσει την απομόνωση, την αίσθηση αδυναμίας και τη συναισθηματική κόπωση.

Επίσης, ο παράγοντας της γονεϊκής αυτο-αποτελεσματικότητας, η πεποίθηση δηλαδή του γονέα ότι μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες του παιδιού και να διαχειριστεί τις προκλήσεις της καθημερινής φροντίδας, αναδεικνύεται κρίσιμος, καθώς λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στο άγχος, έχοντας συνδεθεί με χαμηλότερα επίπεδα άγχους, στρες και ψυχολογικής δυσφορίας (Kuhn & Carter, 2006). Πρόσφατα ευρήματα επιβεβαιώνουν τη σημασία της, καθώς οι Almendingen και Pilkington (2024) έδειξαν ότι η υψηλότερη γονεϊκή αυτο-αποτελεσματικότητα σχετίζεται με χαμηλότερη ψυχολογική δυσφορία σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ. Παράλληλα, η συστηματική ανασκόπηση των Brennan

et al. (2024) ανέδειξε ότι η γονεϊκή αυτο-αποτελεσματικότητα συνδέεται με τη γονεϊκή ευημερία, την προσαρμογή, τη διαχείριση του στρες και την ποιότητα της υποστήριξης που παρέχεται στο παιδί.

Από συστημική σκοπιά, το γονεϊκό στρες δεν θεωρείται μόνο ατομική εμπειρία αλλά αποτέλεσμα δυναμικών διεργασιών εντός της οικογένειας και του ευρύτερου περιβάλλοντος. Το μοντέλο του διπλού ABCX των McCubbin και Patterson (1983) εξηγεί πώς οι οικογένειες προσαρμόζονται σε χρόνιες στρεσογόνες καταστάσεις μέσα από την αλληλεπίδραση του στρεσογόνου γεγονότος, των διαθέσιμων πόρων, της αντίληψης της κατάστασης και των στρατηγικών αντιμετώπισης. Στην περίπτωση της ΔΑΦ, η διάγνωση και οι μακροχρόνιες απαιτήσεις φροντίδας μπορούν να αποτελέσουν πηγή συσσωρευμένου στρες, ιδιαίτερα όταν η οικογένεια δεν διαθέτει επαρκείς πόρους ή υποστήριξη.

Επιπρόσθετα, το μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984) υπογραμμίζει τον ρόλο των στρατηγικών αντιμετώπισης στην ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί και να διαχειρίζεται στρεσογόνες καταστάσεις. Οι γονείς δεν επηρεάζονται μόνο από τις αντικειμενικές απαιτήσεις της φροντίδας, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και αντιμετωπίζουν αυτές τις απαιτήσεις. Η μελέτη των Calero Plaza et al. (2017), η οποία εστίασε σε μητέρες παιδιών που λαμβάνουν υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης, ανέδειξε ότι το γονεϊκό στρες συνδέεται στενά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι μητέρες. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η υποστήριξη των γονέων δεν πρέπει να περιορίζεται στην παροχή υπηρεσιών προς το παιδί, αλλά να περιλαμβάνει και ενδυνάμωση των γονέων σε επίπεδο διαχείρισης άγχους, προσδοκιών και καθημερινών προκλήσεων.

Τέλος, το μοντέλο του Transactional Development του Sameroff (2009) αναδεικνύει την αμφίδρομη σχέση μεταξύ παιδιού και περιβάλλοντος. Η συμπεριφορά και η αναπτυξιακή πορεία του παιδιού επηρεάζουν τη γονεϊκή ψυχική υγεία, ενώ τα επίπεδα στρες, άγχους ή ψυχολογικής κόπωσης των γονέων μπορούν με τη σειρά τους να επηρεάσουν την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με το παιδί και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και, συνεπώς, και την συμπεριφορά και αναπτυξιακή πορεία του παιδιού. Συνεπώς, η υποστήριξη της ψυχικής υγείας των γονέων αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ευρύτερη λειτουργικότητα της οικογένειας και για τη βιωσιμότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

2.4 Η επίδραση της πρώιμης παρέμβασης

Η διεθνής βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η πρώιμη παρέμβαση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο όχι μόνο στην αναπτυξιακή πορεία του παιδιού με ΔΑΦ, αλλά και στη λειτουργικότητα, την προσαρμογή και την ψυχολογική ευημερία της οικογένειας. Η παρέμβαση μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός υποστήριξης των γονέων, καθώς παρέχει καθοδήγηση, δομή, ενημέρωση και πρακτικές στρατηγικές για τη διαχείριση των καθημερινών δυσκολιών. Με αυτόν τον τρόπο, μειώνεται η αβεβαιότητα και ενισχύεται η αίσθηση ελέγχου και επάρκειας των γονέων.

Συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν ότι τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης συμβάλλουν στη μείωση της γονεϊκής ψυχολογικής επιβάρυνσης, η οποία εκδηλώνεται με αυξημένα επίπεδα στρες, άγχους και, σε ορισμένες περιπτώσεις, καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Estes et al., 2014; Oono et al., 2013). Συγκεκριμένα, η βελτίωση της επικοινωνίας και της συμπεριφοράς του παιδιού οδηγεί σε μείωση των καθημερινών δυσκολιών που βιώνουν παιδί και γονείς, ενίσχυση της αίσθησης ελέγχου των γονέων και προβλεψιμότητας στην οικογενειακή ζωή και αύξηση της αισιοδοξίας για το μέλλον. Έτσι, η πρώιμη παρέμβαση λειτουργεί έμμεσα και ως παράγοντας υποστήριξης της ψυχικής υγείας των γονέων.

Ιδιαίτερα, τα προγράμματα που περιλαμβάνουν ενεργή συμμετοχή των γονέων φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικά, καθώς ενισχύουν την αυτοαποτελεσματικότητα και την αυτοπεποίθηση των γονέων, συμβάλλουν στην ενδυνάμωσή τους και στη μείωση του αισθήματος αδυναμίας. Η μεγαλύτερη κατανόηση των αναγκών του παιδιού και η εκμάθηση πρακτικών στρατηγικών διαχείρισης της συμπεριφοράς μπορούν να περιορίσουν όχι μόνο το στρες, αλλά και το άγχος που συνδέεται με την καθημερινή φροντίδα και την ανησυχία για την εξέλιξη του παιδιού. Επιπλέον, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ παιδιού και γονέα μειώνει τις καθημερινές δυσκολίες και ενισχύει τη συναισθηματική σύνδεση, λειτουργώντας προστατευτικά απέναντι σε συναισθήματα απογοήτευσης, κόπωσης ή καταθλιπτικής διάθεσης (Estes et al., 2014). Η ενεργός εμπλοκή των γονέων ενισχύει τη σχέση γονέα-παιδιού και συμβάλλει στη βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας (Dunst et al., 2007).

Ωστόσο, η επίδραση της πρώιμης παρέμβασης στις διαφορετικές διαστάσεις της ψυχικής υγείας των γονέων δεν είναι πάντοτε ομοιόμορφη. Το γονεϊκό στρες φαίνεται να επηρεάζεται πιο άμεσα, καθώς σχετίζεται με τις καθημερινές απαιτήσεις φροντίδας και τη διαχείριση

συμπεριφορών. Το άγχος, αντίθετα, μπορεί να παραμένει αυξημένο ακόμη και όταν υπάρχει παρέμβαση, καθώς συνδέεται συχνά με μακροπρόθεσμες ανησυχίες για το μέλλον, την κοινωνική ένταξη και την αυτονομία του παιδιού. Αντίστοιχα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα ενδέχεται να σχετίζονται με τη χρόνια κόπωση, το αίσθημα απώλειας προσδοκιών και την περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη. Συνεπώς, η πρώιμη παρέμβαση μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά, αλλά η ψυχολογική υγεία των γονέων απαιτεί ολιστική προσέγγιση και συστηματική υποστήριξη (Estes et al., 2014; Karst & Van Hecke, 2012; Oono et al., 2013).

Οι πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα της πρώιμης παρέμβασης τόσο για τα παιδιά με ΔΑΦ όσο και για το οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι Daniolou et al. (2022) ανέδειξαν ότι οι πρώιμες παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση αναπτυξιακών τομέων, όπως η γνωστική λειτουργία, η επικοινωνία, η κοινωνικοποίηση και η προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών. Παράλληλα, οι MacKenzie και Eack (2022) έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις που απευθύνονται στους γονείς παιδιών με ΔΑΦ έχουν θετικές επιδράσεις σε γονεϊκά αποτελέσματα, όπως η γονεϊκή αυτοπεποίθηση, η ψυχική υγεία και η προσαρμογή στον γονεϊκό ρόλο.

Η ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων αποτελεί επίσης κεντρικό στόχο των πρώιμων παρεμβάσεων. Οι Evangelou et al. (2026) υπογράμμισαν τη σημασία των πρώιμων προγραμμάτων για την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων σε παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας. Η βελτίωση της κοινωνικής ανταπόκρισης και της συμμετοχής του παιδιού μπορεί να μειώσει τις καθημερινές δυσκολίες της οικογένειας και να ενισχύσει την αίσθηση προόδου, γεγονός που συμβάλλει στη θετικότερη ψυχολογική προσαρμογή των γονέων.

Παράλληλα, η γονεϊκή αυτο-αποτελεσματικότητα αναδεικνύεται ως βασικός μηχανισμός μέσω του οποίου η πρώιμη παρέμβαση μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία των γονέων. Οι Brennan et al. (2024) έδειξαν ότι η γονεϊκή αυτο-αποτελεσματικότητα συνδέεται με τη γονεϊκή ευημερία, τη μείωση του στρες και την ποιότητα της υποστήριξης που παρέχεται στο παιδί. Αντίστοιχα, οι Almendingen και Pilkington (2024) ανέδειξαν ότι οι γονείς που αισθάνονται περισσότερο ικανοί στον ρόλο τους εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας. Τα ευρήματα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την παρούσα μελέτη, καθώς υποστηρίζουν ότι η συμμετοχή των γονέων στην παρέμβαση δεν έχει μόνο εκπαιδευτικό χαρακτήρα, αλλά μπορεί να λειτουργήσει και ως παράγοντας ψυχολογικής ενδυνάμωσης.

Η υποστήριξη των γονέων δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από το ευρύτερο κοινωνικό και οικογενειακό πλαίσιο. Οι Goedeke et al. (2019) έδειξαν ότι η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα στρες φροντίδας σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ότι ακόμη και όταν υπάρχει παρέμβαση προς το παιδί, η ψυχολογική κατάσταση των γονέων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ύπαρξη υποστηρικτικών δικτύων, επαγγελματικής καθοδήγησης και κοινωνικής αποδοχής. Συνεπώς, η πρόωμη παρέμβαση είναι αποτελεσματικότερη όταν εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης.

Επιπλέον, η πρόσφατη μελέτη των Li et al. (2026) επισημαίνει τη σημασία της πολιτισμικής προσαρμογής των προγραμμάτων πρόωμης παρέμβασης. Η αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης δεν εξαρτάται μόνο από τη μέθοδο, αλλά και από το κατά πόσο αυτή ανταποκρίνεται στις πολιτισμικές, κοινωνικές και οικογενειακές ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο εφαρμόζεται. Η διάσταση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία για τη μελλοντική ανάπτυξη παρεμβάσεων που είναι προσβάσιμες, αποδεκτές και λειτουργικές για διαφορετικές οικογένειες.

Συνολικά, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η πρόωμη παρέμβαση δεν λειτουργεί μόνο ως αναπτυξιακή υποστήριξη για το παιδί, αλλά και ως μηχανισμός ενίσχυσης της οικογένειας. Μέσα από τη βελτίωση των δεξιοτήτων του παιδιού, τη γονεϊκή εκπαίδευση, την ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας και την παροχή υποστήριξης, μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων. Ωστόσο, η επίδρασή της δεν είναι μονοδιάστατη ούτε απόλυτη, καθώς επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ποιότητα της παρέμβασης, η διάρκεια, η ηλικία έναρξης, η συμμετοχή των γονέων, η κοινωνική υποστήριξη και το αναπτυξιακό προφίλ του παιδιού. Η διαπίστωση αυτή συνδέεται άμεσα με τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης, τα οποία διερευνούν τη σχέση της πρόωμης παρέμβασης με τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης των γονέων.

Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία Έρευνας

3.1 Σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στο πλαίσιο της ποσοτικής ερευνητικής προσέγγισης και αποσκοπεί στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά με ΔΑΦ και της ψυχολογικής κατάστασης των γονέων τους. Η επιλογή της ποσοτικής μεθόδου βασίστηκε στη δυνατότητά της να παρέχει αντικειμενικά, μετρήσιμα δεδομένα και να επιτρέπει τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων και τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών, όπως η συμμετοχή σε προγράμματα πρώιμης παρέμβασης και τα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων, ενισχύοντας την αξιοπιστία των ευρημάτων.

Ο ερευνητικός σχεδιασμός είναι συγχρονικός, καθώς τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία χρονική στιγμή μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, χωρίς παρακολούθηση των συμμετεχόντων σε βάθος χρόνου. Ο συγκεκριμένος σχεδιασμός κρίνεται κατάλληλος για τη διερεύνηση της παρούσας κατάστασης των γονέων και των επιπέδων άγχους, στρες και κατάθλιψης που βιώνουν, σε συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά της παρέμβασης που λαμβάνει το παιδί τους.

Παράλληλα, ο μη πειραματικός χαρακτήρας της μελέτης επιτρέπει την καταγραφή και ανάλυση πραγματικών συνθηκών, χωρίς παρέμβαση του ερευνητή στη διαμόρφωση των μεταβλητών. Αν και δεν καθιστά δυνατή την εξαγωγή αιτιωδών συμπερασμάτων, ο σχεδιασμός αυτός παρέχει σημαντικές ενδείξεις για τη συσχέτιση μεταξύ πρώιμης παρέμβασης και ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων, συμβάλλοντας στην κατανόηση του φαινομένου σε πραγματικές συνθήκες ζωής.

3.2 Δείγμα

Η δειγματοληψία αποτελεί θεμελιώδες στάδιο στον σχεδιασμό κάθε ποσοτικής έρευνας, καθώς συνδέεται άμεσα με την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων (Bryman, 2016; Creswell & Creswell, 2017). Στην παρούσα έρευνα, ο πληθυσμός-στόχος είναι γονείς παιδιών που έχουν διαγνωστεί επίσημα με ΔΑΦ ανεξαρτήτως αν έχουν λάβει υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης. Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με μη τυχαιοποιημένη δειγματοληψία ευκολίας, δεδομένης της δυσκολίας πρόσβασης σε αυτόν τον πληθυσμό και της ανάγκης άμεσης συλλογής δεδομένων. Η μέθοδος αυτή θεωρείται κατάλληλη σε περιπτώσεις όπου η πρόσβαση σε μεγάλο και

διαφοροποιημένο δείγμα είναι πρακτικά δύσκολη (Etikan et al., 2016). Αν και παρουσιάζει περιορισμούς ως προς τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων, εντούτοις παρέχει σημαντικές ενδείξεις σχετικά με τις κυρίαρχες τάσεις και αντιλήψεις του υπό μελέτη πληθυσμού.

Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν μέσω διαδικτυακών κοινοτήτων (ομάδες Facebook), ομάδων γονέων και σχετικών δικτύων υποστήριξης. Το ερωτηματολόγιο δεν απεστάλη σε προκαθορισμένο αριθμό ατόμων, αλλά κοινοποιήθηκε ανοικτά μέσω των παραπάνω δικτύων, ώστε να συμπληρωθεί εθελοντικά από όσους πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής. Κατά συνέπεια, δεν ήταν δυνατόν να υπολογιστεί δείκτης ανταπόκρισης (response rate), καθώς δεν ήταν γνωστός ο συνολικός αριθμός των ατόμων που έλαβαν ή είδαν την πρόσκληση συμμετοχής.

Το αρχικό δείγμα περιλάμβανε μεγαλύτερο αριθμό ερωτηματολογίων, ωστόσο μετά από διαδικασία καθαρισμού δεδομένων, διαμορφώθηκε το τελικό δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση. Κατά τη διαδικασία καθαρισμού των δεδομένων, εφαρμόστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια αποκλεισμού προκειμένου να διασφαλιστεί η ομοιογένεια και η εγκυρότητα του δείγματος και ακολούθως η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Από το αρχικό σύνολο απαντήσεων (N=127) αποκλείστηκαν: (α) συμμετέχοντες που δεν παρείχαν συγκατάθεση συμμετοχής, (β) άτομα που δεν ανήκαν στον πληθυσμό-στόχο της έρευνας, όπως επαγγελματίες υγείας, συγγενείς (π.χ. αδέρφια, θείοι/θείες) ή άτομα με ΔΑΦ, (γ) συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδί με διάγνωση ΔΑΦ, και (δ) περιπτώσεις όπου δεν υπήρχε επίσημη διάγνωση ΔΑΦ ή η διάγνωση είχε στην πορεία αφαιρεθεί.

Επιπλέον, αποκλείστηκαν μεμονωμένες περιπτώσεις στις οποίες εντοπίστηκαν σοβαρές ασυνέπειες στα δεδομένα (π.χ. ηλικία διάγνωσης μεγαλύτερη από την ηλικία του παιδιού), γεγονός που καθιστούσε αδύνατη την αξιόπιστη χρήση των συγκεκριμένων εγγραφών. Ακόμη, σε περιπτώσεις όπου εντοπίστηκαν ακραίες ή μη ρεαλιστικές τιμές (π.χ. υπερβολικά μεγάλος αριθμός παιδιών), οι οποίες δεν μπορούσαν να επιβεβαιωθούν, οι τιμές αυτές δεν διορθώθηκαν αυθαίρετα αλλά ορίστηκαν ως ελλειπίες, προκειμένου να αποφευχθεί η εισαγωγή μεροληψίας στα δεδομένα. Τέλος ορισμένες απαντήσεις με αντιφατικά στοιχεία ως προς τη συμμετοχή του παιδιού σε πρόγραμμα παρέμβασης, διορθώθηκαν, καθώς θεωρήθηκε ότι ήταν προφανές λάθος πληκτρολόγησης αφού δεν μπορεί να δηλώνεται «Όχι» στην παρέμβαση και ταυτόχρονα να υπάρχουν πλήρη στοιχεία παρέμβασης.

Μετά τον καθαρισμό των δεδομένων, το τελικό δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση ανέρχεται σε 115 εγγραφές (N=115) και περιλαμβάνει μόνο γονείς παιδιών με επιβεβαιωμένη διάγνωση ΔΑΦ. Το τελικό δείγμα χαρακτηρίζεται από ετερογένεια ως προς δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, καθώς και ως προς τα χαρακτηριστικά των παιδιών (ηλικία, ηλικία διάγνωσης, μορφή παρέμβασης). Η ποικιλομορφία αυτή επιτρέπει μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση του φαινομένου, αν και η μη τυχαιοποιημένη φύση του δείγματος περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό.

3.3 Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας (Google Forms). Η δομή του ερωτηματολογίου ακολουθεί λογική διαδοχή, ξεκινώντας με τις γενικές δημογραφικές μεταβλητές και προχωρώντας στις εξειδικευμένες ενότητες. Η συγκεκριμένη δομή συνάδει με τις βασικές αρχές της μεθοδολογίας σχεδιασμού ερωτηματολογίων, σύμφωνα με τις οποίες η λογική ακολουθία και η ομαλή μετάβαση μεταξύ των ερωτήσεων ενισχύουν τη συγκέντρωση των συμμετεχόντων και συμβάλλουν στη βελτίωση της συνολικής εγκυρότητας των απαντήσεων (Dillman et al., 2014).

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας αποτελείται από τέσσερις βασικές ενότητες: (α) Δημογραφικά στοιχεία γονέα, (β) Στοιχεία παιδιού με ΔΑΦ, (γ) Στοιχεία παρέμβασης και (δ) Κλίμακα DASS-21. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση του γονέα. Στη δεύτερη ενότητα συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με το παιδί με ΔΑΦ όπως φύλο, ηλικία, ηλικία διάγνωσης, ύπαρξη επίσημης διάγνωσης και συννοσηρότητες. Η τρίτη ενότητα διερευνά αν το παιδί συμμετέχει ή συμμετείχε σε πρόγραμμα παρέμβασης, την ηλικία έναρξης παρέμβασης, τη διάρκεια παρέμβασης, το είδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων (π.χ. λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ABA), τη συχνότητα των συνεδριών και τη συμμετοχή του γονέα.

Η τέταρτη ενότητα περιλαμβάνει την κλίμακα DASS-21. Το DASS-21 είναι μια σύντομη μορφή της αρχικής κλίμακας DASS και περιλαμβάνει 21 ερωτήματα, τα οποία κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες: (α) Κατάθλιψη, (β) Άγχος και (γ) Στρες. Κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 7 ερωτήματα και αξιολογεί διαφορετικές διαστάσεις της ψυχολογικής

κατάστασης του ατόμου (Lonibond & Lonibond, 1995). Κατά τη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου, τηρήθηκε η αρχική σειρά των ερωτημάτων της κλίμακας DASS, όπως αυτή προτείνεται από τους δημιουργούς της. Η διατήρηση της αυθεντικής διάταξης κρίθηκε απαραίτητη, καθώς συμβάλλει στη διασφάλιση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του εργαλείου μέτρησης. Επιπλέον, η τήρηση της αρχικής μορφής του εργαλείου επιτρέπει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με αντίστοιχες έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας, ενισχύοντας την εξωτερική εγκυρότητα των ευρημάτων. Συνεπώς, η διατήρηση της σειράς των ερωτήσεων δεν αποτελεί απλώς τεχνική επιλογή, αλλά βασική μεθοδολογική προϋπόθεση για την ορθή εφαρμογή της κλίμακας και την αξιόπιστη ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Στο παρόν ερωτηματολόγιο λοιπόν, η υποκλίμακα της κατάθλιψης περιλαμβάνει τα ερωτήματα 27, 29, 34, 37, 40, 41 και 45. Τα ερωτήματα αυτά αποτυπώνουν τη δυσθυμία, την απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, το αίσθημα απελπισίας, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την έλλειψη κινήτρου. Τα συγκεκριμένα στοιχεία σχετίζονται με τον αρνητικό συναισθηματικό τόνο και τη μειωμένη ενεργητικότητα, που χαρακτηρίζουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η υποκλίμακα του άγχους περιλαμβάνει τα ερωτήματα 26, 28, 31, 33, 39, 43 και 44. Τα ερωτήματα αυτά εστιάζουν σε σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, όπως η ένταση, η υπερένταση, η αίσθηση πανικού, η δυσκολία χαλάρωσης και η αυξημένη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και αποτυπώνουν κυρίως την εμπειρία του οξέος άγχους και της φυσιολογικής ενεργοποίησης που το συνοδεύει. Τέλος, η υποκλίμακα του στρες περιλαμβάνει τα ερωτήματα 25, 30, 32, 35, 36, 38 και 42 και αξιολογεί τη χρόνια ένταση και τη δυσκολία προσαρμογής στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Περιλαμβάνει ερωτήματα που σχετίζονται με ευερεθιστότητα, νευρικότητα, δυσκολία χαλάρωσης, ανυπομονησία και αυξημένη συναισθηματική αντιδραστικότητα. Η διάσταση αυτή αποτυπώνει περισσότερο μια παρατεταμένη κατάσταση ψυχολογικής πίεσης, παρά οξέα επεισόδια άγχους.

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν σε ποιο βαθμό βίωσαν συγκεκριμένα συναισθήματα και καταστάσεις σε δεδομένη χρονική περίοδο, συγκεκριμένα κατά την τελευταία εβδομάδα, χρησιμοποιώντας κλίμακα Likert 4 βαθμίδων (0= Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα έως 3= Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές), έχοντας υπόψη τους, στο μέτρο του δυνατού, την καθημερινότητά τους ως γονείς παιδιού με ΔΑΦ.

Η επιλογή της κλίμακας Depression Anxiety Stress Scales (DASS) για την παρούσα έρευνα βασίστηκε στην υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία της ως εργαλείο αξιολόγησης της ψυχολογικής υγείας. Η DASS-21 επιτρέπει την ταυτόχρονη μέτρηση τριών βασικών διαστάσεων της ψυχικής υγείας - της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες - παρέχοντας μια ολοκληρωμένη εικόνα της συναισθηματικής κατάστασης των συμμετεχόντων.

Επιπλέον υπάρχει δημοσιευμένη ελληνική στάθμιση της DASS-21. Η χρήση της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας στην παρούσα εργασία βασίστηκε στη δημοσιευμένη ελληνική μετάφραση και επικύρωση του εργαλείου από τον Γεώργιο Λυράκο και συνεργάτες (2011), χωρίς τροποποίηση της δομής, της σειράς ή του περιεχομένου των ερωτημάτων της. Στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάστηκαν οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας σε ελληνικό δείγμα και διαπιστώθηκε ότι η ελληνική έκδοση διατηρεί τη δομή των τριών παραγόντων, δηλαδή της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση ψυχολογικής δυσφορίας στον ελληνικό πληθυσμό.

Επίσης, πρόκειται για ένα σύντομο (5-10 λεπτών) και εύχρηστο εργαλείο, γεγονός που διευκολύνει τη συμμετοχή και μειώνει την κόπωση των ερωτώμενων. Η εκτεταμένη χρήση της σε διεθνείς μελέτες, καθώς και η επιτυχής εφαρμογή της σε πληθυσμούς γονέων και φροντιστών, ενισχύουν την καταλληλότητά της για τη διερεύνηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης γονέων παιδιών με ΔΑΦ (Henry & Crawford, 2005). Συνεπώς, η DASS-21 θεωρείται ένα κατάλληλο και επιστημονικά τεκμηριωμένο εργαλείο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και επιτρέπει την ποσοτική αποτύπωση των επιπέδων άγχους και στρες των γονέων παιδιών με ΔΑΦ.

Ακόμη, για επιβεβαίωση της εσωτερικής συνοχής της κλίμακας DASS, πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach's alpha. Ο συγκεκριμένος δείκτης χρησιμοποιείται ευρέως στις κοινωνικές επιστήμες για την εκτίμηση του βαθμού στον οποίο τα επιμέρους στοιχεία μιας κλίμακας μετρούν την ίδια υποκείμενη έννοια (δηλαδή οι ερωτήσεις που αφορούν πχ την μέτρηση του άγχους μεταξύ τους, εκείνες που μετρούν το στρες μεταξύ τους, εκείνες που μετρούν την κατάθλιψη μεταξύ τους). Ως εκ τούτου, ο δείκτης αυτός είναι δείκτης «εσωτερικής συνοχής» και αποτυπώνει τομέτρο σύγκλισης των απαντήσεων σε ομοειδή ερωτήματα. Στην παρούσα έρευνα, οι τιμές του Cronbach's alpha για την κλίμακα συνολικά αλλά και τις επιμέρους υποκλίμακες παρουσιάζονται παρακάτω στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) της κλίμακας DASS-21 (N=115)	
Υποκλίμακα	Cronbach's alpha (α)
Κατάθλιψη	0,93
Άγχος	0,91
Στρες	0,92
Συνολική κλίμακα	0,97

Οι τιμές του δείκτη κυμάνθηκαν από 0,91 έως 0,93 για τις επιμέρους διαστάσεις (κατάθλιψη, άγχος και στρες), ενώ η συνολική τιμή της κλίμακας ανήλθε σε 0,97. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας, καθώς όλες οι τιμές υπερβαίνουν το αποδεκτό όριο του 0,70. Συνεπώς, τα ερωτήματα κάθε υποκλίμακας μετρούν με συνέπεια την αντίστοιχη διάσταση της ψυχολογικής επιβάρυνσης και η κλίμακα θεωρείται κατάλληλη για τη μέτρηση της ψυχολογικής κατάστασης των γονέων στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας.

Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται κυρίως ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες επιτρέπουν την εύκολη ποσοτικοποίηση των απαντήσεων και διευκολύνουν τη στατιστική ανάλυση, διασφαλίζοντας παράλληλα την ομοιομορφία και τη συγκρισιμότητα των δεδομένων. Οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν υποχρεωτικές, προκειμένου να περιοριστούν τα ελλιπή δεδομένα και να ενισχυθεί η πληρότητα του δείγματος. Επιπλέον, στο τέλος του ερωτηματολογίου συμπεριλήφθηκε μία προαιρετική ερώτηση ανοικτού τύπου, με στόχο τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων και την πληρέστερη κατανόηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων. Η ερώτηση αυτή συμπεριλήφθηκε στο ερωτηματολόγιο ώστε να δώσει τη δυνατότητα ελεύθερης έκφρασης, επιτρέποντας την ανάδειξη προσωπικών βιωμάτων και συναισθημάτων που δεν μπορούν να αποτυπωθούν πλήρως μέσω κλειστού τύπου ερωτήσεων.

3.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων αποτελεί κρίσιμο στάδιο σε κάθε ποσοτική έρευνα, καθώς επηρεάζει άμεσα τόσο την εγκυρότητα των ευρημάτων όσο και την αξιοπιστία της ερμηνείας τους. Στην παρούσα μελέτη, η συγκέντρωση των πρωτογενών δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω διαδικτυακού ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε στην πλατφόρμα Google Forms. Η επιλογή αυτής της μεθόδου βασίστηκε στα πλεονεκτήματα που

προσφέρει, όπως η ευκολία πρόσβασης, η ταχύτητα συλλογής δεδομένων και η δυνατότητα προσέγγισης συμμετεχόντων από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η δια ζώσης επικοινωνία δεν είναι εφικτή (Evans & Mathur, 2018).

Η διάχυση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά, μέσω κοινωνικών δικτύων, προσωπικών και επαγγελματικών επαφών, καθώς και μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας, σε ένα ευρύ δίκτυο φορέων και κοινοτήτων που σχετίζονται με τον αυτισμό, την υποστήριξη οικογενειών παιδιών με ΔΑΦ και την ειδική αγωγή. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο κοινοποιήθηκε σε οργανισμούς, τοπικούς συλλόγους γονέων και μη κερδοσκοπικούς φορείς που δραστηριοποιούνται στον χώρο της αναπηρίας και του αυτισμού καθώς και σε κέντρα ειδικών θεραπειών, λογοθεραπείας και διεπιστημονικής υποστήριξης. Παράλληλα, αξιοποιήθηκαν και διαδικτυακές κοινότητες, όπως ομάδες στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook) με μεγάλο αριθμό μελών, που αφορούν τη ΔΑΦ και την ειδική αγωγή, προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερη διάχυση και συμμετοχή. Η διαδικασία αυτή συνδύασε στοιχεία δειγματοληψίας ευκολίας και δειγματοληψίας χιονοστιβάδας (snowball sampling), καθώς η πρόσκληση συμμετοχής μπορούσε να αναπαραχθεί και να προωθηθεί περαιτέρω από άτομα, φορείς και ομάδες που σχετίζονται με το πεδίο της ΔΑΦ.

Η πολυεπίπεδη αυτή στρατηγική κοινοποίησης επέτρεψε την προσέγγιση ενός στοχευμένου αλλά και αρκετά διευρυμένου δείγματος, αποτελούμενου από γονείς που έχουν άμεση εμπειρία με τη ΔΑΦ και τις υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης. Επιπλέον, η συμμετοχή τόσο επαγγελματικών δομών όσο και κοινοτήτων γονέων ενίσχυσε τη διασπορά του ερωτηματολογίου σε διαφορετικά κοινωνικά και γεωγραφικά περιβάλλοντα, συμβάλλοντας στη συλλογή πιο αντιπροσωπευτικών δεδομένων σε σχέση με το υπό μελέτη πληθυσμιακό σύνολο.

Πριν από τη συμπλήρωση, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για τον σκοπό της έρευνας και το περιεχόμενο των ερωτήσεων, ενώ περιλαμβανόταν και σύντομη δήλωση συναίνεσης, σύμφωνα με τις αρχές της δεοντολογίας στην κοινωνική έρευνα (Babbie, 2020). Η περίοδος συλλογής των δεδομένων διήρκεσε περίπου τέσσερις εβδομάδες, με στόχο τη συγκέντρωση επαρκούς δείγματος που να επιτρέπει αξιόπιστη στατιστική ανάλυση. Καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας, ο ερευνητής ήταν διαθέσιμος για την παροχή διευκρινίσεων και υποστήριξης προς τους συμμετέχοντες, ενισχύοντας έτσι την ακρίβεια και την πληρότητα των απαντήσεων. Επιπλέον, η χρήση της ηλεκτρονικής φόρμας επέτρεψε τον αυτόματο έλεγχο συμπλήρωσης και τη συλλογή δομημένων δεδομένων, χωρίς την ανάγκη χειροκίνητης

καταγραφής, μειώνοντας σημαντικά την πιθανότητα σφαλμάτων (Sue & Ritter, 2012). Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε σύγχρονες έρευνες, καθώς αξιοποιεί τα ψηφιακά μέσα για τη βελτιστοποίηση της ερευνητικής διαδικασίας.

3.5 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση στατιστικού λογισμικού IBM SPSS Statistics, το οποίο αποτελεί ευρέως αποδεκτό εργαλείο για την επεξεργασία ποσοτικών δεδομένων και τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών σε κοινωνικές επιστήμες. Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, προκειμένου να παρουσιαστούν βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και ποσοστά, τα οποία βοηθούν στην κατανόηση της κατανομής των απαντήσεων ανά μεταβλητή (Field, 2024).

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις διαφορών και επιδράσεων, με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών της πρώιμης παρέμβασης και των επιπέδων άγχους, στρες και κατάθλιψης των γονέων. Η μεταβλητή «πρώιμη παρέμβαση» ορίστηκε με βάση την ηλικία έναρξης της παρέμβασης. Συγκεκριμένα, ως πρώιμη παρέμβαση θεωρήθηκε η έναρξη πριν ή έως την ηλικία των 3 ετών, ενώ ως μη πρώιμη παρέμβαση θεωρήθηκε η έναρξη μετά την ηλικία των 3 ετών. Για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι τρεις διαστάσεις της κλίμακας DASS-21: κατάθλιψη, άγχος και στρες. Η χρήση της κλίμακας DASS επέτρεψε τη δημιουργία ποσοτικών δεικτών για κάθε μία από τις τρεις διαστάσεις της ψυχικής υγείας. Παράλληλα, υπολογίστηκε το μέγεθος επίδρασης Cohen's d, προκειμένου να εκτιμηθεί η πρακτική σημασία των διαφορών που προέκυψαν. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$, σύμφωνα με τα διεθνή ερευνητικά πρότυπα.

Τέλος, για τη διερεύνηση της επίδρασης βασικών χαρακτηριστικών της παρέμβασης στην ψυχολογική κατάσταση των γονέων εφαρμόστηκε ανάλυση General Linear Model (Univariate). Στα μοντέλα εισήχθησαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές η πρώιμη παρέμβαση, η διάρκεια της παρέμβασης και η συμμετοχή του γονέα στη θεραπευτική διαδικασία, ενώ ως εξαρτημένες μεταβλητές εξετάστηκαν το άγχος και το στρες. Η συγκεκριμένη ανάλυση επέτρεψε την εξέταση τόσο των κύριων επιδράσεων όσο και των πιθανών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μεταβλητών. Για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν οι τιμές F

(στατιστικό ελέγχου), p (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) και partial eta squared (μέγεθος επίδρασης), οι οποίες επιτρέπουν την εκτίμηση τόσο της στατιστικής όσο και της πρακτικής σημασίας των ευρημάτων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

3.6 Ηθικά ζητήματα

Η ερευνητική διαδικασία σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις βασικές αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας, με ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τις διεθνείς και εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες, κρίθηκε αναγκαίο να διασφαλιστεί ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν μπορούν να συνδεθούν με προσωπικά αναγνωρίσιμα στοιχεία.

Για τον λόγο αυτό, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, χωρίς να ζητηθούν ονόματα, διευθύνσεις ή άλλα στοιχεία που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε ταυτοποίηση. Με τον τρόπο αυτό προστατεύτηκε η ιδιωτικότητα των συμμετεχόντων και ενισχύθηκε το αίσθημα ασφάλειας κατά τη συμπλήρωση.

Παράλληλα, η συμμετοχή στην έρευνα ήταν απολύτως εθελοντική. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εκ των προτέρων για τον σκοπό της μελέτης, το περιεχόμενο των ερωτήσεων και το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Η διαδικασία αυτή συνάδει με την αρχή του σεβασμού της αυτονομίας, ενώ η συγκατάθεση τεκμαίρεται μέσω της εκούσιας συμμετοχής και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (Creswell & Creswell, 2017).

Κατά το στάδιο της ανάλυσης, τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν ανώνυμα και αποθηκεύτηκαν σε ασφαλή ηλεκτρονικά περιβάλλοντα, ώστε να αποτραπεί κάθε μορφή μη εξουσιοδοτημένης πρόσβασης. Η τήρηση αυτών των διαδικασιών συνέβαλε ουσιαστικά στη διασφάλιση της επιστημονικής εγκυρότητας της έρευνας και της ηθικής ακεραιότητας της συνολικής ερευνητικής διαδικασίας.

Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα Έρευνας

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα επιμέρους μέρη του ερωτηματολογίου, με ιδιαίτερη έμφαση στη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Συνολικά, στην έρευνα συμμετείχαν 115 άτομα, των οποίων τα βασικότερα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 2: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος (115 συμμετέχοντες)			
		N	%
Φύλο	Άνδρας	18	15,65
	Γυναίκα	97	84,35
Ηλικιακή ομάδα	18-30	2	1,74
	31-40	26	22,61
	41-50	59	51,30
	51-60	20	17,39
	60+	8	6,96
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	97	84,35
	Διαζευγμένος/η	7	6,09
	Μονογονεϊκή οικογένεια	8	6,96
	Σε διάσταση	2	1,74
	Χήρος/α	1	0,87
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	1	0,87
	Γυμνάσιο	4	3,48

	Λύκειο	18	15,65
	Ι.Ε.Κ.	20	17,39
	Πανεπιστήμιο	43	37,39
	Μεταπτυχιακό	27	23,48
	Διδακτορικό	2	1,74
Εργασιακή κατάσταση	Πλήρης απασχόληση	67	58,26
	Μερική απασχόληση	14	12,17
	Άνεργος/η	25	21,74
	Συνταξιούχος	9	7,83
Τομέας εργασίας	Δημόσιος	38	33,04
	Ιδιωτικός	47	40,87
	Άνεργος/η	28	24,35
	Συνταξιούχος	1	0,87
	Ελεύθερος επαγγελματίας	1	0,87
Σχέση με το παιδί	Μητέρα	97	84,35
	Πατέρας	18	15,65

Η ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος δείχνει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (84,35%), ενώ οι άνδρες αποτελούσαν το 15,65% του δείγματος. Η συγκεκριμένη κατανομή υποδηλώνει τη μεγαλύτερη συμμετοχή των μητέρων σε ζητήματα που αφορούν τη φροντίδα παιδιών με ΔΑΦ.

Ως προς την ηλικιακή κατανομή, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών (51,30%), ενώ ακολουθούν οι ομάδες 31-40 ετών (22,61%) και 51-60 ετών (17,39%). Οι νεότερες (18-30 ετών) και μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (60+) εκπροσωπούνται σε μικρότερο βαθμό, γεγονός που αντανακλά την ηλικιακή περίοδο κατά την οποία οι γονείς αντιμετωπίζουν πιο ενεργά τις ανάγκες φροντίδας των παιδιών τους.

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι (84,35%), ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφονται για διαζευγμένους (6,09%), μονογονεϊκές οικογένειες (6,96%), άτομα σε διάσταση (1,74%) και χήρους/ες (0,87%). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η φροντίδα παιδιών με ΔΑΦ λαμβάνει χώρα κυρίως εντός οικογενειακών πλαισίων με δύο γονείς.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων διαθέτει πανεπιστημιακή εκπαίδευση (37,39%), ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό όσων κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο (23,48%). Ακολουθούν οι απόφοιτοι Ι.Ε.Κ. (17,39%) και λυκείου (15,65%), ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφονται για χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης. Η υψηλή εκπαιδευτική στάθμη του δείγματος ενδέχεται να επηρεάζει τη στάση απέναντι στην πρόωμη παρέμβαση και την αναζήτηση υπηρεσιών.

Σε επίπεδο εργασιακής κατάστασης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων εργάζεται με πλήρη απασχόληση (58,26%), ενώ ποσοστό 12,17% εργάζεται με μερική απασχόληση. Το ποσοστό των ανέργων ανέρχεται σε 21,74%, ενώ το 7,83% είναι συνταξιούχοι. Παράλληλα, όσον αφορά τον τομέα απασχόλησης, το μεγαλύτερο ποσοστό εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα (40,87%), ακολουθούμενο από τον δημόσιο (33,04%).

Τέλος, ως προς τη σχέση με το παιδί, το 84,35% των συμμετεχόντων είναι μητέρες και το 15,65% πατέρες, επιβεβαιώνοντας εκ νέου τη μεγαλύτερη συμμετοχή των μητέρων σε έρευνες που σχετίζονται με την ανατροφή και την υποστήριξη παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες.

Το δείγμα λοιπόν παρουσιάζει ποικιλία ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, γεγονός που ενισχύει την περιγραφική αξία της έρευνας. Παράλληλα, όλα τα άτομα του δείγματος έχουν άμεση εμπειρία με τη φροντίδα παιδιού με ΔΑΦ, στοιχείο που καθιστά τα δεδομένα ιδιαίτερα σχετικά με το υπό μελέτη φαινόμενο. Η σύνθεση του δείγματος επιτρέπει τη διερεύνηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων σε πραγματικές συνθήκες, αν και η μη τυχαιοποιημένη δειγματοληψία περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

4.2 Περιγραφική ανάλυση της κλίμακας DASS-21

Η αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της κλίμακας Depression Anxiety Stress Scales, η οποία αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης τριών βασικών διαστάσεων της ψυχικής υγείας: της

κατάθλιψη, του άγχους και του στρες. Για κάθε μία από τις υποκλίμακες υπολογίστηκαν οι συνολικές βαθμολογίες, με βάση τις καθιερωμένες οδηγίες βαθμολόγησης, σύμφωνα με τις οποίες οι απαντήσεις κάθε υποκλίμακας (κατάθλιψη, άγχος, στρες) αθροίζονται και το συνολικό σκορ πολλαπλασιάζεται επί δύο, ώστε να είναι συγκρίσιμο με τη μεγαλύτερη μορφή της κλίμακας (DASS-42). Τα τελικά σκορ κατηγοριοποιούνται σε επίπεδα σοβαρότητας (φυσιολογικό, ήπιο, μέτριο, σοβαρό και εξαιρετικά σοβαρό), επιτρέποντας την ερμηνεία της έντασης των συμπτωμάτων.

Για την πληρέστερη κατανόηση των επιπέδων ψυχολογικής επιβάρυνσης των συμμετεχόντων, στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά στατιστικά (μέσος όρος και τυπική απόκλιση) για καθεμία από τις τρεις υποκλίμακες της κλίμακας DASS.

Πίνακας 3: Περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας DASS-21 (N=115)		
Μεταβλητή	M (Μέσος όρος)	SD (Τυπική Απόκλιση)
Κατάθλιψη	12,96	11,92
Άγχος	9,62	10,74
Στρες	16,07	11,12

Η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι ο μέσος όρος για την υποκλίμακα της κατάθλιψης ανήλθε σε $M=12,96$ ($SD=11,92$), για το άγχος σε $M=9,62$ ($SD=10,74$), ενώ για το στρες σε $M=16,07$ ($SD=11,12$). Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι, κατά μέσο όρο, οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, με τη διάσταση του στρες να εμφανίζει τις υψηλότερες τιμές. Επομένως οι συμμετέχοντες βιώνουν εντονότερη επιβάρυνση σε αυτόν τον τομέα σε σύγκριση με το άγχος και την κατάθλιψη.

Η αυξημένη τιμή του στρες σε σύγκριση με τις άλλες δύο διαστάσεις ενδέχεται να σχετίζεται με τις καθημερινές απαιτήσεις και τις προκλήσεις που συνεπάγεται η φροντίδα ενός παιδιού με ΔΑΦ. Παράλληλα, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αν και χαμηλότερα, παραμένουν αξιοσημείωτα, γεγονός που επιβεβαιώνει τη σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση που βιώνουν οι γονείς.

Επιπλέον, οι σχετικά υψηλές τιμές της τυπικής απόκλισης σε όλες τις υποκλίμακες υποδηλώνουν σημαντική διακύμανση στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η ψυχολογική κατάσταση των γονέων δεν είναι ομοιογενής, αλλά διαφοροποιείται

σημαντικά από άτομο σε άτομο, πιθανώς λόγω παραγόντων όπως η ένταση των συμπτωμάτων του παιδιού, το επίπεδο υποστήριξης και η πρόσβαση σε υπηρεσίες παρέμβασης.

Συνολικά, τα ευρήματα της περιγραφικής ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν αξιοσημείωτα επίπεδα άγχους, στρες και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γεγονός που καθιστά αναγκαία την περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν την ψυχολογική τους κατάσταση.

4.3 Διαφορές μεταξύ ομάδων

Για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών στην ψυχολογική κατάσταση των γονέων, πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ δύο ομάδων: των γονέων των οποίων τα παιδιά έλαβαν πρώιμη παρέμβαση και εκείνων των οποίων τα παιδιά ξεκίνησαν παρέμβαση σε μεταγενέστερο στάδιο. Ο διαχωρισμός των ομάδων βασίστηκε στην ηλικία έναρξης της παρέμβασης, με την ομάδα της πρώιμης παρέμβασης να περιλαμβάνει παιδιά που ξεκίνησαν παρέμβαση έως και την ηλικία των 3 ετών, ενώ η ομάδα της μη πρώιμης παρέμβασης περιλάμβανε παιδιά που ξεκίνησαν μετά την ηλικία αυτή. Το κριτήριο αυτό ευθυγραμμίζεται με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία αναγνωρίζει τα πρώτα χρόνια ζωής ως κρίσιμη περίοδο για την ανάπτυξη και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων (Phillips & Shonkoff, 2000; Zwaigenbaum et al., 2015).

Η σύγκριση αυτή κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς συνδέεται άμεσα με το βασικό ερευνητικό ερώτημα της μελέτης, που αφορά την επίδραση της πρώιμης παρέμβασης στην ψυχική υγεία των γονέων. Για τον σκοπό αυτό εφαρμόστηκε το στατιστικό τεστ Independent Samples t-test, το οποίο χρησιμοποιείται για τη σύγκριση των μέσων όρων δύο ανεξάρτητων ομάδων. Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν ήταν οι τρεις υποκλίμακες της κλίμακας DASS, δηλαδή η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες. Η επιλογή του συγκεκριμένου τεστ θεωρείται κατάλληλη για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ ομάδων σε ποσοτικά δεδομένα. Επίσης υπολογίστηκε και το Cohen's d για τη μέτρηση του μεγέθους της επίδρασης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4: Σύγκριση πρώιμης και μη πρώιμης παρέμβασης ως προς DASS					
Μεταβλητή	M (Πρώιμη ≤3 έτη)	M (Μη πρώιμη >3 έτη)	t	p	Cohen's d
Κατάθλιψη	10,99	15,91	-2,18	0,032	-0,42
Άγχος	8,96	10,61	-0,80	0,423	-0,15
Στρες	13,83	19,43	-2,67	0,009	-0,52

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι οι γονείς των παιδιών που έλαβαν πρώιμη παρέμβαση παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($M=10,99$) σε σύγκριση με την ομάδα της μη πρώιμης παρέμβασης ($M=15,91$), με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ($t=-2,18$, $p=0,032$). Αντίστοιχα, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά και ως προς το στρες, με την ομάδα της πρώιμης παρέμβασης να εμφανίζει χαμηλότερο μέσο όρο ($M=13,83$) σε σχέση με την ομάδα της μη πρώιμης παρέμβασης ($M=19,43$), διαφορά που επίσης ήταν στατιστικά σημαντική ($t=-2,67$, $p=0,009$). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η πρώιμη παρέμβαση συνδέεται με μειωμένα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης στους γονείς.

Αντίθετα, όσον αφορά τη διάσταση του άγχους, αν και οι γονείς της πρώιμης παρέμβασης εμφάνισαν χαμηλότερο μέσο όρο ($M=8,96$) σε σχέση με την ομάδα της μη πρώιμης παρέμβασης ($M=10,61$), η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($t=-0,80$, $p=0,423$). Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι η πρώιμη παρέμβαση ενδέχεται να μην επηρεάζει στον ίδιο βαθμό όλες τις διαστάσεις της ψυχολογικής επιβάρυνσης ή ότι το άγχος επηρεάζεται από επιπρόσθετους παράγοντες πέραν της χρονικής έναρξης της παρέμβασης.

Επιπλέον, η εξέταση του μεγέθους επίδρασης (Cohen's d) έδειξε ότι οι διαφορές που παρατηρήθηκαν για την κατάθλιψη ($d=-0,42$) και το στρες ($d=-0,52$) βρίσκονται σε μέτρια επίπεδα, γεγονός που ενισχύει τη σημασία των ευρημάτων όχι μόνο σε στατιστικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο. Συνολικά, τα αποτελέσματα της σύγκρισης καταδεικνύουν τον προστατευτικό ρόλο της πρώιμης παρέμβασης για την ψυχική υγεία των γονέων, επιβεβαιώνοντας τη σημασία της έγκαιρης υποστήριξης τόσο για το παιδί όσο και για την οικογένεια.

4.4 Επίδραση χαρακτηριστικών της παρέμβασης στην ψυχολογική κατάσταση των γονέων

Στην παρούσα ενότητα εξετάζεται η σχέση βασικών χαρακτηριστικών της παρέμβασης, όπως η πρώιμη έναρξη, η διάρκεια της παρέμβασης και η συμμετοχή του γονέα, με την ψυχολογική κατάσταση των γονέων, όπως αυτή αποτυπώνεται μέσω των επιπέδων άγχους και στρες. Η κατάθλιψη εξετάστηκε στην προηγούμενη ενότητα, στο πλαίσιο της βασικής σύγκρισης μεταξύ πρώιμης και μη πρώιμης παρέμβασης, όπου αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Στην παρούσα υποενότητα, οι επιμέρους αναλύσεις επικεντρώνονται στο άγχος και το στρες, καθώς οι δύο αυτές διαστάσεις συνδέονται άμεσα με το βασικό ερευνητικό αντικείμενο και τον τίτλο της εργασίας.

Για τη διερεύνηση της επίδρασης των παραπάνω χαρακτηριστικών της παρέμβασης εφαρμόστηκε ανάλυση General Linear Model (Univariate). Η συγκεκριμένη μέθοδος επιτρέπει την ταυτόχρονη εξέταση της επίδρασης πολλαπλών ανεξάρτητων μεταβλητών σε μία εξαρτημένη μεταβλητή. Στο πλαίσιο της ανάλυσης, στο μοντέλο εισήχθησαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές η πρώιμη παρέμβαση, η διάρκεια της παρέμβασης και η συμμετοχή του γονέα, ενώ ως εξαρτημένες μεταβλητές εξετάστηκαν τα επίπεδα άγχους και στρες. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει την κατανόηση όχι μόνο των επιμέρους επιδράσεων, αλλά και της πιθανής αλληλεπίδρασης μεταξύ των παραγόντων.

Τα αποτελέσματα της διερεύνησης της επίδρασης της πρώιμης παρέμβασης και της διάρκειας της παρέμβασης στα επίπεδα άγχους των γονέων παρουσιάζονται στον Πίνακα 5 και 6.

Πίνακας 5: Επίδραση πρώιμης παρέμβασης και διάρκειας παρέμβασης στο άγχος			
Μεταβλητή	F	p	Partial η²
Πρώιμη παρέμβαση	3,17	0,078	0,028
Διάρκεια παρέμβασης	0,67	0,414	0,006
Πρώιμη × Διάρκεια	2,63	0,108	0,023

Πίνακας 6: Μέσοι όροι άγχους ανά ομάδα παρέμβασης και διάρκειας
--

Παρέμβαση	Διάρκεια	M	SD	N
Πρώιμη	Μέχρι 2 έτη	6,72	8,06	11
Πρώιμη	Πάνω από 2 έτη	9,38	11,14	58
Μη πρώιμη	Μέχρι 2 έτη	18,00	10,95	4
Μη πρώιμη	Πάνω από 2 έτη	9,90	10,70	42

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι η πρώιμη παρέμβαση δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα άγχους ($F=3,17$, $p=0,078$), αν και παρατηρείται μια οριακή τάση προς σημαντικότητα. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι, παρότι οι γονείς των παιδιών που έλαβαν πρώιμη παρέμβαση εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους, η διαφορά δεν είναι επαρκώς ισχυρή ώστε να θεωρηθεί στατιστικά σημαντική. Αντίστοιχα, η διάρκεια της παρέμβασης δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα άγχους ($F=0,67$, $p=0,414$), ενώ ούτε η αλληλεπίδραση μεταξύ πρώιμης παρέμβασης και διάρκειας παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση ($F=2,63$, $p=0,108$). Τα μεγέθη επίδρασης (partial η^2) για όλες τις μεταβλητές ήταν μικρά, γεγονός που υποδηλώνει περιορισμένη πρακτική σημασία των διαφορών. Συνολικά, ως προς τη συγκεκριμένη ανάλυση, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το άγχος των γονέων δεν διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά με βάση την πρώιμη έναρξη ή τη διάρκεια της παρέμβασης. Το εύρημα αυτό ενισχύει την άποψη ότι το άγχος αποτελεί μια πιο σύνθετη ψυχολογική διάσταση, η οποία ενδέχεται να επηρεάζεται από ευρύτερους παράγοντες, όπως η αβεβαιότητα για το μέλλον του παιδιού, η κοινωνική υποστήριξη και οι οικονομικές συνθήκες.

Παρά την απουσία στατιστικά σημαντικών διαφορών, τα περιγραφικά δεδομένα δείχνουν μια τάση διαφοροποίησης μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, οι γονείς των παιδιών που δεν έλαβαν πρώιμη παρέμβαση φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με εκείνους των οποίων τα παιδιά έλαβαν πρώιμη παρέμβαση. Η τάση αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής στην υποομάδα με μικρή διάρκεια παρέμβασης, όπου καταγράφεται υψηλός μέσος όρος άγχους. Ωστόσο, το εύρημα αυτό θα πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή, καθώς το μέγεθος της συγκεκριμένης υποομάδας είναι πολύ μικρό ($N=4$), γεγονός που περιορίζει τη στατιστική αξιοπιστία της σύγκρισης. Συνεπώς, αν και διαφαίνεται μια κατεύθυνση στα αποτελέσματα, δεν μπορεί να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα για την επίδραση της πρώιμης παρέμβασης στο άγχος.

Αντιστοίχως, τα αποτελέσματα της διερεύνησης της επίδρασης της πρώιμης παρέμβασης και της διάρκειας της παρέμβασης στα επίπεδα στρες των γονέων παρουσιάζονται στον Πίνακα 7 και 8.

Πίνακας 7: Επίδραση πρώιμης παρέμβασης και διάρκειας παρέμβασης στο στρες			
Μεταβλητή	F	p	Partial η^2
Πρώιμη παρέμβαση	11,84	<0,001	0,096
Διάρκεια παρέμβασης	2,27	0,135	0,020
Πρώιμη × Διάρκεια	4,69	0,032	0,041

Πίνακας 8: Μέσοι όροι στρες ανά ομάδα παρέμβασης και διάρκειας				
Παρέμβαση	Διάρκεια	M	SD	N
Πρώιμη	Μέχρι 2 έτη	12,00	8,90	11
Πρώιμη	Πάνω από 2 έτη	14,17	10,67	58
Μη πρώιμη	Μέχρι 2 έτη	30,50	8,70	4
Μη πρώιμη	Πάνω από 2 έτη	18,38	11,20	42

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι η πρώιμη παρέμβαση έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα στρες των γονέων ($F=11,84$, $p<0.001$), με μέτριο μέγεθος επίδρασης ($\text{partial } \eta^2=0,096$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι γονείς των παιδιών που έλαβαν πρώιμη παρέμβαση εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα στρες σε σύγκριση με εκείνους των οποίων τα παιδιά δεν έλαβαν έγκαιρη υποστήριξη.

Αντίθετα, η διάρκεια της παρέμβασης δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση ($F=2,27$, $p=0,135$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η χρονική έκταση της παρέμβασης από μόνη της δεν επαρκεί για να εξηγήσει διαφοροποιήσεις στα επίπεδα στρες. Ωστόσο, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ πρώιμης παρέμβασης και διάρκειας ($F=4,69$, $p=0,032$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η επίδραση της διάρκειας διαφοροποιείται ανάλογα

με το αν η παρέμβαση ξεκίνησε πρώιμα ή όχι. Το αποτέλεσμα αυτό αναδεικνύει τη σημασία του συνδυασμού των παραγόντων και όχι της μεμονωμένης επίδρασής τους.

Τα περιγραφικά δεδομένα ενισχύουν τα αποτελέσματα της ανάλυσης, καθώς δείχνουν σαφή διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων. Οι γονείς των παιδιών που έλαβαν πρώιμη παρέμβαση εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα στρες σε όλες τις κατηγορίες διάρκειας σε σύγκριση με εκείνους που δεν έλαβαν πρώιμη παρέμβαση. Ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα στρες παρατηρούνται στην ομάδα των γονέων χωρίς πρώιμη παρέμβαση και με μικρή διάρκεια παρέμβασης ($M=30,50$), γεγονός που υποδηλώνει ότι ο συνδυασμός μη πρώιμης και περιορισμένης παρέμβασης σχετίζεται με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση. Ωστόσο, το εύρημα αυτό θα πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή λόγω του μικρού μεγέθους της συγκεκριμένης υποομάδας ($N=4$).

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της επίδρασης της πρώιμης παρέμβασης και της συμμετοχής του γονέα στη θεραπευτική διαδικασία στα επίπεδα άγχους και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους Πίνακες 9 και 10.

Πίνακας 9: Επίδραση πρώιμης παρέμβασης και συμμετοχής γονέα στο άγχος			
Μεταβλητή	F	p	Partial η^2
Πρώιμη παρέμβαση	2,14	0,147	0,019
Συμμετοχή γονέα	0,03	0,873	0,000
Πρώιμη × Συμμετοχή	3,90	0,051	0,034

Πίνακας 10: Μέσοι όροι άγχους ανά ομάδα παρέμβασης και συμμετοχής γονέα				
Παρέμβαση	Συμμετοχή γονέα	M	SD	N
Πρώιμη	Ναι	6,27	6,96	22
Πρώιμη	Όχι	10,21	11,92	47
Μη πρώιμη	Ναι	13,73	12,42	15
Μη πρώιμη	Όχι	9,10	9,86	31

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι ούτε η πρώτη παρέμβαση ($F=2,14$, $p=0,147$) ούτε η συμμετοχή του γονέα ($F=0,03$, $p=0,873$) είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα άγχους. Τα μεγέθη επίδρασης ήταν μικρά, γεγονός που υποδηλώνει περιορισμένη πρακτική σημασία των διαφορών. Ωστόσο, η αλληλεπίδραση μεταξύ πρώτης παρέμβασης και συμμετοχής του γονέα παρουσίασε οριακή τάση προς στατιστική σημαντικότητα ($F=3,90$, $p=0,051$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η επίδραση της συμμετοχής του γονέα ενδέχεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το αν η παρέμβαση ξεκίνησε πρώτα ή όχι, χωρίς όμως να μπορεί να επιβεβαιωθεί με στατιστική βεβαιότητα.

Τα περιγραφικά δεδομένα δείχνουν μια ενδιαφέρουσα διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, οι γονείς που συμμετέχουν ενεργά στην παρέμβαση και των οποίων τα παιδιά έχουν λάβει πρώτη παρέμβαση εμφανίζουν τα χαμηλότερα επίπεδα άγχους. Αντίθετα, υψηλότερα επίπεδα άγχους παρατηρούνται στους γονείς που συμμετέχουν στην παρέμβαση, αλλά η έναρξη της παρέμβασης δεν ήταν πρώτη. Το εύρημα αυτό ενδέχεται να υποδηλώνει ότι η συμμετοχή του γονέα από μόνη της δεν επαρκεί για τη μείωση του άγχους, αλλά λειτουργεί πιο αποτελεσματικά όταν συνδυάζεται με πρώτη έναρξη της παρέμβασης. Παρά την απουσία στατιστικά σημαντικών διαφορών, η τάση αυτή ενισχύει τη σημασία του χρονικού πλαισίου μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η γονεϊκή εμπλοκή.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της επίδρασης της πρώτης παρέμβασης και της συμμετοχής του γονέα στη θεραπευτική διαδικασία στα επίπεδα στρες και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους Πίνακες 11 και 12.

Πίνακας 11: Επίδραση πρώτης παρέμβασης και συμμετοχής γονέα στο στρες			
Μεταβλητή	F	p	Partial η^2
Πρώτη παρέμβαση	10,11	0,002	0,084
Συμμετοχή γονέα	0,03	0,870	0,000
Πρώτη $\times$ Συμμετοχή	3,07	0,082	0,027

Πίνακας 12: Μέσοι όροι στρες ανά ομάδα παρέμβασης και συμμετοχής γονέα
--

Παρέμβαση	Συμμετοχή γονέα	M	SD	N
Πρώιμη	Ναι	11,45	8,73	22
Πρώιμη	Όχι	14,94	10,98	47
Μη πρώιμη	Ναι	22,27	11,49	15
Μη πρώιμη	Όχι	18,06	11,38	31

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι η πρώιμη παρέμβαση έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα στρες των γονέων ($F=10,11$, $p=0,002$), με μέτριο μέγεθος επίδρασης ($\text{partial } \eta^2=0.084$). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει ότι οι γονείς των παιδιών που έλαβαν πρώιμη παρέμβαση βιώνουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα στρες. Αντίθετα, η συμμετοχή του γονέα στη θεραπευτική διαδικασία δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση ($F=0,03$, $p=0,870$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η απλή παρουσία ή συμμετοχή δεν επαρκεί από μόνη της για τη μείωση του στρες. Η αλληλεπίδραση μεταξύ πρώιμης παρέμβασης και συμμετοχής του γονέα δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($F=3,07$, $p=0,082$), αν και παρατηρείται οριακή τάση, γεγονός που υποδηλώνει ότι η συνδυαστική επίδραση των δύο παραγόντων ενδέχεται να έχει κάποια σημασία, χωρίς όμως να μπορεί να επιβεβαιωθεί με στατιστική βεβαιότητα.

Τα περιγραφικά δεδομένα ενισχύουν την επίδραση της πρώιμης παρέμβασης, καθώς σε όλες τις περιπτώσεις οι γονείς των παιδιών που έλαβαν πρώιμη παρέμβαση εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα στρες. Η χαμηλότερη τιμή καταγράφεται στους γονείς που συμμετέχουν ενεργά και τα παιδιά τους έχουν λάβει πρώιμη παρέμβαση. Αντίθετα, τα υψηλότερα επίπεδα στρες παρατηρούνται στους γονείς που συμμετέχουν στην παρέμβαση, αλλά η έναρξη αυτής δεν ήταν πρώιμη. Το εύρημα αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι η μη πρώιμη έναρξη παρέμβασης συνοδεύεται από αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση, ακόμη και όταν οι γονείς εμπλέκονται ενεργά στη διαδικασία.

4.5 Συμπληρωματική ποιοτική αποτύπωση των εμπειριών των γονέων

Στο τέλος του ερωτηματολογίου δόθηκε στους συμμετέχοντες η δυνατότητα να απαντήσουν προαιρετικά σε μία ανοιχτή ερώτηση σχετικά με το πώς η παρέμβαση του παιδιού τους έχει επηρεάσει την καθημερινότητα ή την ψυχολογική τους κατάσταση. Από τους 115 συμμετέχοντες, 54 γονείς παρείχαν γραπτή απάντηση. Οι απαντήσεις αυτές δεν αναλύθηκαν με σκοπό την εξαγωγή στατιστικών συμπερασμάτων, αλλά αξιοποιήθηκαν συμπληρωματικά και ερμηνευτικά, προκειμένου να εμπλουτίσουν την ερμηνεία των ποσοτικών ευρημάτων και

να αναδείξουν βιωματικές διαστάσεις της γονεϊκής εμπειρίας, χωρίς να αποτελούν αυτοτελή ποιοτική μελέτη.

Η θεματική αποτύπωση των απαντήσεων ανέδειξε ότι μεγάλο μέρος των γονέων αντιλαμβάνεται την παρέμβαση ως ιδιαίτερα θετική για την εξέλιξη του παιδιού και τη λειτουργία της οικογένειας. Πολλοί συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε βελτίωση της επικοινωνίας, της κοινωνικής ανταπόκρισης, της συμπεριφοράς και της καθημερινής λειτουργικότητας του παιδιού. Οι αναφορές αυτές συνδέονται με αυξημένη ελπίδα, ανακούφιση και καλύτερη ψυχολογική κατάσταση των γονέων. Χαρακτηριστικά, ορισμένοι γονείς ανέφεραν ότι η παρέμβαση «βοήθησε πολύ όλη την οικογένεια», ότι τους έκανε να αισθανθούν «πιο δυνατοί» και ότι η πρόοδος του παιδιού συνέβαλε στη βελτίωση της δικής τους ψυχολογικής κατάστασης.

Παράλληλα, αρκετές απαντήσεις ανέδειξαν τη σημαντική επιβάρυνση που συνοδεύει τη φροντίδα και την παρέμβαση. Οι γονείς αναφέρθηκαν σε δυσκολίες καθημερινότητας, έλλειψη προσωπικού χρόνου, κόπωση, οικονομική πίεση και ανάγκη συνεχούς οργάνωσης γύρω από τις θεραπευτικές συνεδρίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι απαντήσεις ανέδειξαν έντονο άγχος, καταθλιπτικά βιώματα και αίσθημα εξάντλησης. Ιδιαίτερα συχνή ήταν επίσης η ανησυχία για το μέλλον του παιδιού, την αυτονομία του, την κοινωνική του ένταξη και τη διαθεσιμότητα κατάλληλων δομών υποστήριξης.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι οι απαντήσεις δεν αποτυπώνουν μόνο δυσκολίες, αλλά και διαδικασίες αποδοχής, προσωπικής ανάπτυξης και γονεϊκής ενδυνάμωσης. Αρκετοί γονείς περιέγραψαν την εμπειρία της ΔΑΦ ως μια δύσκολη αλλά μεταμορφωτική διαδρομή, μέσα από την οποία έμαθαν να κατανοούν καλύτερα το παιδί τους, να προσαρμόζουν τις προσδοκίες τους και να εκτιμούν μικρά βήματα προόδου. Η αποδοχή της διάγνωσης, η εκπαίδευση των γονέων και η συνεργασία με τους θεραπευτές αναδείχθηκαν ως σημαντικοί παράγοντες που διευκολύνουν την προσαρμογή της οικογένειας.

Συνολικά, οι απαντήσεις στην ανοιχτή ερώτηση ενισχύουν την ερμηνεία των ποσοτικών ευρημάτων. Από τη μία πλευρά, επιβεβαιώνουν ότι η παρέμβαση μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά, ενισχύοντας την ελπίδα, τη λειτουργικότητα και την ψυχολογική ανθεκτικότητα των γονέων. Από την άλλη πλευρά, αναδεικνύουν ότι η παρέμβαση δεν εξαλείφει πλήρως την ψυχολογική επιβάρυνση, καθώς οι γονείς εξακολουθούν να βιώνουν άγχος, κόπωση, οικονομικές δυσκολίες και ανησυχία για το μέλλον. Τα ευρήματα αυτά

υπογραμμίζουν την ανάγκη οι υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης να πλαισιώνονται από συστηματική υποστήριξη των γονέων και της οικογένειας συνολικά.

4.6 Σύνοψη αποτελεσμάτων

Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε σημαντικά ευρήματα σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση των γονέων παιδιών με ΔΑΦ και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Σε επίπεδο περιγραφικής ανάλυσης, οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μέτρια επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, με τη διάσταση του στρες να εμφανίζει τις υψηλότερες τιμές σε σύγκριση με το άγχος και την κατάθλιψη. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι καθημερινές απαιτήσεις και οι προκλήσεις που συνδέονται με τη φροντίδα ενός παιδιού με ΔΑΦ επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική ευημερία των γονέων. Παράλληλα, η σημαντική διακύμανση στις απαντήσεις υποδηλώνει ότι η εμπειρία αυτή δεν είναι ομοιογενής, αλλά διαφοροποιείται ανάλογα με ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Όσον αφορά τη σύγκριση μεταξύ των ομάδων πρώιμης και μη πρώιμης παρέμβασης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η έγκαιρη έναρξη παρέμβασης (έως και την ηλικία των τριών ετών) συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και στρες στους γονείς, με τις διαφορές αυτές να είναι στατιστικά σημαντικές. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ψυχολογική επιβάρυνση δεν επηρεάζεται ομοιόμορφα σε όλες τις διαστάσεις. Το άγχος φαίνεται να αποτελεί μια πιο σύνθετη και ενδεχομένως πιο ανθεκτική διάσταση, η οποία σχετίζεται όχι μόνο με την πορεία του παιδιού, αλλά και με μακροπρόθεσμες ανησυχίες, όπως το μέλλον και η κοινωνική ένταξη. Στο σύνολό τους, τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τον προστατευτικό ρόλο της πρώιμης παρέμβασης, όχι μόνο για την ανάπτυξη του παιδιού αλλά και για την ψυχική υγεία της οικογένειας.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της ανάλυσης ανέδειξαν διαφοροποιημένη επίδραση των χαρακτηριστικών της παρέμβασης στις επιμέρους διαστάσεις της ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων. Ειδικότερα, το άγχος δεν φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά ούτε από την πρώιμη έναρξη της παρέμβασης ούτε από τη διάρκεια ή τη συμμετοχή του γονέα, αν και παρατηρούνται οριακές τάσεις που υποδηλώνουν πιθανή επίδραση υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι το άγχος αποτελεί μια σύνθετη και πολυπαραγοντική ψυχολογική κατάσταση, η οποία δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τα

χαρακτηριστικά της θεραπευτικής παρέμβασης, αλλά επηρεάζεται και από ευρύτερους ατομικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Αντίθετα, το στρες φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από την πρώιμη παρέμβαση, η οποία αναδεικνύεται ως ο πιο καθοριστικός παράγοντας μείωσης της ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων. Παράλληλα, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η συμμετοχή του γονέα και η διάρκεια της παρέμβασης δεν έχουν αυτόνομη επίδραση, αλλά αποκτούν σημασία όταν συνδυάζονται με την έγκαιρη έναρξη της υποστήριξης. Συνολικά, τα ευρήματα αναδεικνύουν τη σημασία της πρώιμης παρέμβασης όχι μόνο για την ανάπτυξη του παιδιού, αλλά και για τη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας της οικογένειας, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για ολιστικές και οικογενειοκεντρικές προσεγγίσεις.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο επηρεάζεται τόσο από χαρακτηριστικά της παρέμβασης όσο και από ευρύτερους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η πρώιμη και συστηματική παρέμβαση φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων, ιδιαίτερα ως προς το στρες, ενώ η συμμετοχή των γονέων φαίνεται να αποκτά μεγαλύτερη σημασία όταν εντάσσεται σε ένα πλαίσιο έγκαιρης και οργανωμένης υποστήριξης.

Με βάση τα παραπάνω ευρήματα, καθίσταται αναγκαία η περαιτέρω ερμηνεία τους υπό το πρίσμα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων, όπου επιχειρείται η σύνδεσή τους με προηγούμενες ερευνητικές μελέτες, η ερμηνεία πιθανών συγκλίσεων και αποκλίσεων, καθώς και η ανάδειξη των θεωρητικών και πρακτικών προεκτάσεων της παρούσας έρευνας.

Κεφάλαιο 5: Συζήτηση

5.1 Ερμηνεία αποτελεσμάτων

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται η ερμηνεία των ευρημάτων της έρευνας σε συνάρτηση με τα ερευνητικά ερωτήματα και το θεωρητικό πλαίσιο που αναπτύχθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια. Η παρούσα μελέτη είχε ως βασικό σκοπό να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά με ΔΑΦ και της ψυχολογικής κατάστασης των γονέων τους, όπως αυτή αποτυπώθηκε μέσα από τις διαστάσεις του άγχους, του στρες και της κατάθλιψης. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην εξέταση του κατά πόσο η πρώιμη έναρξη παρέμβασης, η διάρκεια της παρέμβασης και η συμμετοχή του γονέα στη θεραπευτική διαδικασία σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης έδειξαν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ παρουσιάζουν αξιοσημείωτα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, με το στρες να εμφανίζει την υψηλότερη μέση τιμή σε σύγκριση με το άγχος και την κατάθλιψη. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι καθημερινές απαιτήσεις φροντίδας και διαχείρισης ενός παιδιού με ΔΑΦ αποτελούν βασική πηγή ψυχολογικής πίεσης για τους γονείς. Οι δυσκολίες στην επικοινωνία, οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, οι αυξημένες θεραπευτικές ανάγκες και η αβεβαιότητα για την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού επιβαρύνουν σημαντικά την καθημερινότητα της οικογένειας.

Η πρώιμη παρέμβαση αναδείχθηκε πως μπορεί να διαφοροποιήσει αισθητά την ψυχολογική κατάσταση των γονέων. Ειδικότερα, οι γονείς των παιδιών που ξεκίνησαν παρέμβαση έως και την ηλικία των 3 ετών παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και στρες σε σύγκριση με τους γονείς παιδιών που ξεκίνησαν παρέμβαση σε μεγαλύτερη ηλικία. Οι διαφορές αυτές ήταν στατιστικά σημαντικές, γεγονός που υποδηλώνει ότι η έγκαιρη έναρξη υποστηρικτικών υπηρεσιών μπορεί να λειτουργεί προστατευτικά όχι μόνο για την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού, αλλά και για την ψυχολογική κατάσταση των γονέων.

Αντίθετα, η πρώιμη παρέμβαση δεν φάνηκε να διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα άγχους. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων δεν επηρεάζεται ομοιόμορφα σε όλες τις διαστάσεις της. Το στρες φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με τις άμεσες και καθημερινές απαιτήσεις φροντίδας, οι οποίες ενδέχεται να μειώνονται όταν το παιδί λαμβάνει έγκαιρη και οργανωμένη υποστήριξη. Παράλληλα, η

χαμηλότερη κατάθλιψη στους γονείς παιδιών που έλαβαν πρώιμη παρέμβαση μπορεί να ερμηνευθεί ως ένδειξη καλύτερης συναισθηματικής προσαρμογής, καθώς η έγκαιρη υποστήριξη ενδέχεται να ενισχύει την αίσθηση ελέγχου, ελπίδας και αποτελεσματικότερης διαχείρισης της καθημερινότητας. Αντίθετα, το άγχος μπορεί να παραμένει αυξημένο λόγω μακροπρόθεσμων ανησυχιών, όπως η μελλοντική αυτονομία του παιδιού, η κοινωνική του ένταξη, η σχολική του πορεία και η διαθεσιμότητα υποστηρικτικών υπηρεσιών.

Τα συμπληρωματικά ποιοτικά σχόλια των συμμετεχόντων ενισχύουν την παραπάνω ερμηνεία. Αρκετοί γονείς περιέγραψαν την παρέμβαση ως παράγοντα που βελτίωσε την καθημερινότητα, ενίσχυσε την ελπίδα και συνέβαλε στην καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή της οικογένειας. Ωστόσο, άλλες απαντήσεις ανέδειξαν τη συνεχιζόμενη κόπωση, το άγχος για το μέλλον, την οικονομική πίεση και τις δυσκολίες πρόσβασης σε κατάλληλη υποστήριξη. Η διπλή αυτή εικόνα συνάδει με τα ποσοτικά ευρήματα της μελέτης, σύμφωνα με τα οποία η πρώιμη παρέμβαση φαίνεται να σχετίζεται κυρίως με χαμηλότερα επίπεδα στρες και κατάθλιψης, ενώ το άγχος παραμένει μια πιο σύνθετη και πολυπαραγοντική διάσταση.

Σε σχέση με τη διάρκεια της παρέμβασης και τη συμμετοχή του γονέα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μεταβλητές αυτές δεν είχαν αυτόνομη στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα άγχους και στρες. Ωστόσο, η αλληλεπίδραση μεταξύ πρώιμης παρέμβασης και διάρκειας ήταν σημαντική ως προς το στρες, γεγονός που δείχνει ότι η διάρκεια αποκτά μεγαλύτερη σημασία όταν συνδυάζεται με την έγκαιρη έναρξη της παρέμβασης. Αντίστοιχα, η συμμετοχή του γονέα φαίνεται να έχει ουσιαστικότερη αξία όταν εντάσσεται σε ένα οργανωμένο και έγκαιρο πλαίσιο υποστήριξης και όχι όταν περιορίζεται σε απλή παρουσία στη θεραπευτική διαδικασία.

5.2 Σύγκριση με βιβλιογραφικά ευρήματα

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης. Μετα-αναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν δείξει ότι το γονεϊκό στρες είναι συχνά υψηλότερο στους γονείς παιδιών με ΔΑΦ σε σύγκριση με γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης ή άλλων αναπτυξιακών δυσκολιών (Hayes & Watson, 2013; Karst & Van Hecke, 2012). Το γεγονός ότι και στην παρούσα μελέτη το στρες

εμφανίστηκε ως η εντονότερη διάσταση της ψυχολογικής επιβάρυνσης, επιβεβαιώνει τη σημασία των καθημερινών απαιτήσεων φροντίδας ως βασικού παράγοντα πίεσης.

Στο ελληνικό πλαίσιο, τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα είναι πιο περιορισμένα σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Ωστόσο, μελέτες σε ελληνικό δείγμα έχουν αναδείξει ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση, γονεϊκό στρες, κόπωση και καταθλιπτικά συμπτώματα (Gatzoyia et al., 2014; Papadopoulos et al., 2023; Halki et al., 2024). Η παρούσα έρευνα έρχεται να συμβάλει περαιτέρω στο ελληνικό ερευνητικό πεδίο, εστιάζοντας ειδικότερα στη σχέση της πρώιμης παρέμβασης με τις διαστάσεις του άγχους, του στρες και της κατάθλιψης των γονέων.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα είναι συμβατά με μελέτες που αναδεικνύουν τον προστατευτικό ρόλο της πρώιμης παρέμβασης. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της επικοινωνίας, της κοινωνικής ανταπόκρισης, της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του παιδιού, μειώνοντας έτσι τις καθημερινές δυσκολίες που βιώνουν οι γονείς (Dawson et al., 2010; Rogers & Vismara, 2008; Zwaigenbaum et al., 2015). Με βάση αυτή την ερμηνεία, η χαμηλότερη επιβάρυνση που παρατηρήθηκε στους γονείς των παιδιών που έλαβαν πρώιμη παρέμβαση μπορεί να συνδέεται με την καλύτερη οργάνωση της φροντίδας, την ενίσχυση της προβλεψιμότητας και την αύξηση της αίσθησης ελέγχου των γονέων.

Επιπλέον, τα ευρήματα συμφωνούν με μελέτες που δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις οι οποίες περιλαμβάνουν τους γονείς μπορούν να έχουν θετικές επιδράσεις στη γονεϊκή ψυχική υγεία και στην οικογενειακή λειτουργικότητα (Estes et al., 2014; Oono et al., 2013). Ωστόσο, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η συμμετοχή του γονέα δεν είχε αυτόνομη στατιστικά σημαντική επίδραση. Το εύρημα αυτό δεν αναιρεί τη σημασία της γονεϊκής εμπλοκής, αλλά υποδηλώνει ότι η απλή συμμετοχή δεν επαρκεί από μόνη της. Η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η γονεϊκή συμμετοχή είναι πιο αποτελεσματική όταν συνοδεύεται από εκπαίδευση, καθοδήγηση, συνεργασία με τους επαγγελματίες και ενίσχυση της γονεϊκής αυτο-αποτελεσματικότητας (Almendingen & Pilkington, 2024; Brennan et al., 2024).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η συμφωνία των ευρημάτων με τη σύγχρονη βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι η αποτελεσματικότητα της πρώιμης παρέμβασης δεν εξαρτάται μόνο από την ηλικία έναρξης, αλλά και από την ποιότητα, την ένταση, τη διάρκεια, το είδος της παρέμβασης και το αναπτυξιακό προφίλ του παιδιού (Ben-Itzhak &

Zachor, 2011; Sandbank et al., 2020). Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η διάρκεια από μόνη της δεν είχε σημαντική επίδραση, αλλά η αλληλεπίδρασή της με την πρώιμη έναρξη ήταν σημαντική ως προς το στρες. Το εύρημα αυτό ενισχύει την άποψη ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να αξιολογούνται πολυπαραγοντικά και όχι μόνο με βάση ένα μεμονωμένο χαρακτηριστικό.

5.3 Ανάδειξη θεωρητικών επιβεβαιώσεων ή αποκλίσεων

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας μπορούν να ερμηνευθούν ουσιαστικά μέσα από τα θεωρητικά μοντέλα που παρουσιάστηκαν στο θεωρητικό πλαίσιο της εργασίας. Η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων παιδιών με ΔΑΦ δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο ή αποκλειστικά ατομικό φαινόμενο, αλλά διαμορφώνεται μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση του παιδιού, της οικογένειας, των διαθέσιμων υπηρεσιών και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Για τον λόγο αυτό, θεωρητικές προσεγγίσεις όπως το συστημικό μοντέλο, το transactional model, το μοντέλο του διπλού ABCX και η θεωρία της γονεϊκής αυτο-αποτελεσματικότητας προσφέρουν ένα κατάλληλο ερμηνευτικό πλαίσιο για την κατανόηση των αποτελεσμάτων.

Αρχικά, σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, η οικογένεια λειτουργεί ως ένα αλληλοεξαρτώμενο σύστημα, στο οποίο οι αλλαγές σε ένα μέλος επηρεάζουν τη λειτουργία όλων των υπολοίπων. Στο πλαίσιο της ΔΑΦ, οι αναπτυξιακές δυσκολίες του παιδιού, οι αυξημένες ανάγκες φροντίδας και οι απαιτήσεις των θεραπευτικών παρεμβάσεων επηρεάζουν άμεσα την καθημερινότητα και τη συναισθηματική κατάσταση των γονέων. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σύμφωνα με τα οποία οι γονείς βιώνουν αξιοσημείωτα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης, επιβεβαιώνουν ότι η ΔΑΦ δεν επηρεάζει μόνο το παιδί, αλλά ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα. Η πρώιμη παρέμβαση, επομένως, μπορεί να λειτουργήσει ως υποστηρικτικός μηχανισμός όχι μόνο για το παιδί, αλλά και για τη συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα.

Η ερμηνεία αυτή ενισχύεται και από το transactional model του Sameroff, σύμφωνα με το οποίο η ανάπτυξη του παιδιού διαμορφώνεται μέσα από συνεχή και αμφίδρομη αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του. Με βάση αυτή την προσέγγιση, η παρέμβαση στο παιδί μπορεί να επιφέρει αλλαγές και στους γονείς, ενώ η ψυχολογική κατάσταση των γονέων μπορεί με τη σειρά της να επηρεάσει την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με το παιδί και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης (Sameroff, 2009). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, σύμφωνα με τα οποία η πρώιμη παρέμβαση σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα

στρες και κατάθλιψη, μπορούν να ερμηνευθούν ως αποτέλεσμα αυτής της αμφίδρομης διαδικασίας. Όταν το παιδί λαμβάνει έγκαιρη υποστήριξη και εμφανίζει βελτίωση στη λειτουργικότητά του, οι γονείς ενδέχεται να βιώνουν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου, λιγότερη καθημερινή πίεση και μεγαλύτερη ψυχολογική σταθερότητα.

Το μοντέλο του διπλού ABCX των McCubbin και Patterson προσφέρει επίσης σημαντική ερμηνευτική βάση. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η προσαρμογή μιας οικογένειας σε μια στρεσογόνο κατάσταση εξαρτάται από τη φύση του στρεσογόνου γεγονότος, τους διαθέσιμους πόρους, την αντίληψη της οικογένειας για την κατάσταση και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί. Ως εκ τούτου, η ανατροφή ενός παιδιού με ΔΑΦ μπορεί να θεωρηθεί χρόνιος στρεσογόνος παράγοντας, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας, περιορισμένη υποστήριξη ή αβεβαιότητα για το μέλλον (McCubbin & Patterson, 1983). Η πρώιμη παρέμβαση μπορεί να ενισχύσει τους διαθέσιμους πόρους της οικογένειας, προσφέροντας καθοδήγηση, θεραπευτική υποστήριξη, ενημέρωση και καλύτερη οργάνωση της καθημερινότητας (Estes et al., 2014; Oono et al., 2013). Έτσι, συμβάλλει στη μείωση του στρες και στη βελτίωση της οικογενειακής προσαρμογής.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα που αφορούν τη συμμετοχή των γονέων μπορούν να συνδεθούν με τη θεωρία της γονεϊκής αυτο-αποτελεσματικότητας. Η γονεϊκή αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην πεποίθηση του γονέα ότι μπορεί να ανταποκριθεί με επάρκεια στις ανάγκες του παιδιού και να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις προκλήσεις του γονεϊκού ρόλου (Almendingen & Pilkington, 2024; Brennan et al., 2024). Στην παρούσα έρευνα, η συμμετοχή του γονέα δεν εμφάνισε αυτόνομη στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα άγχους και στρες. Ωστόσο, τα περιγραφικά δεδομένα έδειξαν ότι τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης καταγράφηκαν σε γονείς που συμμετείχαν στην παρέμβαση όταν αυτή είχε ξεκινήσει πρώιμα. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η γονεϊκή συμμετοχή μπορεί να αποκτά ουσιαστικότερη σημασία όταν εντάσσεται σε ένα οργανωμένο, έγκαιρο και υποστηρικτικό πλαίσιο, το οποίο ενισχύει την αίσθηση επάρκειας και ελέγχου των γονέων.

Η σύνδεση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς δείχνει ότι η συμμετοχή των γονέων δεν πρέπει να αξιολογείται μόνο ποσοτικά, δηλαδή ως παρουσία ή απουσία στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και ποιοτικά. Η απλή παρουσία του γονέα στις συνεδρίες δεν αρκεί απαραίτητα για τη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης. Αντίθετα, όταν η συμμετοχή συνοδεύεται από ενεργή εκπαίδευση, συνεργασία με τους επαγγελματίες, πρακτική

καθοδήγηση και εφαρμογή στρατηγικών στην καθημερινότητα, μπορεί να ενισχύσει τη γονεϊκή αυτο-αποτελεσματικότητα και να λειτουργήσει προστατευτικά για την ψυχική υγεία. Η ερμηνεία αυτή είναι σύμφωνη με τη βιβλιογραφία που αναδεικνύει τη σημασία της γονεϊκής ενδυνάμωσης και της οικογενειοκεντρικής προσέγγισης στις παρεμβάσεις για παιδιά με ΔΑΦ (Dunst et al., 2007; Oono et al., 2013; Brennan et al., 2024).

Τέλος, η διαφοροποίηση των ευρημάτων μεταξύ στρες, άγχους και κατάθλιψης μπορεί επίσης να ερμηνευθεί θεωρητικά. Το στρες φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με τις άμεσες απαιτήσεις της καθημερινότητας και, επομένως, μπορεί να επηρεάζεται πιο άμεσα από την πρώιμη παρέμβαση. Αντίθετα, το άγχος συνδέεται περισσότερο με προσδοκίες, αβεβαιότητα και μελλοντικές ανησυχίες, οι οποίες δεν αντιμετωπίζονται απαραίτητα μόνο μέσω της παρέμβασης στο παιδί. Η κατάθλιψη μπορεί να συνδέεται με τη χρόνια κόπωση, την απώλεια προσδοκιών ή την αίσθηση αδυναμίας, και φαίνεται ότι μειώνεται όταν υπάρχει έγκαιρη υποστήριξη και ένα πιο οργανωμένο θεραπευτικό πλαίσιο. Συνεπώς, τα θεωρητικά μοντέλα βοηθούν στην κατανόηση του γιατί η πρώιμη παρέμβαση επηρεάζει πιο έντονα ορισμένες διαστάσεις της ψυχικής υγείας και λιγότερο άλλες.

Ωστόσο, υπήρξαν και ορισμένες διαφοροποιήσεις που χρειάζονται προσεκτική ερμηνεία. Η συμμετοχή του γονέα, αν και θεωρητικά αναμένεται να λειτουργεί προστατευτικά, δεν εμφάνισε αυτόνομη στατιστικά σημαντική επίδραση. Η απόκλιση αυτή μπορεί να εξηγηθεί ενδεχομένως από το γεγονός ότι η συμμετοχή μετρήθηκε γενικά και όχι ποιοτικά. Δηλαδή, δεν διακρίθηκε αν ο γονέας απλώς παρευρισκόταν στη συνεδρία ή αν λάμβανε συστηματική εκπαίδευση, καθοδήγηση και ενδυνάμωση. Επομένως, η θεωρητική σημασία της γονεϊκής συμμετοχής δεν αναιρείται, αλλά αναδεικνύεται η ανάγκη πιο ακριβούς μέτρησής της σε μελλοντικές έρευνες.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν τη σημασία μιας ολιστικής και οικογενειοκεντρικής προσέγγισης στη ΔΑΦ. Η πρώιμη παρέμβαση δεν πρέπει να θεωρείται μόνο ως μέσο βελτίωσης της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού, αλλά και ως παράγοντας που μπορεί να ενισχύσει την προσαρμογή, την ανθεκτικότητα και την ψυχική υγεία της οικογένειας. Η σύνδεση των αποτελεσμάτων με τα θεωρητικά μοντέλα δείχνει ότι η υποστήριξη του παιδιού και η υποστήριξη των γονέων αποτελούν αλληλένδετες διαστάσεις της ίδιας θεραπευτικής και οικογενειακής διαδικασίας.

5.4 Πρακτικές προεκτάσεις των ευρημάτων

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έχουν σημαντικές πρακτικές προεκτάσεις για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή υπηρεσιών πρώιμης παρέμβασης για παιδιά με ΔΑΦ και τις οικογένειές τους. Το γεγονός ότι η πρώτη παρέμβαση συνδέθηκε με χαμηλότερα επίπεδα στρες και κατάθλιψης στους γονείς αναδεικνύει την ανάγκη έγκαιρης πρόσβασης των οικογενειών σε οργανωμένες, επιστημονικά τεκμηριωμένες και εξατομικευμένες υπηρεσίες. Η παρέμβαση δεν θα πρέπει να καθυστερεί μέχρι την πλήρη εδραίωση των δυσκολιών, αλλά να ξεκινά όσο το δυνατόν νωρίτερα, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα χρόνια ζωής, όπου η αναπτυξιακή πλαστικότητα του παιδιού είναι αυξημένη και οι δυνατότητες ενίσχυσης βασικών δεξιοτήτων είναι μεγαλύτερες.

Σε πρακτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν ότι οι υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης δεν πρέπει να επικεντρώνονται αποκλειστικά στο παιδί, αλλά να περιλαμβάνουν συστηματικά και την οικογένεια. Οι γονείς χρειάζονται ενημέρωση, καθοδήγηση και εκπαίδευση, ώστε να κατανοούν καλύτερα τις ανάγκες του παιδιού τους και να μπορούν να εφαρμόζουν κατάλληλες στρατηγικές στην καθημερινότητα. Η ενεργή συμμετοχή των γονέων μπορεί να ενισχύσει τη συνέπεια της παρέμβασης, τη γενίκευση των δεξιοτήτων και την αίσθηση επάρκειας των ίδιων. Ωστόσο, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η απλή συμμετοχή δεν φαίνεται να αρκεί από μόνη της· χρειάζεται να είναι ουσιαστική, οργανωμένη και να συνοδεύεται από επαγγελματική υποστήριξη.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η ενσωμάτωση ψυχολογικής υποστήριξης των γονέων στα προγράμματα παρέμβασης. Τα αυξημένα επίπεδα στρες, άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων που καταγράφηκαν δείχνουν ότι οι γονείς δεν έχουν ανάγκη μόνο από θεραπευτικές οδηγίες για το παιδί, αλλά και από στήριξη για τη δική τους ψυχική υγεία. Συνεπώς, τα κέντρα πρώιμης παρέμβασης και οι δομές ειδικής αγωγής θα μπορούσαν να ενισχύσουν τις υπηρεσίες τους με συμβουλευτική γονέων, ομάδες υποστήριξης, ψυχοεκπαίδευση και παρεμβάσεις ενδυνάμωσης της γονεϊκής αυτο-αποτελεσματικότητας. Με τον τρόπο αυτό, η παρέμβαση αποκτά πιο ολιστικό χαρακτήρα και ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες ολόκληρης της οικογένειας.

Τα ευρήματα έχουν επίσης προεκτάσεις για τους επαγγελματίες που εργάζονται με παιδιά με ΔΑΦ, όπως αναπτυξιολόγοι, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι και ειδικοί παιδαγωγοί. Η συνεργασία με τους γονείς είναι απαραίτητο να αποτελεί σταθερό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας και όχι συμπληρωματικό στοιχείο. Οι επαγγελματίες χρειάζεται να παρέχουν σαφείς οδηγίες, πρακτικές στρατηγικές και ανατροφοδότηση, αλλά και να

αναγνωρίζουν τη συναισθηματική επιβάρυνση που βιώνουν οι γονείς. Η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών ως προς τη γονεϊκή ψυχική υγεία μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη αναγνώριση οικογενειών που χρειάζονται επιπλέον υποστήριξη.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης. Η καθυστέρηση στην έναρξη παρέμβασης μπορεί να σχετίζεται με ελλείψεις σε υπηρεσίες, οικονομικά εμπόδια, γεωγραφικές ανισότητες, λίστες αναμονής ή περιορισμένη ενημέρωση των γονέων. Επομένως, σε επίπεδο πολιτικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας, είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν μηχανισμοί έγκαιρης ανίχνευσης, παραπομπής και υποστήριξης, ώστε οι οικογένειες να λαμβάνουν βοήθεια από τα πρώτα στάδια της αναπτυξιακής ανησυχίας ή της διάγνωσης. Η έγκαιρη ενημέρωση των γονέων και η διασύνδεσή τους με κατάλληλες υπηρεσίες μπορεί να περιορίσει την αβεβαιότητα και να ενισχύσει την αίσθηση ασφάλειας.

Τέλος, η παρούσα μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για οικογενειοκεντρικές πολιτικές και παρεμβάσεις που θα αντιμετωπίζουν τη ΔΑΦ όχι μόνο ως ατομική αναπτυξιακή δυσκολία του παιδιού, αλλά ως κατάσταση που επηρεάζει ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα. Η υποστήριξη των γονέων μπορεί να έχει πολλαπλά οφέλη. Μπορεί να μειώσει την ψυχολογική τους επιβάρυνση, να ενισχύσει την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με το παιδί, να βελτιώσει τη συνέπεια της παρέμβασης και να συμβάλει στη συνολική ευημερία της οικογένειας. Συνεπώς, η πρώιμη παρέμβαση θα πρέπει να σχεδιάζεται ως μια πολυεπίπεδη διαδικασία, που συνδυάζει την αναπτυξιακή υποστήριξη του παιδιού με την ενδυνάμωση και ψυχολογική στήριξη των γονέων.

Κεφάλαιο 6: Συμπεράσματα και προτάσεις

6.1 Συνοπτικά συμπεράσματα

Η παρούσα διπλωματική εργασία επιχείρησε να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και της ψυχολογικής κατάστασης των γονέων τους. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων ανέδειξε ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν αξιοσημείωτα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, με το στρες να εμφανίζεται ως η εντονότερη διάσταση σε σύγκριση με το άγχος και την κατάθλιψη.

Βασικό συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι η πρώιμη παρέμβαση, όπως ορίστηκε με βάση την έναρξη έως και την ηλικία των 3 ετών, συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα στρες και κατάθλιψης στους γονείς. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η έγκαιρη υποστήριξη του παιδιού μπορεί να έχει θετική επίδραση και στην ψυχολογική κατάσταση της οικογένειας. Αντίθετα, το άγχος δεν διαφοροποιήθηκε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των ομάδων, γεγονός που δείχνει ότι πιθανόν επηρεάζεται από μακροπρόθεσμες ανησυχίες και ευρύτερους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Η διάρκεια της παρέμβασης και η συμμετοχή του γονέα δεν εμφάνισαν αυτόνομη στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα άγχους και στρες. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι παράγοντες αυτοί αποκτούν μεγαλύτερη σημασία όταν συνδυάζονται με την έγκαιρη έναρξη της παρέμβασης. Συνεπώς, η πρώιμη παρέμβαση φαίνεται να αποτελεί τον πιο σταθερό προστατευτικό παράγοντα για τη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων, ιδιαίτερα ως προς το στρες.

6.2 Πρακτικές προτάσεις πολιτικής υγείας

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, κρίνεται αναγκαία η ενίσχυση των υπηρεσιών πρώιμης ανίχνευσης και διάγνωσης της ΔΑΦ. Η έγκαιρη αναγνώριση αναπτυξιακών δυσκολιών και η άμεση παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης μπορούν να συμβάλουν όχι μόνο στη βελτίωση της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού, αλλά και στη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων.

Παράλληλα, προτείνεται η ανάπτυξη οικογενειοκεντρικών προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης, στα οποία οι γονείς δεν θα αντιμετωπίζονται ως απλοί συνοδοί του παιδιού,

αλλά ως ενεργοί συνεργάτες. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να περιλαμβάνουν ψυχοεκπαίδευση, συμβουλευτική, εκπαίδευση σε πρακτικές στρατηγικές διαχείρισης και υποστήριξη της γονεϊκής αυτο-αποτελεσματικότητας.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να ενισχυθεί η πρόσβαση σε υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας ή την οικονομική δυνατότητα της οικογένειας. Η ύπαρξη γεωγραφικών, οικονομικών ή διοικητικών εμποδίων μπορεί να καθυστερήσει την έναρξη της παρέμβασης και να αυξήσει την επιβάρυνση των γονέων. Συνεπώς, απαιτούνται πολιτικές που θα ενισχύουν τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών, τη διασύνδεση δομών υγείας, εκπαίδευσης και κοινωνικής φροντίδας, καθώς και την ενημέρωση των οικογενειών.

6.3 Περιορισμοί της έρευνας

Παρά τη συμβολή της παρούσας μελέτης στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πρώιμης παρέμβασης και ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων παιδιών με ΔΑΦ, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Πρώτος βασικός περιορισμός είναι η χρήση μη τυχαιοποιημένης δειγματοληψίας ευκολίας. Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν κυρίως μέσω διαδικτυακών κοινοτήτων, κοινωνικών δικτύων και σχετικών φορέων, γεγονός που ενδέχεται να επηρέασε τη σύνθεση του δείγματος. Επομένως, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν με ασφάλεια στο σύνολο των γονέων παιδιών με ΔΑΦ.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά την άνιση κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο των συμμετεχόντων. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων ήταν μητέρες, ενώ οι πατέρες εκπροσωπήθηκαν σε μικρότερο βαθμό. Το στοιχείο αυτό είναι συχνό σε έρευνες που αφορούν τη φροντίδα παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες, ωστόσο περιορίζει τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ μητέρων και πατέρων. Είναι πιθανό οι δύο γονείς να βιώνουν και να εκφράζουν διαφορετικά το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη, επομένως η περιορισμένη συμμετοχή των πατέρων δεν επιτρέπει την πλήρη αποτύπωση της εμπειρίας και των δύο γονεϊκών ρόλων.

Επιπλέον, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω αυτοαναφερόμενου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου. Παρότι η μέθοδος αυτή διευκολύνει τη συμμετοχή και επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων από μεγαλύτερο αριθμό ατόμων, ενδέχεται να επηρεάζεται από υποκειμενικές εκτιμήσεις, κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις ή δυσκολίες ανάκλησης

πληροφοριών. Για παράδειγμα, στοιχεία όπως η ηλικία έναρξης της παρέμβασης, η διάρκεια της παρέμβασης ή η συμμετοχή του γονέα βασίστηκαν στις απαντήσεις των συμμετεχόντων και όχι σε αντικειμενική επιβεβαίωση από θεραπευτικά ή ιατρικά αρχεία.

Περιορισμό αποτελεί επίσης ο συγχρονικός σχεδιασμός της έρευνας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή, γεγονός που δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιωδών συμπερασμάτων. Συνεπώς, αν και παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων και ενδείξεις σχέσης μεταξύ πρώιμης παρέμβασης και χαμηλότερων επιπέδων στρες και κατάθλιψης, δεν μπορεί να υποστηριχθεί με βεβαιότητα ότι η πρώιμη παρέμβαση προκαλεί άμεσα τη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης. Είναι πιθανό να παρεμβάλλονται και άλλοι παράγοντες, όπως το επίπεδο λειτουργικότητας του παιδιού, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η κοινωνική υποστήριξη, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας ή η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ακόμη, ορισμένες υποομάδες του δείγματος ήταν αριθμητικά μικρές, γεγονός που περιορίζει τη στατιστική ισχύ ορισμένων αναλύσεων. Για παράδειγμα, σε κάποιες κατηγορίες που συνδύαζαν την πρώιμη ή μη πρώιμη παρέμβαση με τη διάρκεια ή τη συμμετοχή του γονέα, ο αριθμός συμμετεχόντων ήταν περιορισμένος. Το στοιχείο αυτό καθιστά αναγκαία την προσεκτική ερμηνεία των αντίστοιχων ευρημάτων, ιδίως όταν παρατηρούνται υψηλοί ή χαμηλοί μέσοι όροι που μπορεί να επηρεάζονται δυσανάλογα από λίγες περιπτώσεις.

Ένας ακόμη περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι ότι, παρότι συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, δεν πραγματοποιήθηκε εκτενής ανάλυση της επίδρασης των δημογραφικών μεταβλητών στα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης. Συνεπώς, δεν κατέστη δυνατό να διερευνηθεί σε βάθος κατά πόσο παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο ή η εργασιακή κατάσταση διαφοροποιούν τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης των γονέων.

Τέλος, η παρούσα έρευνα δεν εξέτασε σε βάθος ποιοτικά χαρακτηριστικά της παρέμβασης, όπως το είδος, η ένταση, η συχνότητα, η ποιότητα εφαρμογής, η εκπαίδευση των θεραπευτών ή ο βαθμός εξατομίκευσης του προγράμματος. Η κατηγοριοποίηση της πρώιμης παρέμβασης βασίστηκε κυρίως στην ηλικία έναρξης, ενώ η συμμετοχή του γονέα αποτυπώθηκε με γενικό τρόπο. Ωστόσο, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων εξαρτάται όχι μόνο από το πότε ξεκινούν, αλλά και από το πώς εφαρμόζονται. Συνεπώς, τα

ευρήματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να ερμηνευθούν λαμβάνοντας υπόψη αυτούς τους περιορισμούς.

6.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Με βάση τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, αλλά και τα ευρήματα που αναδείχθηκαν, κρίνεται σημαντικό μελλοντικές έρευνες να διερευνήσουν πιο συστηματικά τη σχέση μεταξύ πρώιμης παρέμβασης και ψυχολογικής επιβάρυνσης των γονέων παιδιών με ΔΑΦ. Αρχικά, θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθούν μελέτες με μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, ώστε να ενισχυθεί η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Η συμμετοχή μεγαλύτερου αριθμού γονέων, αλλά και πιο ισορροπημένη εκπροσώπηση μητέρων και πατέρων, θα επέτρεπε την καλύτερη κατανόηση πιθανών διαφορών μεταξύ των δύο γονεϊκών ρόλων ως προς το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη.

Επιπλέον, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν διαχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό, δηλαδή να παρακολουθούν τους γονείς και τα παιδιά σε περισσότερες από μία χρονικές στιγμές. Με τον τρόπο αυτό θα ήταν δυνατό να εξεταστεί όχι μόνο αν υπάρχει σχέση μεταξύ πρώιμης παρέμβασης και ψυχικής υγείας των γονέων, αλλά και πώς αυτή η σχέση εξελίσσεται στον χρόνο. Οι διαχρονικές μελέτες θα μπορούσαν να δείξουν αν η μείωση του στρες και της κατάθλιψης διατηρείται μακροπρόθεσμα, καθώς και αν το άγχος μεταβάλλεται σε επόμενα στάδια της ανάπτυξης του παιδιού, όπως κατά τη σχολική ένταξη ή τη μετάβαση στην εφηβεία.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε επίσης η διερεύνηση των ποιοτικών χαρακτηριστικών της παρέμβασης. Η παρούσα μελέτη εστίασε κυρίως στην ηλικία έναρξης, στη διάρκεια και στη συμμετοχή του γονέα, ωστόσο μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν πιο αναλυτικά το είδος της παρέμβασης, την ένταση των συνεδριών, τη συχνότητα, τη διάρκεια ανά εβδομάδα, την εκπαίδευση των θεραπειών και τον βαθμό εξατομίκευσης του προγράμματος. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να αποσαφηνιστεί ποια χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων συνδέονται περισσότερο με θετικά αποτελέσματα τόσο για το παιδί όσο και για τους γονείς.

Επιπλέον, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν πιο συστηματικά τον ρόλο των δημογραφικών μεταβλητών στην ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων παιδιών με ΔΑΦ. Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση, η

οικογενειακή κατάσταση και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ενδέχεται να επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης. Η διερεύνηση αυτών των παραμέτρων θα μπορούσε να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των ομάδων γονέων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχολογικής επιβάρυνσης και να βοηθήσει στον σχεδιασμό πιο στοχευμένων μορφών υποστήριξης.

Ακόμη, προτείνεται η ενσωμάτωση ποιοτικών μεθόδων, όπως ημιδομημένες συνεντεύξεις ή ομάδες εστίασης με γονείς. Παρότι τα ποσοτικά δεδομένα προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες για τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης, οι ποιοτικές μέθοδοι θα μπορούσαν να αναδείξουν βαθύτερα την προσωπική εμπειρία των γονέων, τις ανάγκες τους, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την επίδραση της παρέμβασης στην καθημερινότητά τους. Η συνδυαστική χρήση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων θα μπορούσε να προσφέρει πιο ολοκληρωμένη εικόνα του φαινομένου.

Τέλος, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εξετάσουν πρόσθετους παράγοντες που πιθανώς επηρεάζουν την ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η οικονομική κατάσταση, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του παιδιού, η ύπαρξη συννοσηροτήτων, η γονεϊκή αυτο-αποτελεσματικότητα και η πρόσβαση σε υπηρεσίες. Η διερεύνηση αυτών των παραγόντων θα μπορούσε να βοηθήσει στον εντοπισμό οικογενειών που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχολογικής επιβάρυνσης και να συμβάλει στον σχεδιασμό πιο στοχευμένων και οικογενειοκεντρικών παρεμβάσεων.

6.5 Κλείσιμο - Τελικές σκέψεις

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων παιδιών με ΔΑΦ αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο, το οποίο επηρεάζεται από τις καθημερινές απαιτήσεις φροντίδας, την αβεβαιότητα για το μέλλον και τα χαρακτηριστικά της παρέμβασης που λαμβάνει το παιδί. Η πρώιμη παρέμβαση φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό προστατευτικό ρόλο, ιδιαίτερα ως προς τη μείωση του στρες και της κατάθλιψης.

Ωστόσο, τα ευρήματα δείχνουν ότι η υποστήριξη του παιδιού και η υποστήριξη των γονέων δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως δύο ξεχωριστές διαδικασίες. Αντίθετα, αποτελούν αλληλένδετες πλευρές μιας ολιστικής θεραπευτικής προσέγγισης. Η έγκαιρη, οργανωμένη και εξατομικευμένη παρέμβαση, σε συνδυασμό με τη συστηματική ενδυνάμωση των γονέων,

μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ολόκληρης της οικογένειας.

Βιβλιογραφία

- Abidin, R. R (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of clinical child psychology*, 21(4), 407-412.
- Almendingen, A., & Pilkington, P. (2024). Parenting self-efficacy and psychological distress in parents of children with an autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 54(7), 2604-2614.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176.
- Avula, S., Mandefro, B. T., Sundara, S. V., Lu, X., Busmail, H., Weerakoon, S., & Malasevskaja, I. A. (2025). The Impact of Early Intensive Behavioral and Developmental Interventions on Key Developmental Outcomes in Young Children With Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review. *Cureus*, 17(9), e92055-e92055.
- Babbie, E. R. (2020). *The practice of social research*. Cengage Au.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96.
- Ben-Itzhak, E., & Zachor, D. A. (2011). Who benefits from early intervention in autism spectrum disorders?. *Research in autism spectrum disorders*, 5(1), 345-350.
- Boell, S. K., & Cecez-Kecmanovic, D. (2015). On being 'systematic' in literature reviews in IS. *Journal of information technology*, 30(2), 161-173.

- Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: A review of literature. *Issues in mental health nursing*, 37(3), 153-163.
- Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Bloomsbury Publishing PLC
- Brennan, J., Ward, O. F., Tomeny, T. S., & Davis III, T. E. (2024). A systematic review of parental self-efficacy in parents of autistic children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(3), 878-905.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Brookman-Frazee, L., Baker-Ericzén, M., Stadnick, N., & Taylor, R. (2012). Parent perspectives on community mental health services for children with autism spectrum disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 21(4), 533-544.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford university press.
- Calero Plaza, J., Grau Sevilla, M. D., Martínez Rico, G., & Morales Murillo, C. P. (2017). Parenting stress and coping strategies in mothers of children receiving early intervention services. *Journal of Child and Family Studies*, 26(11), 3192-3202.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Data and statistics on autism spectrum disorder*. Available at: <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>
- Cooper, J. O., Heron, T., & Heward, W. L. (2020). *Applied behavior analysis*. Pearson UK.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of intellectual disability research*, 54(3), 266-280.
- Daniolou, S., Pandis, N., & Znoj, H. (2022). The efficacy of early interventions for children with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 11(17), 5100.

Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A. & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17-e23.

Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2014). Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method. *Indianapolis, Indiana*, 17.

Division for Early Childhood. (2014). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014*. Division for Early Childhood of the Council for Exceptional Children. Available at: <https://www.dec-sped.org/dec-recommended-practices>

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13(4), 370-378.

Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.J., Kim, Y.S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C.S., Wang, C. and Yasamy, M.T. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism research*, 5(3), 160-179.

Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387.

Estes, A., Munson, J., Rogers, S. J., Greenson, J., Winter, J., & Dawson, G. (2015). Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(7), 580-587.

Estes, A., Vismara, L., Mercado, C., Fitzpatrick, A., Elder, L., Greenson, J., Lord, C., Munson, J., Winter, J., Young, G. & Dawson, G. (2014). The impact of parent-delivered intervention on parents of very young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(2), 353-365.

Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American journal of theoretical and applied statistics*, 5(1), 1-4.

Evangelou, C., Pappa, A., Gkanis, I., Iatraki, G., & Soulis, S. G. (2026). Towards developing early intervention programmes supporting social skills for autistic children in early childhood: a systematic review. *European Journal of Special Needs Education*, 41(1), 1-19.

Evans, J. R., & Mathur, A. (2018). The value of online surveys: A look back and a look ahead. *Internet research*, 28(4), 854-887.

Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (6th ed.). Sage publications limited.

Gatzoyia, D., Kotsis, K., Koullourou, I., Goulia, P., Carvalho, A. F., Soulis, S., & Hyphantis, T. (2014). The association of illness perceptions with depressive symptoms and general psychological distress in parents of an offspring with autism spectrum disorder. *Disability and Health Journal*, 7(2), 173-180.

Goedeke, S., Shepherd, D., Landon, J., & Taylor, S. (2019). How perceived support relates to child autism symptoms and care-related stress in parents caring for a child with autism. *Research in autism spectrum disorders*, 60, 36-47.

Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants & young children*, 24(1), 6-28.

Halki, E., Kapiri, M., Plakas, S., Tsiou, C., Govina, O., Galanis, P., & Alikari, V. (2024, February). Fatigue among greek parents of children with autistic spectrum disorder: The roles of spirituality and social support. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 4, p. 455). MDPI.

Happé, F., Ronald, A., & Plomin, R. (2006). Time to give up on a single explanation for autism. *Nature neuroscience*, 9(10), 1218-1220.

Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(3), 629-642.

Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.

- Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical child and family psychology review*, 15(3), 247-277.
- Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 564-575.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company
- Li, Q., Zeng, S., Xie, H., Zhang, T., Zhao, H., & Wu, W. (2026). Effectiveness of a culturally responsive early intervention model for children with autism and family outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 168, 105193.
- Lord, C., Brugha, T.S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E.J., Jones, R.M., Pickles, A., State, M.W. & Taylor, J.L. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 5.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Lovibond, S. H. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. *Sydney psychology foundation*.
- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26(S2), 1731-1731.
- MacKenzie, K. T., & Eack, S. M. (2022). Interventions to improve outcomes for parents of children with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(7), 2859-2883.
- McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 13(1), 120-129.

Mccubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The Double ABCX Model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 6(1-2), 7-37.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.

National Institute of Child Health and Human Development. (2021). *Early intervention for autism*. Available at: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/autism/conditioninfo/treatments/early-intervention>

Onu, G. (2026). The Impact of Early Intervention on Developmental Outcomes in Children with Autism Spectrum: A Comprehensive Review. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 23(1), 23-31.

Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J., & Reed, P. (2008). Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(6), 1092-1103.

Papadopoulos, A., Siafaka, V., Tsapara, A., Tafiadis, D., Kotsis, K., Skapinakis, P., & Tzoufi, M. (2023). Measuring parental stress, illness perceptions, coping and quality of life in families of children newly diagnosed with autism spectrum disorder. *BJPsych Open*, 9(3), e84.

Phillips, D. A., & Shonkoff, J. P. (Eds.). (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development.

Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. Guilford Press.

Rogers, S. J., & Vismara, L. A. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 8-38.

Rutter, M. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: Concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 647-660.

Sameroff, A. (2009). *The transactional model*. American Psychological Association.

Sandbank, M., Bottema-Beutel, K., Crowley, S., Cassidy, M., Dunham, K., Feldman, J. I., Crank, J., Albarran, S. A., Raj, S., Mahbub, P., & Woynaroski, T. G. (2020). Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychological bulletin*, 146(1), 1.

Shamsutdinova, M. I., & Abidova, N. B. (2026, January). CRITICAL PERIODS OF NEUROPLASTICITY IN EARLY CHILDHOOD AUTISM: IMPLICATIONS FOR EARLY BEHAVIORAL INTERVENTION. In *Scottish International Conference on Multidisciplinary Research and Innovation–SICMRI 2025* (Vol. 3, No. 1, pp. 132-137).

Shaw, K. A. (2025). Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 Sites, United States, 2022. *MMWR. Surveillance Summaries*, 74.

Sue, V. M., & Ritter, L. A. (2012). Planning the online survey. *Conducting online surveys*, 14-32.

Von Bertalanffy, L. (1968). General system theory. *New York*, 41973(1968), 40.

World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. World Health Organization.

World Health Organization, J. R. (2018, February). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*.

Zwaigenbaum, L., Bauman, M.L., Choueiri, R., Kasari, C., Carter, A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Smith Roley, S., Wagner, S., Fein, D. & Pierce, K. (2015). Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research. *Pediatrics*, 136(Supplement_1), S60-S81.

Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο Έρευνας: Πρώιμη παρέμβαση σε παιδιά με ΔΑΦ και ψυχολογική υγεία γονέων

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος διπλωματικής εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της επίδρασης της πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) στην ψυχολογική υγεία των γονέων.

Η συμμετοχή είναι ανώνυμη και εθελοντική.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκεί περίπου 5-7 λεπτά.

Εάν έχετε περισσότερα από ένα παιδιά με ΔΑΦ, παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο ξεχωριστά για κάθε παιδί.

1. Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην παρούσα έρευνα;

- Ναι, συμφωνώ
- Όχι, δεν συμφωνώ

Μέρος Β: Δημογραφικά στοιχεία γονέα

2. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα
- Άλλο:

3. Ηλικιακή ομάδα

- 18-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60

- 60+

4. Οικογενειακή κατάσταση

- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Μονογονεϊκή οικογένεια
- Σε διάσταση
- Άλλο:

5. Μορφωτικό επίπεδο

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Ι.Ε.Κ.
- Πανεπιστήμιο
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό
- Άλλο:

6. Εργασιακή κατάσταση

- Πλήρης απασχόληση
- Μερική απασχόληση
- Άνεργος/η
- Άλλο:

7. Τομέας εργασίας

- Δημόσιος
- Ιδιωτικός
- Δεν εργάζομαι
- Άλλο:

8. Αριθμός παιδιών στην οικογένεια:

9. Αριθμός παιδιών με ΔΑΦ:

10. Σχέση με το παιδί

- Μητέρα
- Πατέρας
- Κηδεμόνας
- Άλλο:

Μέρος Γ: Στοιχεία παιδιού με ΔΑΦ

11. Φύλο παιδιού

- Αγόρι
- Κορίτσι
- Άλλο:

12. Ηλικία παιδιού (σε έτη):

13. Σε ποια ηλικία έγινε η διάγνωση ΔΑΦ (σε έτη);

14. Υπάρχει επίσημη διάγνωση ΔΑΦ (δηλαδή διάγνωση από αρμόδιο επαγγελματία υγείας, π.χ. παιδοψυχίατρο, αναπτυξιολόγο);

- Ναι
- Όχι
- Άλλο:

15. Λαμβάνει το παιδί φαρμακευτική αγωγή;

- Ναι
- Όχι
- Δεν επιθυμώ να απαντήσω

16. Συνυπάρχει διάγνωση νοητικής αναπηρίας (νοητικής υστέρησης);

- Ναι
- Όχι
- Δεν επιθυμώ να απαντήσω

17. Υπάρχουν άλλες συνοδές δυσκολίες ή άλλες διαγνώσεις;

- Ναι
- Όχι
- Δεν επιθυμώ να απαντήσω

18. Αν ναι, ποιες;

Μέρος Δ: Στοιχεία παρέμβασης

19. Το παιδί συμμετέχει ή συμμετείχε σε πρόγραμμα παρέμβασης;

- Ναι
- Όχι

20. Σε ποια ηλικία (σε έτη) ξεκίνησε η παρέμβαση;

21. Πόσο καιρό διαρκεί ή διήρκεσε η παρέμβαση;

- Λιγότερο από 6 μήνες
- 6-12 μήνες
- 1-2 έτη
- Πάνω από 2 έτη

22. Τι είδους παρεμβάσεις λαμβάνει ή λάμβανε το παιδί; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Λογοθεραπεία

- Εργοθεραπεία
- Φυσικοθεραπεία
- Μουσικοθεραπεία
- Ειδική αγωγή / εκπαιδευτικό πρόγραμμα
- Ψυχοθεραπεία / Συμβουλευτική
- Ομαδικές δραστηριότητες κοινωνικών δεξιοτήτων
- Εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς ABA
- Άλλο:

23. Πόσο συχνά πραγματοποιούνται ή πραγματοποιούνταν οι συνεδρίες;

- 1 φορά την εβδομάδα
- 2-3 φορές την εβδομάδα
- 4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα

24. Εσείς συμμετέχετε ή συμμετείχατε στις συνεδρίες του παιδιού;

- Ναι, πάντα
- Ναι, όταν το κρίνει ή έκρινε απαραίτητο ο θεραπευτής
- Όχι, ποτέ

Μέρος Ε: Κλίμακα DASS-21

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και επιλέξτε έναν αριθμό (0, 1, 2 ή 3) που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε **κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας**.

Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση.

Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Παρακαλώ απαντήστε έχοντας υπόψη σας, στο μέτρο του δυνατού, την καθημερινότητά σας ως γονέας παιδιού με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0= Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1= Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα

2=Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα

3=Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές

25. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου

- 0
- 1
- 2
- 3

26. Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό

- 0
- 1
- 2
- 3

27. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα

- 0
- 1
- 2
- 3

28. Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ. υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)

- 0
- 1
- 2
- 3

29. Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα

- 0
- 1
- 2

- 3

30. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα

- 0
- 1
- 2
- 3

31. Αισθάνθηκα τρεμούλα (π.χ. στα χέρια)

- 0
- 1
- 2
- 3

32. Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα

- 0
- 1
- 2
- 3

33. Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος/η στους άλλους

- 0
- 1
- 2
- 3

34. Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον

- 0
- 1
- 2
- 3

35. Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος/η

- 0
- 1
- 2
- 3

36. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω

- 0
- 1
- 2
- 3

37. Ένιωθα μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η

- 0
- 1
- 2
- 3

38. Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα

- 0
- 1
- 2
- 3

39. Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό

- 0
- 1
- 2

- 3

40. Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό

- 0
- 1
- 2
- 3

41. Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο

- 0
- 1
- 2
- 3

42. Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος/η

- 0
- 1
- 2
- 3

43. Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)

- 0
- 1
- 2
- 3

44. Ένιωσα φοβισμένος/η χωρίς να υπάρχει λόγος

- 0
- 1
- 2

- 3

45. Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα

- 0
- 1
- 2
- 3

Προαιρετικά σχόλια

Η απάντηση είναι προαιρετική.

46. Θα θέλατε να μοιραστείτε κάποια εμπειρία ή σκέψη σχετικά με το πώς η παρέμβαση του παιδιού σας έχει επηρεάσει την καθημερινότητά σας ή την ψυχολογική σας κατάσταση;

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας

και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.