



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΤΣΙΟΥΛΗ ΚΑΣΣΙΑΝΗΣ

**Η ΕΥΤΥΧΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ: ΜΙΑ ΔΙΑΝΑΠΗΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ –
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2015

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στις

Επιστήμες της Αγωγής, με κατεύθυνση την Ειδική - Διαπολιτισμική Εκπαίδευση και ειδίκευση στην Εκπαίδευση Κοινωνικά Ευπαθών Ομάδων

που απονέμει το Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Εγκρίθηκε την/...../..... από την τριμελή εξεταστική επιτροπή:

Ονοματεπώνυμο

Σούλης Σπυρίδων- Γεώργιος (Επιβλέπων)

Νικόλαου Γεώργιος

Μορφίδη Ελένη

Βαθμίδα

Επίκουρος Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε. Ιωαννίνων

Αναπληρωτής Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε. Πατρών

Επίκουρη Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε. Ιωαννίνων

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

“Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε κάτω από τους διεθνείς ηθικούς και ακαδημαϊκούς κανόνες δεοντολογίας και προστασίας της πνευματικής ιδιοκτησίας. Σύμφωνα με τους κανόνες αυτούς, δεν έχω προβεί σε ιδιοποίηση ξένου επιστημονικού έργου και έχω πλήρως αναφέρει τις πηγές που χρησιμοποίησα στην εργασία αυτή”

Κασσιανή Α. Τσιούλη

*Στο σύζυγό μου και
στην κορούλα μας.*

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τον κύκλο των μεταπτυχιακών μου σπουδών στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όσους στάθηκαν αρωγοί στην προσπάθεια υλοποίησης της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Πρωτίστως, ευχαριστώ ιδιαίτερα τον κ. Σπυρίδων-Γεώργιο Σούλη, Επίκουρο Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ο οποίος πίστεψε στις δυνατότητές μου, ανέλαβε με προθυμία το ρόλο του επιβλέποντα και στάθηκε ουσιαστικός αρωγός σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής.

Παράλληλα, ευχαριστώ τους κ.κ. Νικολάου Γεώργιο, Αναπληρωτή Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Πατρών και Μορφίδη Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τη συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή καθώς και τις εποικοδομητικές παρατηρήσεις και επισημάνσεις τους, που συνέβαλλαν στην βελτιστοποίηση της διατριβής.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα, η ανιδιοτελής συνδρομή των οποίων συνέβαλλε τα μέγιστα στη συλλογή των δεδομένων και στην διεκπεραίωση της ερευνητικής μου προσπάθειας.

Ειδικότερα, ευχαριστώ το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών για την υποτροφία που μου χορήγησε κατά το σύνολο των δύο ετών εκπόνησης των μεταπτυχιακών μου σπουδών, βοηθώντας με να ξεπεράσω τις όποιες οικονομικές δυσκολίες.

Η ολοκλήρωση της εργασίας αυτής έγινε στο πλαίσιο της υλοποίησης του μεταπτυχιακού προγράμματος το οποίο συγχρηματοδοτήθηκε μέσω της Πράξης «Πρόγραμμα χορήγησης υποτροφιών ΙΚΥ με διαδικασία εξατομικευμένης αξιολόγησης ακαδ. έτους 2012-2013» από τους πόρους του Ε.Π. «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) και του ΕΣΠΑ (2007-2013).

Εκφράζω τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγό μου για την ανεκτικότητα, την συμπαράσταση και την υπομονή που επέδειξε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Κασσιανή Α. Τσιούλη
Μάρτιος, 2015

Περίληψη

Το νόημα της ευτυχίας έχει τεθεί στο επίκεντρο της ζωής κάθε ανθρώπου και αποτελεί ένα θεμελιώδη στόχο της ανθρώπινης ύπαρξης. Η αποδοχή της αναπηρίας, είναι το τελικό στάδιο μιας προσαρμοστικής διαδικασίας, κατά την οποία το άτομο πετυχαίνει μια κατάσταση επανένταξης, πασχίζει να καταφέρει τους στόχους που έχει θέσει, βελτιώνει την αυτοεκτίμησή του και επιδεικνύει θετικές στάσεις απέναντι στον εαυτό του, στους άλλους και στην αναπηρία του. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει το επίπεδο ευτυχίας ατόμων με και δίχως αναπηρία καθώς και να διερευνήσει εάν και κατά πόσο το επίπεδο ευτυχίας που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία επηρεάζει το βαθμό αποδοχής της δυσλειτουργίας τους. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν αναδεικνύουν τις διαφοροποιήσεις μεταξύ ατόμων με και δίχως αναπηρία ως προς το βαθμό της ευτυχίας τους, αλλά και την ιδιαίτερα σημαντική σχέση μεταξύ ευτυχίας και αποδοχής της δυσλειτουργίας στις διάφορες ομάδες αναπήρων.

Abstract

The meaning of happiness has been at the heart of every human life and a fundamental objective of human existence. Acceptance of disability, is the final stage of an adaptive process, in which the individual achieves a rehabilitation situation, striving to accomplish the objectives that has set, improves self-esteem and demonstrates positive attitudes towards himself, others and his disability. The purpose of this paper is to examine the level of happiness of people with and without disabilities and to investigate whether and how the level of happiness experienced by people with disabilities influences the degree of acceptance of their dysfunction. The results highlight the differences between people with and without disabilities in the degree of their happiness, but also emphasize in the important relationship between happiness and acceptance of dysfunction in people with different types of disabilities.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελ.

<u>Εισαγωγή.....</u>	<u>1</u>
<u>Κεφάλαιο 1. Η ευτυχία.....</u>	<u>3</u>
1.1. Ο όρος ‘ευτυχία’	3
1.2. Παράγοντες που καθορίζουν την ευτυχία	4
1.3. Το παράδοξο της επιδίωξης της ευτυχίας.....	9
1.4. Η σπουδαιότητα της μελέτης της ευτυχίας.....	10
<u>Κεφάλαιο 2. Αποδοχή-προσαρμογή στην αναπηρία.....</u>	<u>12</u>
2.1. Ορισμός της αναπηρίας	12
2.2. Προσεγγίσεις απέναντι στην αναπηρία	12
2.3. Αποδοχή-προσαρμογή στην αναπηρία	14
2.4. Μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία.....	14
2.5. Η αναθεώρηση των αξιών μετά την αποδοχή της αναπηρίας	17
2.6. Το ‘παράδοξο’ της αναπηρίας	17
<u>Κεφάλαιο 3. Κινητική αναπηρία.....</u>	<u>19</u>
3.1. Ορισμός και μορφές κινητικής αναπηρίας	19
3.2. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με κινητική αναπηρία.....	24
<u>Κεφάλαιο 4. Ακουστική αναπηρία.....</u>	<u>27</u>
4.1. Ορισμός των προβλημάτων ακοής	27
4.2. Αιτίες των προβλημάτων ακοής	28
4.3. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με προβλήματα ακοής.....	29
4.4. Η κουλτούρα των κωφών	30
<u>Κεφάλαιο 5. Οπτική αναπηρία.....</u>	<u>32</u>
5.1. Ορισμός τύφλωσης	32
5.2. Αιτίες Τύφλωσης	33
5.3. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά ατόμων με οπτική αναπηρία.....	35
<u>Κεφάλαιο 6. Ερευνητική ανασκόπηση σχετικά με την ευτυχία και την αποδοχή της δυσλειτουργίας.....</u>	<u>39</u>
<u>Κεφάλαιο 7. Εμπειρική μελέτη</u>	<u>47</u>
7.1. Εισαγωγή	47
7.2. Σκοπός έρευνας	47
7.3. Ερευνητικά εργαλεία	48
7.4. Δείγμα συμμετεχόντων	49
7.4.1. Επιλογή δείγματος	49
7.4.2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	50

7.5. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων	53
7.6. Αποτελέσματα	54
7.6.1. Εγκυρότητα και αξιοπιστία.....	54
7.6.2. Περιγραφική στατιστική ανάλυση (Κλίμακα Ευτυχίας)	55
7.6.3. Περιγραφική στατιστική ανάλυση (Κλίμακα Αποδοχής Δυσλειτουργίας)	63
7.6.4. Επαγωγικοί στατιστικοί έλεγχοι μέσω κλιμάκων ευτυχίας ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	97
7.6.5. Επαγωγικοί στατιστικοί έλεγχοι μέσω κλιμάκων αποδοχής της δυσλειτουργίας ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών	100
7.6.6. Συσχέτιση κλίμακας ευτυχίας με υποκλίμακες και κλίμακα αποδοχής δυσλειτουργίας.....	103
7.7. Συζήτηση	109
7.8. Περιορισμοί έρευνας - Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	114
<u>Βιβλιογραφία</u>	<u>117</u>
<u>Παράρτημα</u>	<u>127</u>

Εισαγωγή

Η ευτυχία είναι μια ψυχική ή συναισθηματική κατάσταση του ευ ζην που χαρακτηρίζεται από θετικά ή ευχάριστα συναισθήματα που κυμαίνονται από ικανοποίηση έως έντονη χαρά. Μια ποικιλία βιολογικών, ψυχολογικών, θρησκευτικών και φιλοσοφικών προσεγγίσεων προσπάθησαν να καθορίσουν την ευτυχία και να εντοπίσουν τις πηγές της. Ιδιαίτερα, ο κλάδος της Θετικής Ψυχολογίας, προσπάθησε να εφαρμόσει την επιστημονική μέθοδο για να απαντήσει σε ερωτήματα σχετικά με το τι είναι "ευτυχία" και πώς θα μπορούσε να επιτευχθεί. Είναι τόσο θεμελιώδους σημασίας για την ανθρώπινη ύπαρξη, με δεδομένο ότι ο ΟΗΕ ανακήρυξε την 20 Μαρτίου, ως Διεθνή Ημέρα της Ευτυχίας, ώστε να αναγνωριστεί η σημασία της ως παγκόσμιος στόχος.

Κάθε άνθρωπος, συμπεριλαμβανομένων και των ατόμων με αναπηρίες, έχει την ευκαιρία να κατακτήσει την ευτυχία εφόσον το επιθυμεί. Η έναρξη μιας αναπηρίας εκ γενετής ή επίκτητης, μπορεί να συνεπάγεται μείωση της λειτουργικότητας (π.χ. δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης) ή την κυριολεκτική απώλεια ενός μέρους του σώματος (π.χ. ακρωτηριασμό). Η περιορισμένη δραστηριότητα ή φυσική απώλεια μπορεί να έχει ψυχολογικές συνέπειες, έτσι ώστε κάποια άτομα αναφέρουν μια ποικιλία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς μετά την εμφάνιση της αναπηρίας. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι με αναπηρίες δεν πάσχουν από κατάθλιψη ή προβλήματα συμπεριφοράς και συνήθως προσαρμόζονται στην αναπηρία τους αρκετά καλά. Μετά την έναρξη της αναπηρίας και τη συνακόλουθη προσαρμογή-αποδοχή, πολλά άτομα αναφέρουν ευνοϊκά επίπεδα ευτυχίας καθώς και επίπεδα ευχαρίστησης στην καθημερινή ζωή, συμπεριλαμβανομένης της εργασίας, του παιχνιδιού και των αλληλεπιδράσεων με την οικογένεια και τους φίλους.

Η ικανότητα του ατόμου να παραβλέπει ότι μπορεί να του φαίνεται «βουνό» σε σχέση με θέματα που σχετίζονται με την εμπειρία της αναπηρίας και να βρίσκει την πραγματική ευτυχία, μπορεί να φαίνεται ανέφικτο. Εντούτοις, παρά τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα άτομο με αναπηρία, η ευτυχία στη ζωή είναι κάτι που συνιστά μια πραγματικότητα και είναι εξίσου βιώσιμο και από τα άτομα με αναπηρία.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει το επίπεδο ευτυχίας ατόμων με και δίχως αναπηρία καθώς και να διερευνήσει εάν και κατά πόσο το επίπεδο ευτυχίας που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία επηρεάζει το βαθμό αποδοχής της δυσλειτουργίας τους.

Μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα επιχειρήσαμε να δώσουμε απαντήσεις στα παρακάτω **ερευνητικά ερωτήματα**:

1. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο βαθμό ευτυχίας των ατόμων με και δίχως αναπηρία;
2. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο βαθμό αποδοχής της δυσλειτουργίας των ατόμων με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία;
3. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο βαθμό ευτυχίας των ατόμων με και δίχως αναπηρία ως προς το σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών;
4. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο βαθμό αποδοχής της δυσλειτουργίας των ατόμων με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία ως προς το σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών;
5. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κλίμακας ευτυχίας με την κλίμακα αποδοχής δυσλειτουργίας και της υποκλίμακες αυτής, για τα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία;

Για την διεξαγωγή της έρευνας ως κύριο ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο, ενώ η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν η τυχαία δειγματοληψία. Επιπρόσθετα, οι δειγματικοί συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν άτομα δίχως αναπηρία, καθώς και άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία.

Στο πρώτο μέρος (Κεφάλαια 1-6) της εργασίας, που αποτελεί και το θεωρητικό πλαίσιο βάση του οποίου σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε η έρευνα, παρουσιάζονται η έννοια της ευτυχίας, καθώς επίσης και οι παράγοντες που την καθορίζουν και η συμβολή της στην κοινωνική ευημερία. Ακολουθεί ο ορισμός της αναπηρίας, η επεξήγηση της έννοιας αποδοχής-προσαρμογή στην αναπηρία και τα μοντέλα προσαρμογής σε αυτήν.

Στη συνέχεια, επιχειρείται μια αναλυτική προσέγγιση των διαφόρων τύπων αναπηρίας, με ορισμούς, αίτια και ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ομάδων αναπήρων, οι οποίοι είναι χωρισμένοι σε τρεις κατηγορίες: τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα άτομα με ακουστική αναπηρία και τα άτομα με οπτική αναπηρία.

Ολοκληρώνοντας το θεωρητικό πλαίσιο, παρουσιάζονται προηγούμενες μελέτες που έχουν σχέση με την ευτυχία και την αποδοχή της δυσλειτουργίας στα άτομα με αναπηρία.

Στο δεύτερο μέρος (Κεφάλαιο 7) της εργασίας, παρουσιάζεται η εμπειρική μελέτη. Αναπτύσσονται ο σκοπός και οι βασικοί στόχοι της έρευνας σύμφωνα με τους οποίους στοιχειοθετούνται και οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εμπειρικής μελέτης. Στη συνέχεια, περιγράφονται αναλυτικά τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ως μεθοδολογικά εργαλεία της έρευνας, ενώ ακολούθως παρέχονται αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων, τη δομή του δείγματος συμμετεχόντων καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά αυτών. Επιπρόσθετα, γίνεται αναφορά στις στατιστικές μεθοδολογίες που υλοποιήθηκαν για την επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων και αναλύονται διεξοδικά τα αποτελέσματά τους. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με εκτενής συζήτηση επί των ερευνητικών ευρημάτων, καθώς και καταγραφή τόσο των περιορισμών της παρούσας έρευνας όσο και προτάσεων για μελλοντική έρευνα. Τέλος, σε μορφή παραρτήματος παρατίθενται όλα τα χρησιμοποιούμενα ερευνητικά εργαλεία.

Κεφάλαιο 1. Η ευτυχία

1.1. Ο όρος ‘ευτυχία’

Το νόημα της ευτυχίας έχει απασχολήσει πολλούς φιλοσόφους και ψυχολόγους, τόσο στο παρελθόν όσο και στον παρόν. Τα τελευταία χρόνια με την ανάπτυξη του κλάδου της Θετικής Ψυχολογίας, η ευτυχία έχει τεθεί στο επίκεντρο της ζωής κάθε ανθρώπου και αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημονικών κλάδων. Εάν συμφωνήσουμε ότι τα ανθρώπινα όντα πασχίζουν να κατακτήσουν την ευτυχία, ότι είναι το σημαντικότερο συναίσθημα και η κινητήριο δύναμη των πράξεών μας, το ενδιαφέρον για τη μελέτη της ευτυχίας και οι παράγοντες που την επηρεάζουν μοιάζει αυτονόητο. Η ευτυχία είναι ένας θεμελιώδης στόχος της ανθρώπινης ύπαρξης (Easterlin, 2003), τόσο πολύ έτσι ώστε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει ολοένα και μεγαλύτερη έμφαση στην ευτυχία, ως μια συνιστώσα της υγείας (De Gargino, 2004). Τόσο ο ορισμός της ευτυχίας όσο και ο προσδιορισμός των συστατικών της ποικίλλουν (Marinic and Brkljacic, 2008).

Με τη στενή έννοια του όρου η ευτυχία είναι κατ’ αρχήν ένα θετικό συναίσθημα. Η έννοια της διαφοροποιείται από τις σύντομες στιγμές χαράς ή ηδονής και αφορά σε μια μακρόχρονη και συνολική αίσθηση ψυχικής ευεξίας και ικανοποίησης από τη ζωή (Σταλίκας και Μυτσκίδου, 2011). Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, ευτυχία είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο αξιολογεί τη ζωή του ως ευνοϊκή και θετική. Ο Layard ορίζει ότι η ευτυχία αντανακλά το πόσο καλά ή άσχημα αισθανόμαστε δίνοντας τον παρακάτω ορισμό: «Με την ευτυχία εννοώ να αισθάνεσαι καλά, να απολαμβάνεις τη ζωή και να αισθάνεσαι ότι είναι υπέροχη. Με τη δυστυχία εννοώ να αισθάνεσαι άσχημα και να εύχεσαι τα πράγματα να ήταν διαφορετικά» (Layard, 2005: σ. 12). Με παρόμοιο τρόπο οι Diener et al. (Diener et al., 1997:σ. 2-3) δηλώνουν ότι ένα άτομο είναι ευτυχισμένο, εάν βιώνει ικανοποίηση και συνεχή χαρά και σπανίως βιώνει δυσάρεστα συναισθήματα, όπως θυμός και λύπη. Παράλληλα, ο Veenhoven (Veenhoven, 2007:σ. 8) ισχυρίζεται ότι «ευτυχία είναι ο βαθμός στον οποίο κάποιος αξιολογεί θετικά τη συνολική ποιότητα της ζωής του ή το πόσο αρέσει σε κάποιον η ζωή που ζει».

Μέσα από τους ποικίλους ορισμούς που έχουν αποδοθεί στον όρο ευτυχία, ξεχωρίζουν τρεις βασικές θεωρητικές κατευθύνσεις: ο *ηδονισμός (hedonism)*, η *θεωρία της επιθυμίας (desire theory)* και η *θεωρία της αντικειμενικής λίστας (objective list theory)*. Ο *ηδονισμός* αναφέρεται στο στιγμιαίο βίωμα απόλαυσης και ικανοποίησης. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο «η χαρούμενη ζωή» είναι το αποτέλεσμα πολλαπλών στιγμών απόλαυσης και χαράς και λιγοστών στιγμών πόνου και θλίψης. Οι *θεωρίες της επιθυμίας*, υποστηρίζουν ότι η ευτυχία συνίσταται στην ικανοποίηση των επιθυμιών. Διαφοροποιούνται από τον ηδονισμό, καθώς δεν θεωρούν ότι όλοι οι άνθρωποι επιζητούν την απόλαυση και την αποφυγή του πόνου. Το αντικείμενο της επιθυμίας είναι προσωπικό και διαφοροποιείται σημαντικά για κάθε άνθρωπο. Οι θεωρίες αυτές πηγάζουν από τον Αριστοτέλειο ορισμό της ευδαιμονίας, δηλαδή την αξία της ζωής που είναι αφιερωμένη στην αναζήτηση της αυτοπραγμάτωσης και της κατά το δυνατόν ανάπτυξης του δυναμικού που διαθέτει ο κάθε άνθρωπος. Η *θεωρία της αντικειμενικής λίστας*, συνδέει την ευτυχία με μια σειρά πολύτιμων επιτευγμάτων. Υπό αυτό το πρίσμα, τα άτομα βιώνουν ευτυχία όταν μπορέσουν να ικανοποιήσουν κάποια από τα πολύτιμα επιτεύγματα μεταξύ των οποίων είναι: η επιτυχία στην καριέρα, η φιλία, η απουσία ασθένειας και πόνου, οι υλικές ανέσεις, η ομορφιά, η μόρφωση, η αγάπη, η γνώση και η ήσυχη συνείδηση (Σταλίκας και Μυτσκίδου, 2011).

Ο Seligman (2002) διατύπωσε τη θεωρία της αυθεντικής ευτυχίας, η οποία συμπεριλαμβάνει τις τρεις παραπάνω κατευθύνσεις. Κατ' αυτόν υπάρχουν τρία διαφορετικά είδη ευτυχίας. Η *ευχάριστη ζωή* αναφέρεται στην ευτυχία με την έννοια του ηδονισμού και της ικανοποίησης που αντλεί κάποιος από τις καθημερινές απολαύσεις. Η *καλή ζωή* αναφέρεται στην ευτυχία με την έννοια της επιθυμίας και συμπεριλαμβάνει την κατανόηση των ιδιαίτερων δυνατοτήτων του κάθε ατόμου και την αξιοποίηση αυτών μέσα από όλες τις πτυχές της ζωής του. Τέλος, η *ζωή με νόημα* αναφέρεται στην ευτυχία με την έννοια της αντικειμενικής λίστας και αφορά στην αξιοποίηση των ιδιαίτερων δυνατοτήτων για την επίτευξη ενός ανώτερου στόχου που νοηματοδοτεί τη ζωή του ατόμου. Όταν κάποιος καταφέρει να ικανοποιήσει και τα τρία κριτήρια της ευτυχίας, τότε βιώνει τη γεμάτη ζωή.

Πολύ συχνά ο όρος ευτυχία ταυτίζεται με τον όρο ηδονική υποκειμενική ευημερία ή υποκειμενική ευημερία ή ακόμη και με τον όρο ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με αυτή την έννοια υποδηλώνεται ότι η ζωή είναι καλή, αλλά δεν προσδιορίζεται τι είναι καλό στη ζωή. Ο Veenhoven (2006) ισχυρίζεται ότι η διαρκής ικανοποίηση με τη ζωή κάποιου ως όλο, συχνά αναφέρεται ως ευτυχία ή υποκειμενική ευημερία. Παρόμοια και οι Diener και Seligman (2004) και οι Frey και Stutzer (2006) προσδιορίζουν την ευτυχία και την υποκειμενική ευημερία από τον τρόπο που ένα άτομο αξιολογεί τη ζωή του ως σύνολο.

Η υποκειμενική ευημερία εσωκλείει ένα ευρύ φάσμα συστατικών όπως η ευτυχία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ηδονική ισορροπία και η εκπλήρωση και ορίζεται ως η υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου. Περιλαμβάνει δύο συνιστώσες. Μια συναισθηματική, που αφορά το σύνολο των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων που βιώνει ένα άτομο και μια γνωστική η οποία σχετίζεται με την ατομική αξιολόγηση των γεγονότων που συμβαίνουν στη ζωή ενός ανθρώπου, προσδιοριζόμενη από παγκόσμια αξιολογικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής. Η γνωστική συνιστώσα της υποκειμενικής ευημερίας αντανακλά την ατομική ευτυχία ή την ικανοποίηση από τη ζωή (Kim-Prieto et al., 2005; Anusik et al., 2013; Savage et al., 2013).

1.2. Παράγοντες που καθορίζουν την ευτυχία

Δεδομένης της ιδιαίτερα σημαντικής αξίας που αποδίδεται στην υποκειμενική ευημερία-ευτυχία και των προσπαθειών που καταβάλλουν τα άτομα ώστε να επιτύχουν μεγαλύτερα επίπεδα ευτυχίας, είναι κατανοητό ότι υπάρχει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον για το πλήθος παραγόντων που σχετίζονται με την κατάκτηση της ευτυχίας.

Η ευτυχία καθορίζεται από ένα πολύπλοκο σύνολο εκούσιων και ακούσιων παραγόντων. Οι ερευνητές στην ιατρική (Delamothe, 2005), τα οικονομικά (Kahneman et al., 2006), την ψυχολογία (Wilson et al., 2003), τη νευροεπιστήμη (Canli et al., 2002) και την εξελικτική βιολογία (Gervais and Wilson, 2005) έχουν προσδιορίσει ένα ευρύ φάσμα ερεθισμάτων που μας κάνουν ευτυχισμένους (ή δυστυχισμένους), συμπεριλαμβανομένων των λαχειοφόρων αγορών (Gardner and Oswald, 2007), των εκλογών (Wilson et al., 2003), του εισοδήματος (Easterlin, 2003), της απώλειας θέσεων εργασίας (Clark and Oswald, 1994), της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας (Graham and Felton, 2006; Subramanian et al., 2005), του διαζυγίου (Easterlin, 2003), της ασθένειας (Ubel et al., 2003), του πένθους (Zivin and Christakis, 2007) και των γονίδιων (Lykken and Tellegen, 1996).

Συνοψίζοντας, οι παράγοντες που καθορίζουν τα επίπεδα ευτυχίας ενός ατόμου μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες που εν συνεχεία θα εξετάσουμε αναλυτικότερα:

- i. Μακροοικονομικοί και μικροοικονομικοί παράγοντες όπως: το εισόδημα και η εργασία.
- ii. Προσωπικά χαρακτηριστικά και δημογραφικοί παράγοντες όπως: η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η ψυχική υγεία, η σωματική υγεία, οι αξίες και η θρησκεία, η οικογένεια, το κοινωνικό κεφάλαιο, η επιτυχία, σημαντικά γεγονότα της ζωής (ανεργία, απώλεια συγγενή, αναπηρία). Οι ψυχολόγοι συμφωνούν ότι αυτή η κατηγορία παραγόντων συμβάλλει σε μεγαλύτερο βαθμό στη διαμόρφωση της ευτυχίας συγκρινόμενη με την ομάδα των οικονομικών παραγόντων (Helliwell et al., 2012).

❖ Εισόδημα

Είναι λογικό τα ανθρώπινα όντα, ασχέτως πόσο πλούσια ή φτωχά είναι, να επιζητούν την ευτυχία στη ζωή. Ακόμη και αυτοί που θεωρούνται ότι ζουν μια καλή, ευτυχισμένη ζωή επιθυμούν μια ακόμη καλύτερη. Πολλοί πιστεύουν ότι για την επιτυχία αυτού του στόχου είναι απαραίτητη η αύξηση του εισοδήματος. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί προς αυτή την κατεύθυνση εξετάζουν τη σχέση μεταξύ εισοδήματος και ευτυχίας. Ο Easterlin (2001a), οι DiTella, MacCulloch και Oswald (2001) και οι Frey και Stutzer (2000b) διαπίστωσαν ότι σε δεδομένη χρονική στιγμή οι πλούσιοι άνθρωποι αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ευτυχίας, αφού αυτοί έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν ότι επιθυμούν σε υλικά αγαθά και υπηρεσίες. Αντίστοιχα αποτελέσματα βρήκαν και οι Headey, Muffels, και Wooden (2004) και Kaliterna-Lipovcan και Prizmic-Larsen (2006), σημειώνοντας ότι οι πλούσιοι άνθρωποι είναι περισσότερο ευτυχισμένοι συγκριτικά με τους φτωχούς μέχρι ενός συγκεκριμένου σημείου. Από εκεί και έπειτα αύξηση στο εισόδημα δεν επιφέρει αλλαγές στην ευτυχία. Βέβαια στοιχεία από μακρόχρονες έρευνες δεν καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα. Σε πολλές χώρες του δυτικού κόσμου παρόλο που το κατά κεφαλήν εισόδημα αυξήθηκε, τα ποσοστά ευτυχίας παρέμειναν σταθερά. Αυτά τα αντιθετικά στοιχεία είναι γνωστά και ως το «παράδοξο της ευτυχίας» (Blanchflower and Oswald, 2000; Diener and Oishi, 2000).

❖ Εργασία

Μια σχέση κλειδί για την προσωπική ευτυχία αποτελεί η σύνδεσή της με την εργασία. Μέσω της εργασίας δεν παρέχονται μόνο τα απαραίτητα μέσα για βιοπορισμό, αλλά επιπρόσθετα η ζωή αποκτά νόημα, αίσθηση ότι ένα άτομο είναι χρηστικό στην κοινωνία και ικανό να συνεισφέρει. Στη συνέχεια θα εξετάσουμε την εργασία σε σχέση με την ευτυχία ως προς τέσσερις υποπαράγοντες: την ανεργία, την ποιότητα της εργασίας, την αυτό-απασχόληση και τη συνταξιοδότηση.

Ανεργία

Οι συνέπειες της ανεργίας στην ευτυχία μπορούν να ερευνηθούν σε δύο επίπεδα. Σε μακροοικονομικό ως το γενικότερο ποσοστό ανεργίας και σε μικροοικονομικό ως ατομική ανεργία. Σύμφωνα με το μακροοικονομικό επίπεδο, η ανεργία δεν επηρεάζει μόνο αυτούς που τη δεδομένη στιγμή δεν έχουν εργασία, αλλά ακόμη και αυτούς που έχουν. Σε περιόδους υψηλής ανεργίας, οι εργαζόμενοι ανησυχούν για την πιθανότητα να γίνουν και εκείνοι άνεργοι. Ιδιαίτερα επηρεασμένοι είναι οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, συγκριτικά με τους δημοσίους υπαλλήλους (Luechinger et al., 2009). Ταυτόχρονα, σε περιόδους ανεργίας επικρατεί κλίμα βίας και διαμαρτυριών σε όλη την κοινωνία με αποτέλεσμα η ευτυχία των ανθρώπων να μειώνεται σε μεγάλο βαθμό (Di Tella et al., 2001; Helliwell and Huang, 2011b). Σε μικροοικονομικό επίπεδο, όταν ένα άτομο είναι άνεργο η προσωπική του ευτυχία μειώνεται

και παραμένει χαμηλά μέχρι να ξαναβρεί εργασία. Ο αντίκτυπος της ανεργίας στην ευτυχία δεν σχετίζεται μόνο με την απώλεια εισοδήματος, αλλά κυρίως με την απώλεια του κοινωνικού φαίνεσθαι, της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής θέσης, των δικαιωμάτων που παρέχει η εργασία (ασφάλιση και υγεία) (Lucas et al., 2004; Yap et al., 2012).

Ποιότητα εργασίας

Μια από τις πιο σημαντικές πτυχές στην αγορά εργασίας που σχετίζεται με την ευτυχία είναι η ποιότητα της εργασίας. Με τον όρο αυτό εννοούμε το υψηλό εισόδημα, το ευέλικτο ωράριο, τις προοπτικές εξέλιξης, την εργασιακή ασφάλεια, την ενδιαφέρουσα εργασία, την αυτόνομη εργασία, την εργασία που προσφέρει στην κοινωνία και στα μέλη της. Σε μια έρευνα του Clark (2010) μόνο το 20% των εργαζομένων απάντησαν ότι το υψηλό εισόδημα είναι σημαντικό. Το 60% ανέφερε ότι η εργασιακή ασφάλεια, η ενδιαφέρουσα εργασία και η αυτονομία είναι περισσότερο σημαντικά. Η ευτυχία των εργατών ενδιαφέρει επίσης και τις ίδιες τις επιχειρήσεις, ως ένας παράγοντας προβλεψιμότητας της παραγωγικότητας (Cooper and Lundberg, 2011).

Αυτο-απασχόληση

Σχετικά με την αυτονομία, μερικοί υπάλληλοι μπορούν εξ ολοκλήρου να καθορίσουν την ποιότητα της εργασίας τους, επειδή είναι αυτο-απασχολούμενοι. Οι αυτο-απασχολούμενοι να μην δύναται να έχουν μικρότερο εισόδημα ή περισσότερες ώρες εργασίας ή ακόμη και ανασφάλεια στην εργασία, επιδεικνύουν όμως υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας συγκριτικά με τους δημόσιους ή ιδιωτικούς υπαλλήλους (Frey and Benz, 2008).

Συνταξιοδότηση

Η ανάλυση των ευρωπαϊκών δεδομένων δείχνει ότι επικρατεί ιδιαίτερη ανομοιογένεια στις επιπτώσεις που έχει η συνταξιοδότηση στην ευτυχία των ατόμων. Συχνά, οι πιο μορφωμένοι εργάτες βιώνουν αύξηση της ευτυχίας τους, ενώ σε άλλους παρατηρείται μείωση. Οι χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου εργάτες αναφέρουν χαμηλά ποσοστά ευτυχίας όταν είναι εν ενεργεία και τα διατηρούν καθώς συνταξιοδοτούνται (Clark and Fawaz, 2009).

❖ Κοινωνικό κεφάλαιο

Παρόλο που η εργασία είναι ένα σημαντικό τμήμα του κοινωνικού κόσμου, οι σχέσεις μας εκτείνονται σε μεγαλύτερο βαθμό και εσωκλείουν σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα. Στην πυραμίδα των ανθρωπίνων αναγκών του Maslow, η αγάπη και η αίσθηση του ανήκειν ακολουθούν αμέσως μετά τις βασικές βιολογικές ανάγκες (Maslow, 1943). Οι πηγές της προσωπικής ευτυχίας περιλαμβάνουν την ομάδα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων μέσω των οποίων τα άτομα συνδέονται. Η ποσότητα και ποιότητα αυτών των αλληλεπιδράσεων είναι γνωστό ως κοινωνικό κεφάλαιο. Ακολούθως θα προσδιορίσουμε πως δύο υποπαράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου που επιδρούν στην ευτυχία.

Εμπιστοσύνη

Σε μια ορθώς λειτουργικά κοινωνία υπάρχει ένα υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης μεταξύ των πολιτών αλλά και των θεσμών που διέπουν αυτήν την κοινωνία. Έρευνες σχετικά με την εμπιστοσύνη σε Καναδούς σημείωσαν υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης στους γείτονες, στην αστυνομία, στους ξένους και κυρίως στο χώρο εργασίας (Helliwell and Huang, 2011a). Υψηλά επίπεδα ευτυχίας συνδέονται με το να έχει κάποιος μια έντονη κοινωνική ζωή με συγγενείς και φίλους, να παρευρίσκεται σε κοινωνικά και πολιτιστικά γεγονότα, να συμμετέχει σε αθλήματα,

να προσφέρει εθελοντική εργασία και να επιδεικνύει την πρέπουσα κοινωνική συμπεριφορά (Meier and Stutzer, 2008).

Ελευθερία

Ένα ακόμη σημείο κλειδί της κοινωνίας αποτελεί η ελευθερία που παρέχει στα μέλη της. Οι άνθρωποι δεν μπορούν να είναι πραγματικά ευτυχισμένοι, εφόσον δεν αισθάνονται ότι καθορίζουν την πορεία της ζωής τους. Σε έρευνα που έγινε το 1990 φάνηκε ότι οι χώρες της Πρώην Σοβιετικής Ένωσης ήταν οι πιο δυστυχισμένες κοινωνίες (Easterlin, 2010), αναδεικνύοντας τη σημασία της ελευθερίας για την ανθρώπινη ευημερία.

❖ Αξίες και θρησκεία

Οι αξίες μιας κοινωνίας είναι κρίσιμες για τα μέλη της και περιλαμβάνουν εκείνες που συνδέονται με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Είναι σημαντικές, γιατί η υποκειμενική αίσθηση ευτυχίας ενός ατόμου εξαρτάται από τις αξίες του, αλλά και από τις γενικότερες αξίες που έχει διαμορφώσει η κοινωνία.

Θρησκεία

Ο Gallup World Poll ύστερα από παγκόσμιες έρευνες έδειξε ότι σε χώρες που οι συνθήκες διαβίωσης είναι δύσκολες, τα περισσότερο θετικά συναισθήματα εκδηλώνουν άτομα με έντονες θρησκευτικές πεποιθήσεις. Παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να κατανοήσουμε ποιες πτυχές της θρησκείας παράγουν τις θετικές επιδράσεις στην ευτυχία. Σαφώς η θρησκεία έχει τόσο κοινωνικές (παρουσία σε χώρους λατρείας) όσο και βαθιές προσωπικές πτυχές (καθημερινή προσευχή).

Αλτρουισμός

Πολλές από τις αξίες που διδάσκονται από τις διάφορες θρησκείες αποτελούν παγκόσμιες αξίες του συστήματος ηθικής της κάθε κοινωνίας. Η αλτρουιστική συμπεριφορά ωφελεί ξεκάθαρα εκείνους που τη δέχονται. Υπάρχουν όμως πολυάριθμα στοιχεία ότι παράλληλα ωφελεί και εκείνους που την εκφράζουν. Οι άνθρωποι που ενδιαφέρονται περισσότερο για τους άλλους, είναι συνήθως πιο ευτυχισμένοι από αυτούς που ενδιαφέρονται μόνο για τον εαυτό τους (Lyubomirsky, 2007). Στοιχεία για τον εθελοντισμό και για την δωρεά χρημάτων, υποστηρίζουν την παραπάνω θέση (Brown et al., 2003).

❖ Ψυχική Υγεία- Προσωπικότητα

Η ευτυχία εξαρτάται σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα. Ο Fordyce (1983) μελετώντας πλήθος ερευνών διατύπωσε ένα μοντέλο 14 θεμελιωδών χαρακτηριστικών προσωπικότητας που εμφανίζουν τα ευτυχισμένα άτομα. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: α) η ενεργητικότητα και η ενασχόληση με δραστηριότητες, β) η κοινωνικοποίηση, γ) η παραγωγικότητα σε μία εργασία με προσωπικό νόημα, δ) η οργανωτικότητα και ο προγραμματισμός, ε) τα χαμηλά επίπεδα ανησυχίας, στ) οι μειωμένες προσδοκίες και φιλοδοξίες, ζ) η θετική σκέψη, η) ο προσανατολισμός στο παρόν, θ) η επικέντρωση στην υγιή προσωπικότητα, ι) η ανάπτυξη της εξωστρέφειας, ια) η αυθεντικότητα, ιβ) η μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και των προβλημάτων, ιγ) η διαμόρφωση στενών διαπροσωπικών σχέσεων και ιδ) η επίτευξη της ευτυχίας ως προτεραιότητα.

Βέβαια η προσωπικότητα επηρεάζεται και από τη γενετική προδιάθεση, η οποία αποτελεί το κανάλι συνδέσμου με την ψυχική υγεία. Περίπου οι μισοί από τους ενήλικους που είναι ψυχικά ασθενείς, έχουν την ασθένεια από την εφηβεία (Kim-Cohen et al., 2003). Εάν λοιπόν

χρησιμοποιήσουμε ως δείγμα αυτούς που είναι ψυχικά ασθενείς από την εφηβεία, μπορούμε να συγκρίνουμε την κατάστασή τους ως ενήλικες, αναλογικά με αυτή του υπόλοιπου πληθυσμού. Με δεδομένους κάποιους παράγοντες, είναι πιο πιθανό να έχουν βιώσει χαμηλά εισοδήματα, ανεργία, κακό ποινικό μητρώο, εγκυμοσύνη στην εφηβεία, σωματική ασθένεια και χαμηλή σχολική επίδοση. Οι προαναφερθέντες παράγοντες θα τους οδηγήσουν σε μειωμένα ποσοστά ευτυχίας (Layard and Dunn, 2009).

❖ Σωματική υγεία

Το ρητό ότι η υγεία είναι ο μεγαλύτερος πλούτος αποδίδει συνοπτικά την επίδραση της υγείας στην ανθρώπινη ευτυχία. Παρόλα αυτά οι έρευνες αποστασιοποιούνται από τέτοιες φιλοσοφίες, γιατί η ευτυχία σχετίζεται με υποκειμενικές και όχι με αντικειμενικές εκτιμήσεις της σωματικής κατάστασης ενός ατόμου. Ευτυχισμένοι είναι αυτοί που αισθάνονται υγιείς, χωρίς απαραίτητα να ανταποκρίνεται στην πραγματική τους κατάσταση (Diener and Lucas, 1999).

Όμως η αναπηρία συσχετίζεται αρνητικά με την ευτυχία. Άτομα που βιώνουν σωματική αναπηρία επιδεικνύουν μικρότερα ποσοστά ευτυχίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Lucas, 2007b; Anusik et al., 2013).

❖ Οικογένεια

Γάμος

Κύριο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης ευτυχίας είναι η αγάπη. Ο γάμος είναι ένας θεσμός μέσω του οποίου εκδηλώνεται το συγκεκριμένο συναίσθημα. Ο γάμος επιδρά θετικά σε σχέση με την ευτυχία. Πολυάριθμες έρευνες σε διάφορες χώρες συνδέουν στενά το γάμο με την αυξημένη προσωπική εκτίμηση της ευτυχίας (Grosjean et al., 2011; Anusik et al., 2013). Επιπλέον, παρόλο που ο γάμος κάνει τους ανθρώπους πιο ευτυχισμένους, κάποιοι ερευνητές υποστήριξαν ότι συμβαίνει και το αντίστροφο. Οι πιο ευτυχισμένοι άνθρωποι έχουν την τάση να παντρεύονται συχνότερα (Harker and Keltner, 2001).

Παιδιά

Η απόκτηση παιδιών δεν σημαίνει απαραίτητα και υψηλότερα ποσοστά ευτυχίας. Η ευχαρίστηση από το να γίνεσαι γονιός εξαρτάται από την ηλικία των παιδιών, από την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού και από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, περιλαμβάνοντας το χρόνο που έχει κάποιος για να απολαύσει την οικογενειακή ζωή (Di Tella et al., 2003; Dyrda and Lucas, 2013).

❖ Εκπαίδευση

Το επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχει άμεσο αντίκτυπο στην ευτυχία, αλλά η εκπαίδευση είναι έμμεσα συνδεδεμένη με την ευτυχία μέσω της επίδρασής της στο εισόδημα. Η εκπαίδευση αυξάνει το εισόδημα και άρα το εισόδημα αυξάνει την ευτυχία. Περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης σχετίζονται με αυξημένη απασχολησιμότητα, εργασιακή ασφάλεια και γρηγορότερη εξέλιξη, παράγοντες που συμβάλλουν σε μεγαλύτερα ποσοστά ευτυχίας (Blanchflower and Oswald, 2004).

❖ Φύλο

Στις αναπτυγμένες χώρες οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ευτυχίας σχετικά με τους άντρες (Blanchflower, 2008). Επίσης, είναι πιο ευτυχισμένες σε χώρες που τα φυλετικά δικαιώματα είναι ίσα (Graham and Chattopadhyay, 2011). Εκτός όμως των βιομηχανοποιημένων χωρών, στις υποανάπτυκτες, το χάσμα της ευτυχίας φαίνεται να είναι μεγαλύτερο μεταξύ ανδρών και γυναικών ακόμη και αντεστραμμένο (με τους άντρες να είναι πιο ευτυχισμένοι) (Senik, 2004).

❖ Ηλικία

Η σχέση μεταξύ ηλικίας και υποκειμενικής αίσθησης της ευτυχίας είναι από τα πιο ισχυρά και κοινά ευρήματα στην έρευνα σχετικά με την ευτυχία. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα περίμεναν ότι η ευτυχία μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας, τουλάχιστον κατά την ενηλικίωση, όπως και πολλές από τις πνευματικές και σωματικές ικανότητες. Το πρότυπο όμως, που αποκαλύπτεται από πολλές έρευνες σε διάφορες χώρες είναι ότι ακολουθείται ένα κοίλης μορφής γράφημα: η ευτυχία υποχωρεί καθώς η ηλικία αυξάνει, φτάνει σε ένα χαμηλό επίπεδο στην ηλικία των 40-50 και ανεβαίνει ξανά (Blanchflower and Oswald, 2008). Παρόλα αυτά στην ηλικία μεταξύ 70 και 80, η συνήθης κακή κατάσταση της υγείας, φαίνεται να επηρεάζει τα ποσοστά ευτυχίας, με συνέπεια να μειώνονται (Wunder et al., 2009).

❖ Επιτυχία

Η ευτυχία συνδέεται με την επιτυχία σε διαπροσωπικό, οικονομικό και σε επίπεδο υγείας. Η σύνδεση ευτυχίας και επιτυχίας υπάρχει όχι μόνο γιατί η επιτυχία κάνει τους ανθρώπους ευτυχισμένους, αλλά και γιατί οι θετικές σκέψεις προκαλούν επιτυχία. Η ευτυχία συνδέεται με πολλαπλά οφέλη, εσωκλείοντας καλύτερη υγεία και προηγείται των πολυάριθμων επιτυχιών αποτελεσμάτων και συμπεριφορών που παραλληλίζονται με την επιτυχία (Barak and Achiron, 2011). Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι η μακροζωία και η λειτουργική υγεία αυξάνονται με τη θετική αυτοεικόνα και ότι περισσότερο θετική αυτοεικόνα σχετίζεται με βελτίωση των γνωστικών και συμπεριφοριστικών αποτελεσμάτων (Levy et al., 2002).

1.3. Το παράδοξο της επιδίωξης της ευτυχίας

Φαίνεται ότι στην προσπάθεια για επιδίωξη της ευτυχίας υπάρχει ένα παράδοξο: Μερικές θεωρητικές προσεγγίσεις και εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι η ευτυχία μπορεί να αυξηθεί, ενώ άλλες θεωρίες και δεδομένα υποδηλώνουν ότι δεν μπορεί.

Τρεις θέσεις χρησιμεύουν για να απεικονίσουν το βάθος αυτής της απαισιοδοξίας της πρώτης ομάδας. Πρώτη είναι η ιδέα ενός γενετικά καθορισμένου σημείου ρύθμισης για την ευτυχία. Οι Lykken και Tellegen (1996) έχουν προσκομίσει αποδεικτικά στοιχεία, που βασίζονται σε μελέτες διδύμων και μελέτες υιοθεσίας, ότι η κληρονομικότητα της ευτυχίας μπορεί να είναι υψηλή γύρω στο 80%. Όποιος και αν είναι ο ακριβής συντελεστής, το μεγάλο μέγεθος του, υποδηλώνει ότι για κάθε άτομο υπάρχει πράγματι ένα χρόνιο ή χαρακτηριστικό επίπεδο ευτυχίας. Μια δεύτερη σκέψη που συνδέεται στενά με την πηγή της απαισιοδοξίας προέρχεται από τη βιβλιογραφία σχετικά με τα προσωπικά γνωρίσματα. Γνωρίσματα είναι τα γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά σύμπλεκα τα οποία είναι, εξ ορισμού, συνεπή σε όλες τις καταστάσεις και σε όλη τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου και ως εκ τούτου μπορούν να ευθύνονται για ένα μέρος της σταθερότητας του σημείου ρύθμισης (Diener and Lucas, 1999). Μια τρίτη πηγή της απαισιοδοξίας προκύπτει από την έννοια «ηδονική προσαρμογή»

(Brickman and Campbell, 1971), γεγονός που υποδηλώνει ότι οποιαδήποτε βελτίωση της ευτυχίας είναι μόνο προσωρινή, επειδή οι άνθρωποι προσαρμόζονται γρήγορα στις αλλαγές. Έτσι, παρόλο που νέες συνθήκες μπορεί προσωρινά να αναγκάζουν τους ανθρώπους να γίνουν πιο ευτυχισμένοι ή πιο δυστυχισμένοι, αυτοί προσαρμόζονται γρήγορα, και η επίδραση αυτών των νέων συνθηκών για την ευτυχία, στη συνέχεια μειώνεται γρήγορα ή ακόμα και εξαφανίζεται εντελώς. Πράγματι, ορισμένοι υποστήριξαν ότι η επιδίωξη της ευτυχίας μπορεί να αποτύχει εντελώς, αν γίνεται ένας συνειδητός "εξωγενής" στόχος που αποσπά τους ανθρώπους από το να απολαμβάνουν τη στιγμή (Sheldon, 2004).

Παρά τους φαινομενικά επιτακτικούς λόγους που απαριθμούνται για την απαισιοδοξία σχετικά με τις προσπάθειες να αυξήσουμε τα επίπεδα της ευτυχίας, υπάρχουν επίσης επιτακτικοί λόγοι για αισιοδοξία. Στη συνέχεια, περιγράφουμε πηγές αισιοδοξίας, που εκπροσωπούν τη δεύτερη ομάδα προσεγγίσεων. Πρώτον, μερικοί ερευνητές είχαν επιτυχία, χρησιμοποιώντας παρεμβάσεις για την αύξηση της ευτυχίας (Sheldon et al., 2002). Επιπλέον, η έρευνα που τεκμηριώνει τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των γνωστικών και συμπεριφορικών στρατηγικών για την καταπολέμηση των αρνητικών συναισθημάτων και της κατάθλιψης έχει ενθαρρυντικές επιπτώσεις στη δυνατότητα ανύψωσης της μακροπρόθεσμης ευτυχίας (Jacobson et al., 1996). Δεύτερον, πολλοί διαφορετικοί παρακινητικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με την ευτυχία (Sheldon and Elliot, 1999). Ένας τρίτος λόγος για αισιοδοξία παρέχεται από ευρήματα που δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι τείνουν να είναι κάπως πιο ευτυχισμένοι από ό,τι οι νεότεροι (Sheldon and Kasser, 2001). Αν και αυτές οι επιδράσεις δεν προκύπτουν πάντα, παρατηρούνται αρκετά συχνά για να προτείνουν ότι η μεγαλύτερη ευτυχία μπορεί πράγματι να επιτυγχάνεται με το πέρασμα του χρόνου, όχι μόνο από λίγους ανθρώπους, αλλά ίσως από την πλειοψηφία. Ακόμα, ένας τελευταίος λόγος για τον οποίο τα γονίδια δεν είναι κατ' ανάγκην πεπρωμένο, είναι ότι φαίνεται να επηρεάζουν την ευτυχία έμμεσα, επηρεάζοντας τα είδη των εμπειριών και των περιβαλλόντων που κάποιος έχει ή επιδιώκει να έχει. Έτσι, τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα των γονιδίων θα μπορούσαν να ελαχιστοποιηθούν με τις ενεργές προσπάθειες κάποιου που κατευθύνει τον εαυτό του μακριά από καταστάσεις που μειώνουν την ευτυχία (Lyubomirsky, 2001).

1.4. Η σπουδαιότητα της μελέτης της ευτυχίας

Η έρευνα για την ευτυχία προσελκύει το ενδιαφέρον όλο και περισσότερων ερευνητών τόσο οικονομολόγων όσο και ψυχολόγων. Οι οικονομολόγοι ενδιαφέρονται για την ευτυχία, διότι μέσω αυτής δύναται να χαραχτεί η πολιτική και η αναπτυξιακή πορεία μιας χώρας. Μπορούν να αναγνωριστούν οι διάφορες κοινωνικές ομάδες που χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και να αξιολογηθούν τα επίπεδα κοινωνικής δυσανεμίας (Frey and Stutzer, 2002). Οι ψυχολόγοι και κυρίως οι εκπρόσωποι της θετικής ψυχολογίας, θεωρούν ότι τα θετικά συναισθήματα (συμπεριλαμβανομένης και της ευτυχίας) δεν είναι επιθυμητά μόνο επειδή είναι ευχάριστα, αλλά και επειδή επιφέρουν μια σειρά από θετικές επιπτώσεις στη γενικότερη λειτουργία του ανθρώπου. Οι Lyubomirsky, King και Diener (2005) συγκέντρωσαν τα ερευνητικά δεδομένα σε μία μετα-αναλυτική έρευνα, επιχειρώντας να καταγράψουν τους παράγοντες που σχετίζονται με τη συχνή βίωση θετικών συναισθημάτων και ευτυχίας, υποστηρίζοντας ότι η ευτυχία είναι και τα θετικά συναισθήματα που βιώνει ένα άτομο τα οποία οδηγούν σε καλύτερες συνθήκες ζωής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ευτυχία των ατόμων σχετίζεται με

οφέλη σε τρεις βασικούς τομείς της ζωής: την εργασία, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την υγεία (ψυχική και σωματική).

Η μελέτη της ευτυχίας πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν σε δύο επίπεδα. Σε ατομικό επίπεδο, διότι το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αξιολογούν την ποιότητα της ζωής τους, αντανακλώμενη μέσα από τις δικές του ιστορίες, προσωπικότητες και επιλογές. Αποτελεί λοιπόν, το πιο δημοκρατικό μέτρο αξιολόγησης της «καλής ζωής», πέρα από αυτό που οι κυβερνήσεις ορίζουν ως «καλή ζωή». Σε κοινωνικό επίπεδο, η συνεισφορά της ευτυχίας βασίζεται στη θεώρηση που αυξανόμενα υποστηρίζεται και από ερευνητικά στοιχεία, ότι αυτή προσφέρει ένα ευρύ φάσμα πιθανών τρόπων να χτίσουμε έναν καλύτερο κόσμο, λαμβάνοντας υπόψιν πιο αποτελεσματικές λύσεις για τη φτώχεια, τις αρρώστιες και τους πολέμους που μαστίζουν τη σημερινή παγκοσμιοποιημένη κοινωνία (Helliwell et al., 2012).

Κεφάλαιο 2. Αποδοχή-προσαρμογή στην αναπηρία

2.1. Ορισμός της αναπηρίας

Ο ορισμός ή καλύτερα η περιγραφή της αναπηρίας, συχνά προκαλεί σύγχυση από τη διαφορετική χρήση ορολογιών. Η πολυπλοκότητα και ο δυναμισμός του φαινομένου είναι γεγονός. Κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα ο όρος «αναπηρία» χρησιμοποιήθηκε για να αναφερθεί σε μια ξεχωριστή κατηγορία ανθρώπων. Ιστορικά, η «αναπηρία» έχει χρησιμοποιηθεί είτε ως συνώνυμο της "ανικανότητας", είτε ως σημείο αναφοράς για να επιβληθούν νομικοί περιορισμοί σχετικά με τα δικαιώματα και τις εξουσίες. Επιπρόσθετα, πολλά διαφορετικά χαρακτηριστικά θεωρούνται αναπηρίες. Παραπληγία, κώφωση, τύφλωση, διαβήτης, αυτισμός, επιληψία, κατάθλιψη, ακόμη και ο ιός HIV έχουν όλα χαρακτηριστεί ως αναπηρίες. Ο όρος καλύπτει τόσο διαφορετικές συνθήκες, όπως η συγγενής απουσία ή τυχαία απώλεια ενός άκρου ή αισθητηριακής λειτουργίας, προοδευτικές νευρολογικές καταστάσεις όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας, χρόνιες ασθένειες όπως η αρτηριοσκλήρωση, η αδυναμία ή η περιορισμένη ικανότητα για την εκτέλεση νοητικών λειτουργιών και ψυχιατρικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια ή η διπολική διαταραχή (Boorse, 2010).

Δύο κοινά χαρακτηριστικά ξεχωρίζουν στον επίσημο ορισμό της αναπηρίας, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2001, σ. 18): i) ένα σωματικό ή ψυχικό χαρακτηριστικό που εκλαμβάνεται ως βλάβη ή δυσλειτουργία και ii) κάποιος προσωπικός ή κοινωνικός περιορισμός που σχετίζεται με την εν λόγω δυσλειτουργία. Η ταξινόμηση μιας σωματικής ή ψυχικής μεταβολής ως δυσλειτουργία μπορεί να είναι στατιστική, με βάση το μέσο όρο σε ορισμένες ομάδες αναφοράς, βιολογική, βασιζόμενη σε μια θεωρία της ανθρώπινης λειτουργίας, ή κανονιστική, σύμφωνα με την άποψη της ανθρώπινης ανάπτυξης. Ωστόσο, οι αναπηρίες γενικά θεωρούνται ως χαρακτηριστικά του ατόμου που αυτό δεν μπορεί εύκολα να αλλάξει.

Η αναπηρία είναι ένας γενικός όρος, που καλύπτει δυσλειτουργίες, περιορισμούς δραστηριότητας, καθώς και περιορισμούς συμμετοχής. Μια δυσλειτουργία είναι ένα πρόβλημα στη λειτουργία του οργανισμού ή της δομής, ένας περιορισμός της δραστηριότητας είναι μια δυσκολία που συναντά ένα άτομο κατά την εκτέλεση ενός έργου ή δράσης, ενώ ο περιορισμός της συμμετοχής είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένα άτομο στην εμπλοκή του σε καταστάσεις της καθημερινής ζωής. Η αναπηρία ως εκ τούτου δεν είναι απλώς ένα πρόβλημα υγείας. Πρόκειται για ένα σύνθετο φαινόμενο, που αντανακλά την αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του σώματος ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία αυτό ζει. Καταλήγοντας και σύμφωνα με τον πιο πρόσφατο ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «αναπηρία είναι το αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντολογικών αιτιών που δημιουργούν ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές περιοχές της ζωής του ατόμου, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η γενικότερη κοινωνική συμμετοχή»

(WHO, 2002, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>).

2.2. Προσεγγίσεις απέναντι στην αναπηρία

Ο λόγος για την αναπηρία περιλαμβάνει μια διαμάχη μεταξύ της βιολογικής και κοινωνικής κατανόησης του ζητήματος. Στα πλαίσια αυτά δημιουργήθηκαν διάφορα μοντέλα και η αναπηρία προσεγγίστηκε μέσα από διαφορετικές οπτικές, ανάλογα με τα κοινωνικά και

ιστορικά συμφραζόμενα κάθε περιόδου και σύμφωνα με τη γενικότερη ιδεολογική αφετηρία αυτών που ασχολήθηκαν με το ζήτημα. Οι κύριες προσεγγίσεις θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε δύο βασικές κατηγορίες: το ιατρικό μοντέλο και το κοινωνικό μοντέλο κατανόησης της αναπηρίας. Το ιατρικό μοντέλο θεωρεί την αναπηρία ως σωματική ή ψυχική βλάβη του ατόμου και των προσωπικών και κοινωνικών συνεπειών της. Περιλαμβάνει τους περιορισμούς που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρίες, όπως αυτή προκύπτει κατά κύριο λόγο ή αποκλειστικά, από τις μειονεξίες τους. Σε αντίθεση, το κοινωνικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως μια σχέση μεταξύ ενός ατόμου και του κοινωνικού περιβάλλοντός του: τον αποκλεισμό των ατόμων με ορισμένα σωματικά και ψυχικά χαρακτηριστικά από διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής. Ο αποκλεισμός τους δεν εκδηλώνεται μόνο σε σκόπιμο διαχωρισμό, αλλά σε ένα δομημένο περιβάλλον και μια οργανωμένη κοινωνική δραστηριότητα που εμποδίζει ή περιορίζει τη συμμετοχή των ανθρώπων με αναπηρίες. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τις διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων (WHO, 2002, σ. 244-245).

Ιατρικό Μοντέλο	Κοινωνικό Μοντέλο
1. Η αναπηρία είναι ένα προσωπικό, βιολογικό και σωματικό πρόβλημα, που προκλήθηκε από τραύμα ή άλλο πρόβλημα υγείας.	1. Η αναπηρία είναι πρόβλημα της κοινωνίας. Είναι ένα σύνολο από αλληλεπιδραστικούς παράγοντες, πολλοί εκ των οποίων δημιουργούνται από το κοινωνικό περιβάλλον.
2. Η ασθένεια, η δυσλειτουργία, η αναπηρία, το μειονέκτημα ενός ατόμου περιορίζει ή αποτρέπει την εκπλήρωση ενός ρόλου του ατόμου αυτού.	2. Η αναπηρία δεν είναι ένα ατομικό χαρακτηριστικό, παρά αποτελεί συνάρτηση του ατόμου με το περιβάλλον του.
3. Η αναπηρία απαιτεί ιατρική φροντίδα παρεχόμενη από ειδικούς σε ατομικό επίπεδο. Συνεπώς το άτομο, είναι ένα αντικείμενο ιατρικής παρέμβασης.	3. Τα εμπόδια που θέτονται από την αναπηρία, μπορούν να διευθετηθούν μέσω ενός παγκόσμιου σχεδίου ισότητας, ευεξίας, υγείας και ενότητας.
4. Η διαχείριση της αναπηρίας σκοπεύει στη θεραπεία ή τον περιορισμό της αναπηρίας ή της ασθένειας.	4. Η διαχείριση της αναπηρίας προϋποθέτει κοινωνική ενεργοποίηση.
5. Σε πολιτικό επίπεδο, ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης της αναπηρίας είναι η αλλαγή της πολιτικής σε επίπεδο υγείας.	5. Αποτελεί συλλογική ευθύνη της κοινωνίας, να γίνουν οι απαραίτητες περιβαλλοντολογικές αλλαγές, ώστε να προωθηθεί η πλήρης συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής. Σε πολιτικό επίπεδο, είναι θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

2.3. Αποδοχή-προσαρμογή στην αναπηρία

Τα άτομα με αναπηρίες συγκροτούν μία μεγάλη και ετερογενή ομάδα του γενικού πληθυσμού, καθώς ο όρος αναπηρία καλύπτει ένα ευρύ φάσμα αναπηριών, εκ γενετής και

επίκτητες. Η εμφάνιση μιας αναπηρίας επιφέρει αλλαγές σε όλες τις πτυχές της ζωής ενός ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, ένα άτομο που αποκτά μια αναπηρία, βιώνει την απώλεια πολλών στοιχείων της ταυτότητάς του: απώλεια της ανεξαρτησίας, απώλεια σωματικής ακεραιότητας, απώλεια των προηγούμενων κοινωνικών του ρόλων, καταλήγοντας σε μια ολική λειτουργική έκπτωση. Συνεπώς, τα άτομα με αναπηρίες έρχονται αντιμέτωπα, με μια νέα, απειλητική και στρεσογόνα πραγματικότητα, που αναπόφευκτα οδηγεί σε μια ψυχοκοινωνική κρίση στις ζωές τους, εξαιτίας των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικοοικονομικών, επαγγελματικών αλλαγών (Psarra and Klefтарas, 2013).

Η προσαρμογή του ατόμου σε μια τέτοια επίπονη κατάσταση, σε μία αναπηρία, είναι μια σύνθετη διαδικασία που εξαρτάται από πολλές υποκειμενικές και κοινωνικές παραμέτρους, οι οποίες θα καθορίσουν εάν ένα άτομο θα αποδεχτεί την αναπηρία του, θα επανενσωματωθεί στην κοινωνία, εάν θα διαπραγματευτεί τη νέα του ταυτότητα και τους νέους ρόλους τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η αποδοχή της αναπηρίας είναι το τελικό στάδιο μιας προσαρμοστικής διαδικασίας, κατά την οποία το άτομο πετυχαίνει μια κατάσταση επανένταξης, πασχίζει να καταφέρει τους στόχους που έχει θέσει, βελτιώνει την αυτοεκτίμησή του και επιδεικνύει θετικές στάσεις απέναντι στον εαυτό του, στους άλλους και στην αναπηρία του (Livneh and Antonak, 1997).

2.4. Μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία

Η εμφάνιση μιας αναπηρίας, ενεργοποιεί μια αλυσίδα ψυχολογικών εμπειριών, αντιδράσεων και απαντήσεων στη νέα κατάσταση. Τέσσερα θεωρητικά πλαίσια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην αναπηρία συναντούμε συχνότερα στη βιβλιογραφία. Αυτά τα μοντέλα, μοιράζονται κοινές απόψεις όπως i) ότι η διαδικασία της προσαρμογής είναι δυναμική και χρονοβόρα, ii) ότι ενσωματώνει τόσο ενδοπροσωπικά (μηχανισμούς αντιμετώπισης, προηγούμενες εμπειρίες, γνωστικές εκτιμήσεις) όσο και διαπροσωπικά στοιχεία (επιρροή από τα κοινωνικά δίκτυα, περιβαλλοντικά εμπόδια που θα προκύψουν, δυνατότητα πηγών ιατρικής αποκατάστασης) και iii) ότι ανεξάρτητα από τις δομικές και δυναμικές συνιστώσες του μοντέλου (π.χ. γραμμική, κυκλική, τυχαία) τα περισσότερα άτομα εμφανίζονται να κινούνται προς την ανανεωμένη προσωπική ανάπτυξη και λειτουργική προσαρμογή (Livneh and Parker, 2005).

➤ Σταδιακά μοντέλα

Τα πρώτα μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία τόνισαν τη γραμμικότητα της προσαρμοστικής διαδικασίας. Αυτά τα μοντέλα θέτουν στο επίκεντρό τους μια προβλεπόμενη διαδοχή κάποιων σταδίων και φάσεων. Η εμφάνιση μιας αναπηρίας πυροδοτεί μια αλυσίδα ψυχολογικών αντιδράσεων, οι οποίες ανταποκρίνονται σε οκτώ φάσεις ανταποκρίσεων στην αναπηρία. Οι φάσεις 1 έως 5 (σοκ, αγωνία, άρνηση, κατάθλιψη, θυμός/εχθρικότητα) αποτελούν τα αρχικά στάδια της προσαρμογής (αντιπροσωπεύοντας την αρνητική προσαρμογή στην αναπηρία) που βιώνει το άτομο, ώστε να φτάσει στην 6^η φάση (αποδοχή) που αντιπροσωπεύει τη θετική προσαρμογή του στην αναπηρία. Τα στάδια αυτά δεν είναι απαραίτητα διαδοχικά και μπορούν να επαναληφθούν αρκετές φορές κατά τη διαδικασία προσαρμογής στην αναπηρία (Livneh and Antonak, 2005, σ. 12-13).

Σοκ: Το σοκ είναι η πρωταρχική αντίδραση που ακολουθεί την αρχή μιας αναπηρίας. Η αντίδραση αυτή συνοδεύεται από ψυχικό «μούδιασμα», γνωστική αποδιοργάνωση, μια αίσθηση απώλειας και δραματικά μειωμένη ή διακοπτόμενη κινητικότητα και ομιλία.

Αγωνία: Αυτή η αντίδραση χαρακτηρίζεται από στοιχεία πανικού αντιλαμβανόμενο το άτομο τη φύση και το μέγεθος του τραυματικού γεγονότος. Συνοδεύεται από συγχυσμένη σκέψη και ένα πλήθος σωματικών συμπτωμάτων όπως, ταχυκαρδία, ταχεία αναπνοή, υπερβολική εφίδρωση και στομαχικές ενοχλήσεις (Livneh and Antonak, 2005, σ. 12-13).

Άρνηση: Είναι μια προβληματική στρατηγική αντιμετώπισης, που συχνά θεωρείται και ως μηχανισμός άμυνας, για να «αποκρούσει» την αγωνία και άλλα απειλητικά συναισθήματα, αλλά και να ελαχιστοποιήσει τη χρονιότητα, το μέγεθος και τις μελλοντικές επιπτώσεις που σχετίζονται με την αναπηρία. Η άρνηση περιλαμβάνει επιλεκτική προσοχή σε σωματικά και ψυχολογικά στοιχεία, απραγματοποίητες προσδοκίες πλήρης ή άμεσης ανάρρωσης, απόρριψη των ιατρικών συμβουλών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Κατάθλιψη: Η κατάσταση αυτή θεωρείται ότι αντανάκλα τη συνειδητοποίηση της μονιμότητας, του μεγέθους και των μελλοντικών επιπτώσεων που σχετίζονται με την απώλεια σωματικής ακεραιότητας και τη χρονιότητα της κατάστασης. Συναισθήματα απόγνωσης, ανικανότητας, απόγνωσης, απομόνωσης συχνά αναφέρονται κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης (Livneh and Antonak, 2005, σ. 12-13).

Θυμός/Εχθρικότητα: Η αντίδραση του θυμού ή της εχθρικότητας συχνά διαιρείται σε εσωτερικευμένο θυμό (μνησικακία, πικρότητα, ενοχή και αυτοκατηγορία) και σε εξωτερικευμένη εχθρικότητα. Όταν ο θυμός είναι εσωτερικά κατευθυνόμενος, αυτό-αποδίδεται ευθύνη για το ξεκίνημα της αναπηρίας ή την αποτυχία να κατορθώσει το άτομο επιτυχή αποτελέσματα. Σε αντίθεση, εξωτερικά προσανατολισμένες αποδόσεις ευθυνών κατηγορούν άλλα άτομα του κοινωνικού περιβάλλοντος. Οι συνήθεις συμπεριφορές που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης είναι επιθετικές αντιδράσεις, υβριστικές κατηγορίες, ανταγωνισμός, παθητικά και επιθετικά μοντέλα παρεμπόδισης της θεραπείας (Dutta and Kundu, 2007).

Αποδοχή: Η αποδοχή της αναπηρίας είναι το τελικό στάδιο της προσαρμογής. Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από τη συναισθηματική ετοιμότητα του ατόμου να είναι ρεαλιστής σχετικά με τους λειτουργικούς του περιορισμούς, να συνειδητοποιήσει την αξία του σαν άτομο με αναπηρία και να αρχίσει να χρησιμοποιεί τις νέες δυνατότητες για μια παραγωγική ζωή. Η αποδοχή συγκροτείται από τα παρακάτω στοιχεία: α) μια προηγούμενη γνωστική συμφιλίωση της κατάστασης, των επιπτώσεών της και του μόνιμου χαρακτήρα της, β) μια συναισθηματική αποδοχή ή την εσωτερίκευση από το άτομο της κατάστασης της αναπηρίας, συμπεριλαμβανομένης μιας νέας αίσθησης αποκατάστασης της αυτοαντίληψης, ανανεωμένης με τις αξίες της ζωής και μια συνεχιζόμενη αναζήτηση για νέα νοήματα ζωής και γ) την ενεργό επιδίωξη προσωπικών, κοινωνικών και/ή επαγγελματικών στόχων, συμπεριλαμβανομένης της επιτυχούς διαπραγμάτευσης των εμποδίων που συναντώνται κατά την επιδίωξη των στόχων αυτών (Livneh and Antonak, 2005, σ. 12-13).

➤ *Τύπου γραμμικά μοντέλα*

Αν και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην αναπηρία είναι ουσιαστικά μια γραμμική διαδικασία, αυτά τα πιο δομικά σύνθετα μοντέλα έχουν αποδώσει μεγαλύτερη προσοχή και σε άλλους καθοριστικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι: α) τα χαρακτηριστικά της

αναπηρίας (τύπος, δριμύτητα, διάρκεια), β) προσωπικά γνωρίσματα, για παράδειγμα τρόπος αντιμετώπισης και αυτοαντίληψη και γ) περιβαλλοντικές επιδράσεις όπως, περιβαλλοντικά εμπόδια και κοινωνικές συμπεριφορές (Livneh, 2001). Ο ρόλος αυτών των επιπρόσθετων παραγόντων θεωρείται είτε ως αλληλεπιδραστικός ή είτε ως μεσολαβητικός. Μέσω των αλληλεπιδραστικών ενεργειών, η προσαρμοστική διαδικασία ακολουθεί διαφορετικές τροχιές, σε διαφορετικά επίπεδα του λειτουργικού παράγοντα. Για παράδειγμα, η χρήση της εστιασμένης στο πρόβλημα αντιμετώπισης έναντι της συναισθηματικά ρυθμιζόμενης αντιμετώπισης οδηγεί σε μέτρια προσαρμογή στην αναπηρία. Μέσω των μεσολαβητικών ενεργειών, ο εμπλεκόμενος παράγοντας (για παράδειγμα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης) φαίνεται ότι προκαλείται ή επηρεάζεται από μια προηγούμενη μεταβλητή (παραδείγματος χάριν, το επίπεδο του πόνου) και έχει ως αντίκτυπο την άμεση επιρροή στην προσαρμοστική διαδικασία (Livneh and Parker, 2005).

➤ *Εκκρεμοειδείς μοντέλα*

Τα μοντέλα αυτά αναπτύχθηκαν για να αντιπροσωπεύουν τις συχνά αναφερθέντες διακυμάνσεις μεταξύ των προ-αναπηρίας και μετά-αναπηρίας ταυτοτήτων ή μεταξύ της ασθένειας και της υγείας. Απεικονίζουν τη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην αναπηρία, όπως μια σειρά από σταδιακές αλλαγές στην ταυτότητα σε τροχιά εκκρεμούς. Παραδείγματος χάριν, η Charmaz υποστήριξε ότι αυτές οι αλλαγές ανάμεσα σε άτομα με αναπηρία, αντανακλούν μια αναγνώριση της απώλειας της προηγούμενης αυτό-εικόνας τους. Η διαδικασία της προσαρμογής σύμφωνα με την παραπάνω, αποτελείται από μια σταδιακή εξέλιξη ενός αλλαγμένου εαυτού αναδομημένου, έτοιμου να «φιλοξενήσει» τις σωματικές και λειτουργικές απώλειες. Ως εκ τούτου, η προσαρμογή δεν είναι απλά μια γραμμική διαδικασία, αλλά μια επαναλαμβανόμενη σειρά εμπειριών, καθώς προκύπτουν και αφομοιώνονται οι νέες απώλειες (Charmaz, 1995).

Παρόμοια, ο Yoshida αντιλήφθηκε την αναδόμηση του εαυτού μετά την αναπηρία ως μια απεικόνιση εκκρεμούς. Το άτομο αφού αποκτήσει την αναπηρία φαίνεται να «ταλαντώνεται» μεταξύ της προηγούμενης κατάστασής του (χωρίς αναπηρία) και της παρούσης (αναπηρία). Η ανακατασκευή της ταυτότητάς του είναι μια δυναμικά προσανατολιζόμενη, μη γραμμική διαδικασία που το αποτέλεσμα δεν είναι ποτέ σίγουρο (Yoshida, 1993). Επιπλέον, οι Kendall και Buys συμπέραναν ότι τα μοντέλα αυτά ορθώς περιγράφουν τη διαρκή εναλλαγή της αυτοαντίληψης των ατόμων με αναπηρίες από την προ αναπηρίας ταυτότητα στη μετά αναπηρίας ταυτότητα (Kendall and Buys, 1998).

➤ *Αλληλεπιδραστικά μοντέλα*

Τα αλληλεπιδραστικά μοντέλα της προσαρμογής στην αναπηρία ισχυρίζονται ότι υπάρχει μια αμοιβαία, επαναληπτική διαδικασία προσαρμογής, η οποία εσωκλείει τόσο το άτομο όσο και το περιβάλλον. Προχωρούν σε ένα σύνθετο τρόπο που ενσωματώνει δύο σύνολα των διαδραστικών μεταβλητών, τις εσωτερικές και τις εξωτερικές για το άτομο. Πρώτα, οι ενδοατομικές είναι αυτές που σχετίζονται με τις φυσικές (τύπος και σοβαρότητα της αναπηρίας) και τις ψυχολογικές πτυχές (αυτοαντίληψη) του ατόμου. Αυτές οι μεταβλητές αλληλεπιδρούν με τις υπάρχουσες περιβαλλοντικές συνθήκες που περιλαμβάνουν τα φυσικά, κοινωνικά και επαγγελματικά περιβάλλοντα (Livneh and Parker, 2005).

2.5. Η αναθεώρηση των αξιών μετά την αποδοχή της αναπηρίας

Η αποδοχή της αναπηρίας χαρακτηρίζεται από αλλαγές στο σύστημα αξιών του ατόμου, το οποίο βοηθά το άτομο με αναπηρία να αντιλαμβάνεται την απώλεια ως μη υποτιμημένη. Η πρώτη αλλαγή σχετίζεται με τη διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής της αξίας. Κατά τη διάρκεια της προσαρμοστικής διαδικασίας, το άτομο κατακλύζεται από την ανάγκη να αναγνωρίσει τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της αναπηρίας του, η οποία γίνεται το επίκεντρο ολόκληρης της ύπαρξής του. Στη δεδομένη περίοδο, πρέπει να μάθει να εκτιμά άλλες υπάρχουσες αξίες, πέρα από αυτές που χάθηκαν. Αυτό ανανεώνει το ενδιαφέρον σε ικανοποιήσεις που είναι προσβάσιμες και βοηθά στην αποδοχή της απώλειας της πρότερης κατάστασης. Η δεύτερη αλλαγή αφορά την υποτίμηση της σημασίας της σωματικής διάπλασης σε σχέση με άλλες πτυχές του ατόμου. Παρόλο που το άτομο με αναπηρία είναι πεπεισμένο ότι η ζωή αξίζει, μπορεί να ακόμη να τρέφει βαθιά ριζωμένα αισθήματα σχετικά με τις υποτιθέμενες συνέπειες της απώλειας. Η ισχύς της σωματικής διάπλασης υπερεκτιμάται σε σχέση με την ικανοποίηση που προέρχεται από τις προσιτές αξίες στη ζωή. Η αξία της εξωτερικής εμφάνισης είναι ευθέως ανάλογη με την επίδραση της διάπλασης. Η επόμενη αλλαγή επισημαίνει τη σημασία του περιορισμού των συνεπειών της αναπηρίας, έτσι ώστε να μην επισκιάζονται άλλες πτυχές ενός ατόμου. Η πεποίθηση ότι η αναπηρία επιδρά σε πολλές εκφάνσεις της ζωής, συχνά οδηγεί σε εσφαλμένες εντυπώσεις σχετικά με τις επιπτώσεις της. Αφού, όλες οι πτυχές της ζωής δεν επηρεάζονται από την αναπηρία και οι αντιλήψεις των ανθρώπων από τις επιπτώσεις της είναι σε μεγάλο βαθμό αλλοιωμένες, είναι απαραίτητο τα άτομα να αντιληφθούν την αναπηρία ως κατοχή και όχι ως προσωπικό χαρακτηριστικό. Ο διαχωρισμός της αναπηρίας από την ολότητα του ατόμου, περιορίζει τις υποτιμητικές συνέπειές της. Η τελευταία αλλαγή επικεντρώνεται στο μετασχηματισμό των συγκριτικών κοινωνικών αξιών σε σχέση με τις «προνομιούχες» αξίες. Οι κρίσεις των κοινωνικών αξιών συχνά πραγματοποιούνται συγκρίνοντας ένα άτομο έναντι ενός υποτιθέμενου κοινωνικού μέσου όρου. Η αντίληψη της σωματικής διάπλασης ως «προνομιούχα» αξία ενισχύει τη σημασία των εναπομείναντων δυνατοτήτων αντί των πραγματικών λειτουργικών περιορισμών (Dutta and Kundu, 2007).

2.6. Το 'παράδοξο' της αναπηρίας

Η έρευνα (Freedman, 1978) έχει αποδείξει ότι άτομα με σωματικές και αισθητηριακές αναπηρίες εκφράζουν υψηλή ή ακόμη και εξαιρετικά υψηλή ποιότητα της ζωής και αυτό αναφέρεται ως 'παράδοξο' της αναπηρίας. Δηλαδή τα άτομα με αναπηρίες αλλάζουν το σύστημα αξιών τους και προσαρμόζουν την αξιολόγηση της επιτυχίας τους με βάση τις δικές τους ικανότητες. Αυτή η θεώρηση βασίζεται στην ιδέα ότι η πηγή της ευτυχίας και της ικανοποίησης των ατόμων με αναπηρίες είναι η ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τις δύσκολες καταστάσεις της ζωής. Ο Weinsberg (1988) βρήκε ότι τα άτομα που αποδέχονται την αναπηρία τους, είναι εκείνοι που τα καταφέρνουν στην επίτευξη των στόχων τους, ανεξάρτητα από την αναπηρία τους ή ακριβώς λόγω της αναπηρίας τους και παρά τις κοινωνικές τάσεις που θεωρούν την αναπηρία ως μια συνεχιζόμενη τραγωδία. Οι Albrecht και Devlieger, (1999) μελέτησαν επίσης το φαινόμενο αυτό και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με αναπηρίες είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν ικανοποίηση για την ποιότητα της ζωής τους, αν δεν υπάρχει πόνος, κούραση, αισθήματα απελπισίας και απώλειας ελέγχου που συνοδεύουν την αναπηρία. Πολλά άτομα με αναπηρίες που συμμετείχαν στην έρευνα τους, επεσήμαναν ότι

ήταν ακριβώς η εμπειρία της αναπηρίας που άλλαξε το σκοπό της ζωής τους, καθώς και το σύστημα αξιών τους. Οι συμμετέχοντες άλλαξαν τα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία έκριναν την επιτυχία τους. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής τους προήλθε από την ικανότητα να λειτουργούν σε συνθήκες που αυστηρά εξαρτώνται από το σώμα τους.

Κεφάλαιο 3. Κινητική αναπηρία

3.1. Ορισμός και μορφές κινητικής αναπηρίας

Ο πληρέστερος ορισμός, που αποδίδει την έννοια της κίνησης, την ορίζει ως τον τρόπο με τον οποίο ζούμε και εκφράζουμε την παρουσία μας στον κόσμο με το σώμα μας. Η κίνηση οργανώνεται από πολλά συστήματα του οργανισμού (νευρικό, μυϊκό, οστικό), τα οποία συνεργάζονται άριστα μεταξύ τους. Η κίνηση παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (δύναμη, ταχύτητα, αρμονία, επιτάχυνση), που μπορεί να παρουσιάζονται αλλοιωμένα, εν μέρει ή συνολικά, στο πλαίσιο μιας γενικότερης κλινικής εικόνας. Η κινητική αναπηρία είναι όρος ευρύς και περιλαμβάνει μειονεξίες, που προέρχονται από γενετικούς παράγοντες, ατυχήματα ή εξελικτικές νευρομυϊκές παθήσεις (Σπετσιώτης και Σταθόπουλος, 2003).

Οι κινητικές αναπηρίες επηρεάζουν την φυσιολογική κίνηση του ατόμου δυσχεραίνοντας, ανάλογα με την σοβαρότητα, τις λειτουργικές δραστηριότητες της καθημερινότητας και τη γενικότερη ποιότητα της ζωής του. Υπάρχει σημαντική ανομοιομορφία μεταξύ των ατόμων που χαρακτηρίζονται ως άτομα με κινητική αναπηρία τόσο ως προς τα αίτια της αναπηρίας όσο και ως προς τις ειδικές εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Η ίδια πάθηση μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικού τύπου εκπαιδευτικές ανάγκες (Grabe, 2003). Οι κυριότεροι τύποι κινητικών αναπηριών που συναντώνται είναι οι εξής:

α) Εγκεφαλική παράλυση (ΕΠ)

Η εγκεφαλική παράλυση ανήκει στις νευρολογικές διαταραχές, οι οποίες οφείλονται σε βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Είναι η πιο κοινή αλλά και η πιο περίπλοκη διαταραχή. Η συχνότητά της υπολογίζεται σε 1-2 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα του γενικού πληθυσμού (Γαροφαλίδης, 1965; Χαρτοφυλακίδης, 1981). Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για την ΕΠ. Εν συνεχεία, αναφέρονται δύο από αυτούς:

- Η ΕΠ θεωρείται μια μόνιμη αλλά μεταβλητή διαταραχή της κινητικότητας και των στάσεων του σώματος, που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων ζωής και οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη με δυσμενή επίδραση στη διαμόρφωση του ατόμου κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του. Ο όρος ‘μόνιμη διαταραχή’ υποδηλώνει ότι η ανώμαλη βλάβη και λειτουργία του εγκεφάλου παραμένουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Ο όρος ‘μεταβλητή διαταραχή’ σημαίνει ότι μπορούν να επέλθουν σημαντικές αλλαγές στην κινητικότητα του ατόμου λόγω ωρίμανσης, εκπαίδευσης αλλά και θεραπείας (Little club, 1959).
- Η ΕΠ είναι ομάδα συνδρόμων με κύριο χαρακτηριστικό την κινητική αναπηρία που οφείλεται σε μια μη προϊούσα βλάβη στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο (Παπαβασιλείου και Παντελιάδης, 2002).

Χωρίς να υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την εγκεφαλική παράλυση τα εξής δύο στοιχεία είναι κοινά σε όλους τους ορισμούς: α) η ύπαρξη βλάβης στα εγκεφαλικά κέντρα που είναι υπεύθυνα για τον έλεγχο της κίνησης και β) η ύπαρξη κινητικών διαταραχών. Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι η εγκεφαλική παράλυση είναι μια διαταραχή των κινητικών λειτουργιών του σώματος λόγω ελλειπών ανάπτυξης των κινητικών περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν, ελέγχουν και συντονίζουν τις κινήσεις για να υπάρχει μια ομαλή και συγχρονισμένη στάση και κίνηση του σώματος. Η βλάβη στα κινητικά κέντρα του εγκεφάλου

είναι δυνατόν να επισυμβεί κατά την ενδομήτρια ανάπτυξη, τον τοκετό και μετά τον τοκετό, και να οφείλεται -μεταξύ άλλων- και στους παρακάτω παράγοντες:

1. Κληρονομικότητα: χωρίς να είναι κληρονομική με την αυστηρή έννοια του όρου εμφανίζεται συχνότερα σε οικογένειες με βεβαρυμμένο ιστορικό νευρολογικών διαταραχών, ενώ σχετίζεται ακόμη με πολλαπλές κυήσεις και πρόωρο τοκετό, παράγοντες που συχνά συνδέονται με εγκεφαλική παράλυση.
2. Επίκτητοι προγεννητικοί παράγοντες: ενδομήτριες λοιμώξεις (ερυθρά, σύφιλη, ηπατίτιδα, ενδομήτρια ασφυξία λόγω ανοξίας, αναιμίας, παρατεταμένης εγκυμοσύνης, ενδομήτρια αιμορραγία λόγω τραυματισμών, τοξιναιμίας, διαταραχές μεταβολισμού της εγκύου υπερβολική ή παρατεταμένη έκθεσή της σε ακτινοβολία, κακή διατροφή κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ κ.ά.)
3. Περιγεννητικοί παράγοντες: περιγεννητική ασφυξία, ανοξαιμία του εγκεφάλου. Η ανοξία κατά τον τοκετό, είναι η συχνότερη αιτία Εγκεφαλικής Παράλυσης. Τα πρόωρα παιδιά, έχουν αυξημένες πιθανότητες να πάθουν Εγκεφαλική Παράλυση. Υπολογίζεται ότι το 5% των περιστατικών εγκεφαλικής παραλύσεως οφείλεται σε βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος κατά τον τοκετό.
4. Μεταγεννητικοί παράγοντες: νεογνικός ίκτερος, ατυχήματα, ακτινοβολία, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, νεοπλάσματα, δηλητηριάσεις, ανοξία κ.ά. (Graham, 1993; National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2002).

Με τον όρο "εγκεφαλική παράλυση" αναφερόμαστε σε μια ομάδα ατόμων με ποικίλα και διαφορετικά χαρακτηριστικά, τόσο από πλευράς κινητικότητας όσο και από πλευράς νοητικών και άλλων λειτουργιών. Η ταξινόμησή τους σε ομοιογενείς ομάδες γίνεται α) με βάση την ανατομική θέση και β) το είδος της νευρομυϊκής διαταραχής ως εξής:

α) Με βάση την ανατομική θέση:

- Ημιπληγία: όταν έχει προσβληθεί η μία μόνο πλευρά του σώματος (δεξιά ή αριστερή). Είναι σπαστικού κυρίως τύπου.
- Παραπληγία: προσβολή των κάτω κυρίως άκρων. Δεν παρατηρείται συχνά στην εγκεφαλική παράλυση.
- Μονοπληγία: προσβολή ενός μέλους (ενός κάτω άκρου συνήθως). Συμβαίνει σπάνια και εξελίσσεται σε ημιπληγία.
- Τριπληγία: προσβολή τριών άκρων (των δύο κάτω και ενός εκ των άνω). Συμβαίνει σπάνια.
- Τετραπληγία: όταν έχει προσβληθεί όλο το σώμα. Σε σπαστικές μορφές τα άνω άκρα έχουν προσβληθεί εξίσου με τα κάτω, ενώ στις αθετωσικές ο κορμός και τα άνω άκρα προσβάλλονται περισσότερο.
- Διπληγία: προσβολή άνω και κάτω άκρων αλλά πιο έντονα στα κάτω.
- Διπλή ημιπληγία: προσβολή των άνω και κάτω άκρων αλλά εντονότερα των άνω (Heward, 2011).

β) Με βάση το είδος της νευρομυϊκής διαταραχής (διαταραχής μυϊκού τόνου):

- Σπαστικότητα: Κύριο χαρακτηριστικό του μυϊκού τόνου είναι η υπερτονία. Οι μύες που συμμετέχουν σε μία κίνηση συσπώνται βίαια και ακούσια με αποτέλεσμα η κίνηση να είναι ασυγχρόνιστη. Οι σπαστικοί μύες είναι πιο αδύναμοι και αργοί από τους φυσιολογικούς, αντιδρούν έντονα στα ερεθίσματα και κουράζονται πολύ γρήγορα. Στην σπαστικότητα παρατηρείται και αυξημένη αντίσταση των μυών στην παθητική κίνηση

λόγω υπερενέργειας του μυοτατικού αντανακλαστικού. Η αντίσταση συμβαίνει στην αρχή της παθητικής κίνησης και μετά ακολουθεί απότομη χαλάρωση (φαινόμενο σουγιά). Η σπαστικότητα προσβάλλει πιο έντονα ορισμένους μύες, τους ονομαζόμενους αντιβαρικούς, δηλαδή τους μύες που δρουν κατά της βαρύτητας (καμπτήρες στα άνω άκρα κι εκτείνοντες στα κάτω άκρα) προκαλώντας χαρακτηριστικές στάσεις. Τα παθολογικά πρότυπα κινήσεων και στάσεων προκαλούν παραμορφώσεις στην σπονδυλική στήλη (σκολίωση, κύφωση), στα ισχία, τα γόνατα και τις ποδοκνημικές. Οι σπαστικοί μύες παρουσιάζουν μυϊκή αδυναμία και μικρό εύρος τροχιάς στις αρθρώσεις. Ο βαθμός της σπαστικότητας εξαρτάται επίσης και από τις συνθήκες του περιβάλλοντος και την ψυχολογική φόρτιση του ατόμου.

- Αθέτωση: Χαρακτηρίζεται από βραδείες και ανεξέλεγκτες συστροφικές και σπασμωδικές κινήσεις, επαναλαμβανόμενες με ασυντόνιστο ρυθμό. Προσβάλλει όλο σχεδόν το μυϊκό σύστημα, εντονότερα όμως το πρόσωπο, τον καρπό και τα δάκτυλα. Οι χαρακτηριστικές κινήσεις αυξάνουν με την εκούσια κίνηση και την ψυχολογική φόρτιση. Ο μυϊκός τόνος παρουσιάζει διακυμάνσεις από την υποτονία έως το φυσιολογικό. Στην αθέτωση δεν εμφανίζονται παραμορφώσεις, ωστόσο μπορεί να παρουσιαστούν υπεξαρθρήματα στους ώμους και τα δάκτυλα.
- Αταξία: Χαρακτηρίζεται από έλλειψη συνεργασίας των μυών καθώς και γενική υποτονία. Διακρίνεται σε στατική και κινητική. Η μεν στατική αφορά στη συνεργία των μυών στάσης και ισορροπίας, η δε κινητική των μυών που συμμετέχουν στις κινήσεις.
- Υποτονία: Είναι γενική και μεγάλου βαθμού και οφείλεται σε χαμηλή τάση των μυών. Παρατηρείται δυσκολία στην έναρξη των κινήσεων, δεν υπάρχει αντίδραση στα εξωτερικά ερεθίσματα και καμία προσπάθεια για κίνηση. Συχνά συνοδεύεται από νοητική καθυστέρηση, μικροκεφαλία και άλλες διαταραχές.
- Δυσκαμψία: Αποτελεί έντονη σπαστικότητα σε όλα σχεδόν τα μέλη. Διαγιγνώσκεται από τις πρώτες εβδομάδες, ενώ επίσης σχετίζεται με μικρή περίμετρο κεφαλής και μεγάλη δυσκαμψία. Χαρακτηριστική είναι ακόμη η έλλειψη αντίδρασης σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Μπορεί να συνοδεύεται από νοητική καθυστέρηση και άλλες διαταραχές.
- Τρόμος: Χαρακτηρίζεται από ακούσιες ρυθμικές κινήσεις (διαδοχική σύσπαση και χαλάρωση ανταγωνιζόμενων μυών) όταν το άτομο κινείται εκούσια ή ακόμα κι όταν δεν κινείται.

Εκτός από τις περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν υπάρχουν και οι μικτές μορφές, όπως για παράδειγμα ο συνδυασμός αθέτωσης και σπαστικότητας, σπαστικότητας και αταξίας κ.ά (Παπαβασιλείου και Παντελιάδης, 2002).

β) Νευρομυϊκές παθήσεις

Οι νευρομυϊκές παθήσεις είναι μια ομάδα διαταραχών που ταξινομούνται ανάλογα με την πορεία της πάθησης. Πρόκειται για διαταραχές που συμβαίνουν στην κινητική μονάδα (κινητικός νευρώνας εγκεφαλικού στελέχους, νευράξονας, νευρομυϊκή σύναψη, μυϊκές ίνες) και προκαλούν εκφύλιση των μυϊκών ινών (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004). Η μυϊκή δυστροφία είναι η πιο συνηθισμένη μυοπάθεια, και χαρακτηρίζεται από εκφυλισμό των μυϊκών ινών. Υπάρχουν διάφοροι τύποι οι οποίοι εκδηλώνονται μόνο σε ορισμένους μύες, μόνο στους άνδρες, στις γυναίκες ή και στα δύο φύλα αδιακρίτως. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι είναι η κακοήθης μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne και η μυϊκή δυστροφία τύπου Becker.

Η μυϊκή δυστροφία Duchenne είναι η πιο συχνή μορφή που εμφανίζεται στο 2ο έτος και χαρακτηρίζεται από ταχεία εξέλιξη. Στατιστικά στα 100.000 νεογέννητα αγόρια τα 20-30 πάσχουν από τη νόσο, η οποία κληρονομείται από το X χρωμόσωμα. Χαρακτηριστικά της νόσου είναι η μυοπαθητική ανέγερση (το παιδί για να σηκωθεί από το έδαφος χρησιμοποιεί τα χέρια του, λόγω αδυναμίας των μυών της λεκάνης), το νήσσειο βάδισμα, η λόρδωση, η ψευδουπερτροφία του γαστροκνήμιου, η λέπτυνση των μακρών οστών, η κυφοσκολίωση και η μυοκαρδιοπάθεια. Στην αρχή προσβάλλονται οι μυς της λεκάνης και των κάτω άκρων, καθιστώντας δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, αδύνατες. Μετά από 4-5 χρόνια προσβάλλονται οι μυς των άνω άκρων και το άτομο καθηλώνεται σε αμαξίδιο. Στα τελικά στάδια ο ασθενής είναι αδύνατο να καθίσει ακόμα και στο αμαξίδιο. Ο θάνατος επέρχεται γύρω στα 20-25 έτη λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων.

Η μυϊκή δυστροφία τύπου Becker προσβάλλει κι αυτή τα αγόρια αλλά εκδηλώνεται αργότερα, προς το τέλος της εφηβείας και μέχρι 20 ετών. Τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τη Duchenne αλλά σε μικρότερο βαθμό. Η μυϊκή δυστροφία είναι κληρονομική. Σήμερα, μέσω της εξέτασης του DNA είναι δυνατή η άμεση και έγκαιρη διάγνωση και ως ένα βαθμό πρόληψή της. Θεραπεία ακόμη δεν υπάρχει.

Τα άτομα με μυϊκή δυστροφία αντιμετωπίζουν τεράστιες δυσκολίες σε όλους τους τομείς της ανάπτυξής τους. Η σχολική εργασία απαιτεί μεγάλη προσπάθεια από μέρους τους και, επιπλέον, κουράζονται γρήγορα. Η κινητικότητα είναι από περιορισμένη έως τελείως αδύνατη, ενώ για τις καθημερινές λειτουργίες τους έχουν ανάγκη συνεχούς στήριξης και βοήθειας (Αγγελοπούλου- Σακαντάμη, 2004).

γ) Δισχιδής ράχη

Η δισχιδής ράχη (spina bifida) είναι μια άλλη νευρολογική διαταραχή. Οφείλεται σε εγγενή ανωμαλία της σπονδυλικής στήλης, η οποία κατά την εμβρυϊκή περίοδο σε κάποιο σημείο της παρουσιάζει ατελή ανάπτυξη (οι σπόνδυλοι δεν κλείνουν τελείως) με αποτέλεσμα να προσβάλλεται ο νωτιαίος μυελός και να προκαλούνται διάφορες διαταραχές. Αιτίες για την πρόκληση της διαταραχής αυτής είναι η κακή διατροφή της εγκύου, η κατανάλωση φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης, η έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες λόγω ασθένειας κ.λπ. Υπάρχει μια πιθανή γενετική προδιάθεση καθώς το δεύτερο παιδί της οικογένειας έχει 50 % πιθανότητα να υποστεί επίσης τη διαταραχή. Η δισχιδής ράχη διακρίνεται στην απόκρυφη ή κλειστή δισχιδή ράχη, τη μηνιγγοκήλη και τη μυελομηνιγγοκήλη. Η απόκρυφη ή κλειστή δισχιδής ράχη δεν δημιουργεί αισθητικοκινητικά προβλήματα και μπορεί να προκαλέσει πόνο στην οσφυϊκή μοίρα. Η μηνιγγοκήλη οφείλεται στην πρόπτωση των μηνίγγων και προκαλείται από άνοιγμα των τόξων των σπονδύλων. Στο σημείο της βλάβης παρατηρείται μικρή κύστη με υγρό που δεν περιέχει όμως νευρικό ιστό. Αντίθετα, στη μυελομηνιγγοκήλη από το σημείο της βλάβης και κάτω δεν αναπτύσσεται πλέον ο νωτιαίος μυελός, προκαλώντας σοβαρές επιπλοκές στις περιοχές του σώματος που νερώνονται από τα μέρη αυτά του μυελού. Η δισχιδής ράχη (κυρίως η μυελομηνιγγίτιδα) συνοδεύεται από τις εξής διαταραχές: προβλήματα ελέγχου της ουροδόχου και των σφιγκτήρων (ακράτεια), ποικιλία παραμορφώσεων και παράλυση των κάτω άκρων, διάσπαση προσοχής και μαθησιακά προβλήματα, αντιληπτικές διαταραχές (αντίληψη χώρου, μεγεθών κ.ά.), διαταραχές του λόγου (κατανόηση εννοιών, φτωχό λεξιλόγιο κ.ά.). Η μυελομηνιγγίτιδα συχνά συνοδεύεται κι από υδροκεφαλία (Sherrill, 1998).

δ) Κακώσεις νωτιαίου μυελού

Οι κακώσεις στο νωτιαίο μυελό ανάλογα με το μέγεθος της βλάβης μπορεί να προκαλέσουν μυϊκή παράλυση και απώλεια αισθητικότητας. Συγκεκριμένα οι επιπτώσεις της κάκωσης κυμαίνονται από μυϊκή αδυναμία ενός άκρου έως την απώλεια κίνησης και αισθητικότητας από τον αυχένα και κάτω με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Οι πιο συχνές αιτίες τραυματισμού είναι τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Άλλες αιτίες είναι οι πτώσεις, τα αθλητικά ατυχήματα, οι επιθετικές ενέργειες ή η παιδική κακοποίηση. Η κάκωση μπορεί να προκαλέσει κάταγμα ή μετακίνηση των σπονδύλων με αποτέλεσμα την συμπίεση, το σχίσιμο ή την τομή του νωτιαίου μυελού. Η σπονδυλική στήλη είναι ασταθής και κάθε περαιτέρω κίνηση μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετη βλάβη. Το οίδημα που δημιουργείται επιφέρει περαιτέρω πίεση και μπορεί να εμφανιστεί νωτιαίο σοκ, το οποίο προκαλεί πρόσκαιρη απώλεια των αντανακλαστικών. Ως αποτέλεσμα του τραυματισμού, υφίσταται διαταραχή ή διακοπή των νευρικών ερεθισμάτων από και προς την περιφέρεια και το κέντρο, είτε για σύσπαση των μυών, είτε για μεταφορά των αισθητηριακών πληροφοριών στον εγκέφαλο. Η βλάβη στο νωτιαίο μυελό μπορεί να είναι τέλεια ή ατελής. Οι επιπτώσεις της βλάβης εξαρτώνται από δύο παράγοντες: α) το επίπεδο του τραυματισμού και β) το είδος του τραυματισμού.

Όταν ο τραυματισμός συμβεί στην αυχενική ή την ανώτερη θωρακική μοίρα επηρεάζονται ο κορμός τα άνω και κάτω άκρα (τετραπληγία). Σε αυτήν την περίπτωση η λειτουργικότητα των χεριών εξαρτάται από το επίπεδο και το μέγεθος της βλάβης του νωτιαίου μυελού. Όταν ο τραυματισμός αφορά την θωρακική μοίρα και κάτω τότε επηρεάζονται ο κορμός και τα κάτω άκρα. Από το επίπεδο του τραυματισμού και κάτω υφίστανται ακόμη τα ακούσια αντανακλαστικά, διότι δεν ελέγχονται από τον εγκέφαλο, αφού έχει διακοπεί η επικοινωνία. Μόνο όταν η βλάβη προκληθεί στο κατώτερο τμήμα του νωτιαίου μυελού, τα αντανακλαστικά αυτά απουσιάζουν τελείως (Lockette and Keyes, 1994).

ε) Ακρωτηριασμοί

Ακρωτηριασμός είναι η αφαίρεση τμήματος ή όλου ενός ή και περισσότερων άκρων του σώματος. Οι ακρωτηριασμοί μπορεί να είναι εκ γενετής ή επίκτητοι και να οφείλονται σε τραυματισμό ή ασθένεια. Οι εκ γενετής είναι αποτέλεσμα διορθωτικής επέμβασης σε παραμορφωμένα άκρα. Οι δύο μεγάλες κατηγορίες βλαβών των άκρων είναι η τερματική και η ενδιάμεση βλάβη. Στην τερματική βλάβη η διαταραχή υπάρχει από ένα σημείο του άκρου και κάτω. Στην ενδιάμεση βλάβη η διαταραχή υπάρχει στο μεσαίο τμήμα του άκρου (το τμήμα απουσιάζει ή είναι ελαττωματικό), ενώ υπάρχει αρχή και τέλος αυτού. Όταν υπάρχει ένα μέρος του άκρου αναφερόμαστε στην ημιμέλεια, όταν απουσιάζει το άκρο αναφερόμαστε στην αμελία και όταν το άκρο φαίνεται να είναι προσκολλημένο στον κορμό χωρίς να υπάρχει το υπόλοιπο μέλος, αναφερόμαστε στη φωκομέλεια. Η επίκτητη διαταραχή στα άκρα προκαλείται κατά 70% από τραυματισμό. Πιο συχνά τραυματίζονται οι άνδρες στα κάτω άκρα (κάτω από το γόνατο). Οι υπόλοιπες αιτιολογίες αναφέρονται σε καρκίνο, εγκαύματα, αγγειακά προβλήματα, μολύνσεις. Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία ακρωτηριασμού στα κάτω άκρα στα παιδιά άνω των 10 ετών (Λαμπίρης, 2003).

3.2. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με κινητική αναπηρία

Η προσωπικότητα των αναπήρων καθώς και η σημασία που έχει η αναπηρία για τον ίδιο τον ανάπηρο ασκούν μεγάλη επιρροή στον τρόπο που εσωτερικεύει την αναπηρία του. Κατά την

Jansen (1975), οι στάσεις των αναπήρων μπορεί να είναι συναισθηματικά ενταγμένες, δηλαδή να χαρακτηρίζονται από αποδοχή του προβλήματος και ορθολογική επεξεργασία του, αμφιθυμικές με μικτά συναισθήματα γι' αυτήν και μη ενταγμένες με ανορθολογική επεξεργασία, τραυματικά συναισθηματικό πλαίσιο και με δυσκολία στην αποδοχή του. Ακόμη, ο Adler, υποστηρίζει ότι οι ανάπηροι, εξαιτίας της λειτουργικής τους ανεπάρκειας, τείνουν να έχουν έντονα αισθήματα κατωτερότητας. Το κάθε άτομο αντιδρά ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο ζει, με απελπισία ή συμψηφισμό, υιοθέτηση δηλαδή μιας κοινωνικά επιθυμητής συμπεριφοράς προς κάλυψη μιας προσωπικής αδυναμίας ή βλάβης. Στην προσπάθειά τους να χειριστούν το αίσθημα αυτό της κατωτερότητας, οι ανάπηροι τείνουν να:

- α) εμφανίζουν έντονες νευρωτικές αντιδράσεις (φόβο, απάθεια, εγωισμό, επιθετικότητα, μελαγχολία κ.λπ.) ή να
- β) προσπαθούν να συμψηφίσουν τις ελλείψεις τους με μία υπερ-απόδοση που μπορεί να οδηγήσει σε έναν πιο μεγάλο συμβιβασμό (Ζωνίου-Σιδέρη, 1998).

Από την πλευρά της κοινωνικής ψυχολογίας ο Barker (1946), θεωρεί ότι η θέση των αναπήρων στην κοινωνία είναι η ίδια με αυτή των μη προνομιούχων εθνικών ή θρησκευτικών μειονοτήτων. Οδηγείται σ' αυτό το συμπέρασμα γιατί ο δικός του ορισμός για τις μειονότητες ταιριάζει και στους αναπήρους. Έτσι, όπως οι μειονότητες αποτελούν μη προνομιούχες ομάδες που αντιμετωπίζουν συνεχώς τις κοινωνικές προκαταλήψεις, αντίστοιχα και οι ανάπηροι συνιστούν μια ψυχολογικά ανομοιογενή ομάδα της οποίας οι ψυχικές μεταπτώσεις εξαρτώνται άμεσα από το περιβάλλον.

Εάν όμως για την ερμηνεία της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας των αναπήρων λάβουμε υπόψη τον περίγυρό του, τότε θα λέγαμε ότι η αντίληψη του αναπήρου για τον εαυτό του επηρεάζεται από τη στάση και τη συμπεριφορά των ανθρώπων που τον περιβάλλουν. Μεγάλη επιρροή ασκεί η στάση του περίγυρού τους και ιδιαίτερα της οικογένειας. Οι Allen και Pearson (1928) καθώς και αρκετοί άλλοι συγγραφείς (Barker, 1946; Thurston, 1959) τονίζουν τη σπουδαιότητα της στάσης των γονέων απέναντι στα ανάπηρα παιδιά τους για τον τρόπο με τον οποίο τα ίδια θα αντιμετωπίσουν τη μειονεξία τους. Οι Allen και Pearson διακρίνουν τρεις διαφορετικές στάσεις που υιοθετούν οι γονείς απέναντι στα ανάπηρα παιδιά τους: την ασταθή συμπεριφορά, την ανοιχτή απόρριψη και την υπερπροστατευτική συμπεριφορά. Η υπερπροστασία είναι πολύ πιο συνηθισμένη στάση των γονέων στη διαπαιδαγώγηση του ανάπηρου παιδιού σε σχέση με την ανοιχτή απόρριψη. Για τον Kanner, ο χρόνος εμφάνισης της αναπηρίας παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του αναπήρου (Kanner, 1967) ενώ, αντίθετα, η Jansen (1975), δεν θεωρεί ότι το είδος, ο βαθμός και ο χρόνος εμφάνισης της αναπηρίας μπορούν να επηρεάσουν την προσωπικότητά του.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου απέναντι στην αναπηρία του χαρακτηρίζονται ως ένα κράμα αντιφατικών συναισθημάτων και ως μια αμφίρροπη συγκρουσιακή διαχείριση της ανάγκης του «εγώ» να ολοκληρωθεί και της έλλειψης που επιφέρει το πρόβλημα. Οι επιλογές του αναπήρου είναι διπολικές: είτε συμπληρώνει με εξαγνιστικό τρόπο τις ανεπάρκειες της αναπηρίας, είτε φέρνει στα άκρα την αντίθεση δημιουργώντας ένα εκρηκτικό μίγμα οργής, άρνησης και σε πολλές περιπτώσεις εξιδανίκευσης του ημιτελούς εαυτού. Η ακρωτηριασμένη αυτοεικόνα θα συμπληρωθεί από την παρουσία υπερπροστατευτικών γονέων ή θα εξωτερικευτεί με την άρνηση του προβλήματος και την υιοθέτηση τρόπων ζωής και δραστηριοτήτων που δεν συνάδουν με τους περιορισμούς της αναπηρίας. Επιτυχής διαχείριση των συγκρούσεων θα οδηγήσει στην ανάληψη ευθυνών και στην ενασχόληση με άλλες

δράσεις, που δεν εμποδίζονται από το σωματικό πρόβλημα (π.χ. ζωγραφική, ποίηση κ.λπ.). Αντίθετα, εφόσον υπερισχύσουν τα αρνητικά συναισθήματα, το ανάπηρο άτομο θα οδηγηθεί σ' ένα φαύλο κύκλο απόσυρσης, μεμψιμοιρίας, μοιρολατρίας και θα συνθέσει σταδιακά ένα δύστροπο χαρακτήρα, που δύσκολα θα προσαρμοστεί κοινωνικά και θα θέσει εν αμφιβόλω την εξελικτική ανάπτυξη του εγώ. Τα δευτερογενή οφέλη που προκύπτουν από την αναπηρία, διαμορφώνουν, επίσης, τις αιτιακές αναπαραστάσεις των ατόμων αυτών. Ειδικότερα, υπέρμετρη γίνεται η τάση να αποδίδουν τα πάντα στην αναπηρία και να δικαιολογούν τη μειονεξία τους σε κάθε τομέα. Η σωματική αναπηρία, επειδή είναι εμφανής, προσδιορίζει τις σχέσεις με τους άλλους και ενίοτε πλαισιώνει ένα υπερτροφικό υπερεγώ, που συστηματικά ερμηνεύει κάθε προσέγγιση ως οίκτο και το πηγαίο ενδιαφέρον ως αδιάκριτη εισβολή σε έναν ιδιωτικό κόσμο, όπου λίγοι έχουν πρόσβαση. Η κοινωνική σύγκριση επιτείνεται, όταν υπάρχουν φυσιολογικά αδέλφια, τα οποία δεν μπορούν να συναγωνιστούν το ανάπηρο άτομο. Τα άτομα με κινητικές αναπηρίες είναι υπερευαίσθητα και αποκτούν την ικανότητα να καταλαβαίνουν κάθε απόχρωση συναισθήματος. Η δεξιότητα όμως αυτή πολλές φορές εξυπηρετεί την ενίσχυση του δυσλειτουργικού εγώ, που ως αντάλλαγμα από τη ζωή ζητά μόνο την απαλλαγή από την αναπηρία (Παπάνης, Γιαβρίμης και Βίκη, 2009).

Βασικό μέλημα κάθε ψυχολογικής στήριξης είναι η αποδοχή του εαυτού και η συνειδητοποίηση των ορίων του: το ανάπηρο άτομο δεν μπορεί να αποποιηθεί των ευθυνών του εξαιτίας του προβλήματός του, αλλά οφείλει να δράσει, ώστε να γίνει αποδεκτό. Η αναπηρία δεν μπορεί να αποδοθεί ούτε στο ίδιο, αλλά ούτε και στους άλλους. Αντίθετα, εξυπηρετεί κάποιους σκοπούς, τους οποίους το ανάπηρο άτομο καλείται να ανακαλύψει. Η ενέργεια που αναλώνεται συνήθως σε ναρκισσιστικές ενορμήσεις πρέπει να διοχετευτεί δημιουργικά. Το δειλό εγώ, του οποίου η αυτοεκτίμηση είναι αμυντική και το προστατεύει με συγκεκαλυμμένη επιθετικότητα, πρέπει να αναδιπλωθεί και με αναστοχαστική διάθεση να στραφεί προς τον άλλο. Ο ιδεατός εαυτός θα αναπροσαρμοστεί και το χαμένο ή ανάπηρο μέλος του σώματος θα αντικατασταθεί από φιλοδοξίες και στόχους ρεαλιστικούς. Οι γονείς που συνήθως αυτοπαγιδεύονται σε δύο ακραίες προσεγγίσεις, της υπερπροστατευτικότητας ή της αποφυγής, οφείλουν, έχοντας απαλλαγή από τα αισθήματα ενοχής ή ανεπάρκειας και αφού μετριάσουν τις ανυπόστατες προσδοκίες τους, να χαράξουν τον δρόμο του ρεαλισμού για το παιδί τους (Dale, 2000).

Η κινητική αναπηρία μπορεί να κρύβει έναν ταλαντούχο νου, ο οποίος, μόλις ανακαλύψει το «μονοπάτι» που οδηγεί μακριά από τις αγκυλώσεις του προβλήματος, μπορεί να πορευτεί σε στάδια προσωπικής ολοκλήρωσης, τα οποία δεν θα ήταν εφικτά, εάν δεν υπήρχε η σωματική αναπηρία. Δεν πρέπει να αγνοηθεί το γεγονός ότι η κοινωνία πρόσφατα μόνο απαξίωσε τους εκατοντάδες Καιάδες που δημιούργησε και ακόμα και σήμερα υποκριτικά μόνο κάνει λόγο για τα δικαιώματα των ατόμων με κινητικές αναπηρίες. Το ανάπηρο άτομο έχει να διαβεί τον προσωπικό Γολγοθά, που ενσαρκώνεται από την έλλειψη προσβασιμότητας και την αδιαφορία των συνανθρώπων του. Ο αγώνας του για προσωπική και κοινωνική ταυτότητα είναι διηνεκής και λαξευμένος με εμπόδια. Τα περισσότερα από αυτά τα άτομα αυτοκαταδικάζονται μέσα από καθηλώσεις και παλινδρομήσεις σε στάδια κατά τα οποία η αναπηρία δεν υφίστατο ή παραπαίουν ανάμεσα σε ένα δυνητικό εαυτό και σε ένα καταρρακωμένο εγώ. Οι κλυδωνισμοί της σύγκρουσης είναι πολλοί, αλλά η άρση τους και η υπέρβασή τους οδηγούν στην αυταξία και την κοινωνική αναγνώριση (Παπάνης, Γιαβρίμης και Βίκη, 2009).

Κεφάλαιο 4. Ακουστική αναπηρία

4.1. Ορισμός των προβλημάτων ακοής

Η ακοή είναι η κατ' εξοχήν αίσθηση της επικοινωνίας όλων των ανθρώπων μεταξύ τους, καθώς και με το φυσικό περιβάλλον. Οι ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί για να προσδιορίσουν τις διαταραχές της ακοής διαφέρουν τόσο, όσο και η σημασία που αποδίδεται σε έναν ήχο από δύο ή περισσότερους ανθρώπους. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία δύο είναι οι κυριότερες διαταραχές της ακοής: η βαρηκοΐα και η κώφωση, που αλλοιώνουν την ποιότητα και την ένταση της ηχητικής αντίληψης (Κρουσταλάκης, 2005).

Η βαρηκοΐα είναι η απώλεια της ικανότητας του ατόμου να ακούει φυσιολογικά. Είναι μια σοβαρή αναπηρία που συνδέεται απόλυτα με την παιδική ηλικία και την ανάπτυξη της ομιλίας. Ωστόσο, το βαρήκοο άτομο μαθαίνει τη γλώσσα, όπως και το ακούν με αποτέλεσμα να μπορεί να χρησιμοποιεί την ομιλία για επικοινωνία. Ειδικότερα, οι βαρήκοοι με επίπονη προσπάθεια και κατάλληλη εκπαίδευση καταφέρνουν να αποδώσουν τον έναρθρο λόγο σε κάποιο βαθμό. Η ακουστική τους βλάβη κυμαίνεται από 25-69 db. (Κουρμπέτης, 2007). Η βαρηκοΐα εμφανίζεται σε όλες της ηλικίες και επεμβαίνει σημαντικά σε όλες τις παραμέτρους της καθημερινής ζωής. Ειδικότερα, στα παιδιά προκαλεί σημαντική καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου καθώς και σοβαρές διαταραχές στις διαδικασίες της μάθησης. Στους ενήλικες προξενεί προβλήματα επαγγελματικής αποκατάστασης, ενώ τα άτομα τρίτης ηλικίας οδηγούνται στην περιθωριοποίηση και την απόσυρση (Τζουνάκος, 2003).

Η κώφωση αφορά την καθολική απώλεια της ακοής εκ γενετής ή επίκτητη, μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Κωφό θεωρείται το άτομο που δεν αντιλαμβάνεται την ομιλία με την ακοή. Χρησιμοποιεί κυρίως την όραση για να αντιληφθεί τους συνομιλητές του μέσω της χειλοανάγνωσης, της νοηματικής γλώσσας ή της γραπτής γλώσσας. Μπορεί να φοράει ακουστικά ή όχι. Η ακουστική βλάβη κυμαίνεται από 70db. και άνω (Λαμπροπούλου, 1999).

Η ταξινόμηση των προβλημάτων ακοής γίνεται βάση των παρακάτω κριτηρίων:

- α) *Βαθμός απώλειας ακοής*: Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτουν διαφορετικά συστήματα ταξινόμησης σε σχέση με το βαθμό της ακουστικής απώλειας της ακοής, μεταξύ παιδιών και ενηλίκων, διότι τα ακουολογικά κριτήρια για τα παιδιά είναι περισσότερο αυστηρά. Αυτό συμβαίνει γιατί τα παιδιά βρίσκονται στην περίοδο ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας και οι ακουστικές ανάγκες είναι ιδιαίτερα αυξημένες. Αντιθέτως, οι ενήλικες έχουν αναπτύξει τη γλώσσα και μπορούν με ελλειμματική ακοή να κατανοήσουν γλωσσικά μηνύματα και να συμπληρώσουν τα κενά τους.
- β) *Παθολογία του αυτιού*: συγκεκριμένη οργανική βλάβη που ευθύνεται για την απώλεια ακοής και διακρίνεται στις εξής κατηγορίες: νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα/κώφωση, βαρηκοΐα αγωγιμότητας, μικτή βαρηκοΐα/κώφωση και κεντρική ακουστική δυσλειτουργία.
- γ) *Χρόνος έναρξης της απώλειας ακοής*: βαρύτητα δίνεται στη διάκριση μεταξύ εκ γενετής ή επίκτητης βαρηκοΐας /κώφωσης. Η εκ γενετής βαρηκοΐα/κώφωση υπάρχει από τη γέννηση του ατόμου και προκλήθηκε από βλάβες των οργάνων της ακοής κατά την ενδομήτρια ζωή του νεογνού ή κατά τον τοκετό. Η επίκτητη βαρηκοΐα/κώφωση οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και εμφανίστηκε μετά τη γέννηση του ατόμου.

- δ) *Κληρονομικότητα*: η κληρονομική κώφωση είναι αμφοτερόπλευρη, πολύ σοβαρή νευροαισθητηριακή απώλεια ακοής, μη αναστρέψιμη και εμφανίζεται στα πρώτα στάδια της ζωής.
- ε) *Εξελικτική πορεία απώλειας της ακοής*: διακρίνεται σε σταθερή βαρηκοΐα και προοδευτική βαρηκοΐα.
- στ) *Γλωσσική ανάπτυξη*: διακρίνεται σε προγλωσσική βαρηκοΐα/κώφωση (πριν το 3^ο έτος) η οποία εμφανίζεται πριν την ανάπτυξη της γλώσσας και σε μεταγλωσσική βαρηκοΐα/κώφωση, η οποία εμφανίζεται ενώ το άτομο έχει αρχίσει να μιλάει (Moores, 2007).

4.2. Αιτίες των προβλημάτων ακοής

Η ακουστική απώλεια μπορεί να επηρεάσει τη γλωσσική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των ατόμων- ειδικά την ανάπτυξη της γραφής και της ανάγνωσης. Επίσης η ακουστική απώλεια μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη της ομιλίας, όταν είναι τόσο μεγάλη ώστε να εμποδίζει το άτομο να ακούει την ομιλία που χρησιμοποιούν οι άλλοι ή όταν προσλαμβάνει την ομιλία μερικώς με παραμόρφωση. Η ακουστική απώλεια μπορεί να οφείλεται σε προγεννητικά, περιγεννητικά ή μεταγεννητικά αίτια.

Η εύρεση των αιτιών της βαρηκοΐας και κώφωσης ακόμη και σήμερα αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα για το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων των κωφών και βαρήκοων ατόμων. Αναζητώντας κανείς την αιτιολογία της απώλειας της ακοής στα ιστορικά παιδιών σχολικής ηλικίας εύκολα παρατηρεί ότι ένας μεγάλος αριθμός αυτών συνοδεύεται από τη φράση "άγνωστη αιτιολογία". Αναφορικά οι σημαντικότερες αιτίες της κώφωσης είναι η κληρονομικότητα, η ερυθρά, αν νοσήσει η μητέρα κατά την εγκυμοσύνη, ο κυτταρομεγαλοϊός, η ασυμβατότητα αίματος μητέρας παιδιού και άλλες περιπλοκές συσχετιζόμενες με προωρότητα, η ανοξία του εμβρύου σε περιπτώσεις παράτασης του τοκετού, οι κακώσεις κατά τον τοκετό, η εμφάνιση πυρηνικού ίκτερου μετά τη γέννηση του παιδιού, η χρήση ωτοτοξικών φαρμάκων, παθήσεις μη κληρονομικές και τέλος περιπτώσεις τραυματισμών.

Ως σημαντικότερη όμως αιτία κώφωσης σήμερα θεωρείται η κληρονομικότητα η οποία ευθύνεται για το 50 με 60% των περιπτώσεων της νευροαισθητηριακής πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐας κατά την παιδική ηλικία. Η μεγάλη διακύμανση ως προς την αιτιολογία της κληρονομικότητας της κώφωσης οφείλεται στην πολυπλοκότητα του ανθρώπινου ακουστικού μηχανισμού και στο μεγάλο αριθμό γονιδίων που εμπλέκονται στην ανάπτυξη του. Από το 1972 περισσότερα από 200 είδη γενετικής κώφωσης έχουν αναγνωριστεί σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του Konigsmark (Konigsmark 1972, στο Moores 1996).

Επίσης, ο βαθμός στον οποίο οι άλλες αιτιολογίες συμβάλλουν στη δημιουργία του πληθυσμού των κωφών είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί με ακρίβεια για λόγους που οφείλονται κυρίως στη μη χρονική σύμπτωση που αναπόφευκτα υπάρχει ανάμεσα στην αιτιολογία κώφωσης και τη διάγνωση της.

Έτσι, ενώ ο ορισμός της αιτιολογίας της απώλειας της ακοής είναι καθοριστικός στην συμβουλευτική διαδικασία που έχει ως στόχο την αντιμετώπιση των επικοινωνιακών δυσκολιών που προκύπτουν στην οικογένεια ενός ατόμου με πρόβλημα ακοής μετά τη διάγνωση, η αιτιολογία παραμένει συχνά άγνωστη για ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με πρόβλημα ακοής.

4.3. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με προβλήματα ακοής

Η απώλεια της ακοής μπορεί να προκαλέσει παρατηρήσιμες ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Οι πιθανές ψυχολογικές επιπτώσεις της απώλειας ακοής είναι διαφορετικές για παιδιά και ενήλικες, καθώς η ηλικία και η προσωπικότητα ενός ατόμου επηρεάζουν την προσαρμογή στην απώλεια. Σε γενικές γραμμές, η απώλεια ακοής καθιστά την αλληλεπίδραση με τον έξω κόσμο δύσκολη. Η απώλεια ακοής έχει περιγραφεί ως μια αόρατη αναπηρία, ειδικά στο κοινωνικό πεδίο. Μια αόρατη αναπηρία είναι μια αναπηρία που δεν είναι αισθητή σε έναν παρατηρητή υπό κανονικές συνθήκες, εκτός εάν το άτομο με αναπηρία ή άλλη πηγή γνωστοποιεί πληροφορίες σχετικά με τη δυσλειτουργία του (Matthews and Harrington, 2000). Τα προβλήματα που συνδέονται με αόρατες αναπηρίες, όπως τα προβλήματα ακοής, περιπλέκουν περαιτέρω τη διαδικασία κατασκευής της ταυτότητας ατόμων με προβλήματα ακοής. Τα άτομα αυτά αμφιταλαντεύονται ανάμεσα στην επιλογή να αποκαλύψουν την αναπηρία τους και να προσδιοριστούν ως άτομα με προβλήματα ακοής ή να κρατήσουν κρυφή την αναπηρία τους. Η απώλεια της ακοής στην ενήλικη ζωή οδηγεί σε διαφορετική ψυχολογική εικόνα, συγκριτικά με αυτή των παιδιών. Μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ των ψυχολογικών συμπτωμάτων της πρώιμης και ύστερης έναρξης απώλειας ακοής σε ενήλικες, αν και τα άτομα και στις δύο ομάδες βιώνουν θυμό, άρνηση, απομόνωση, κοινωνική απόσυρση, κόπωση και κατάθλιψη (Andrews, 2004).

Οι ενήλικες με πρώιμη έναρξη της απώλειας ακοής μπορεί να έχουν «μεγαλώσει» με ορισμένα από τα παραπάνω προβλήματα. Οι ενήλικες πρέπει να νοηθούν ως το σύνολο των αναπτυξιακών τους εμπειριών και η απώλεια ακοής και οι συνέπειές της είναι ένα μέρος αυτού του συνόλου. Ενήλικες που έχουν πρώιμη έναρξη απώλειας ακοής συχνά αναφέρουν ότι, ενώ υπήρχαν αρνητικές πτυχές της απώλειας της ακοής τους, έχουν ενσωματώσει την απώλεια ακοής στην προσωπικότητά τους, είναι μέρος του ποιοι είναι και της ταυτότητάς τους. Ως αποτέλεσμα, έχουν αναπτύξει τρόπους για να αντιμετωπίσουν και να διαχειρίζονται την απώλεια ακοής στην καθημερινή τους ζωή.

Η κατάσταση είναι πολύ διαφορετική για τους κωφούς ενήλικες που αποκτούν μεταγενέστερα την απώλεια ακοής. Αυτά τα άτομα έχουν αναπτύξει μια προσωπικότητα που δεν περιλαμβάνει την απώλεια ακοής. Έχουν θέσεις εργασίας, οικογένειες και προσωπικότητες που σχετίζονται με τις πτυχές της ζωής τους και όταν συμβεί η απώλεια ακοής, είναι μια πολύ αποπροσανατολιστική εμπειρία. Ταχείες απώλειες ακοής είναι πιο αποπροσανατολιστικές από σταδιακές απώλειες. Συχνά τα άτομα αυτά, αναφέρουν ότι η απώλεια της ακοής τους, τους στερεί την κατανόηση της ταυτότητάς τους και έτσι ξεκινά μια κρίση ταυτότητας. Μπορούν να εκδηλώνουν μια «αντιδραστική» κατάθλιψη ή άγχος ως απάντηση στην νέα τους κατάσταση. Η άρνηση, η απομόνωση και ο θυμός είναι παρατηρήσιμα. Τα μέλη της οικογένειας και οι ειδικοί είναι η μεγαλύτερη βοήθεια σε αυτό το πρώιμο στάδιο. Οι ασθενείς χρειάζεται να διδάσκονται νέους τρόπους για να αλληλεπιδρούν με τον κόσμο, ώστε να αυξάνουν τη συμμετοχικότητά τους. Η εσωτερική διαπραγμάτευση παίρνει συχνά τη μορφή της σύγκρισης ή της υποτίμησης. Η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί ως κλάματα, επιβραδυμένες απαντήσεις ή ακόμα και αλλαγές στη μορφή του βάρους ή τον ύπνο (Vernon and Andrews, 1990).

Η αποδοχή παίρνει πολλές μορφές ανάλογα το άτομο, αλλά αυτό συνήθως δείχνει την ενσωμάτωση της απώλειας της ακοής στη ζωή του. Τα χαρακτηριστικά ενός καλά προσαρμοσμένου κωφού ατόμου είναι η θετική έννοια της αυτορρύθμισης και της αυτοεκτίμησης, η θετική ψυχολογική αποδοχή της κώφωσης, η δυνατότητα να αντισταθμίσει

αποτελεσματικά την κώφωση, ο δυναμισμός, η θετική στάση απέναντι στη νοηματική γλώσσα, οι αποτελεσματικές διαπροσωπικές σχέσεις και κοινωνικές δεξιότητες, η ικανότητα να είναι αυτοδύναμο, η δυνατότητα να ζητήσει και να επωφεληθεί από τη βοήθεια, όπου και όταν χρειάζεται, η αυτοπραγμάτωση (Scheetz, 2004).

Ανάλογα με το βαθμό αποδοχής διακρίνουμε δύο κατηγορίες κωφών ατόμων. Τα άτομα που είναι κωφά και αποτελούν μέρος της κοινότητας των κωφών, μοιράζονται τις αξίες και τις πεποιθήσεις του πολιτισμού των κωφών, ως πολιτισμό της μειονότητας. Αυτά τα άτομα δεν βλέπουν την κώφωση ως αναπηρία, αλλά απλά ως μια διαφορά. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και τα κωφά άτομα που έχουν συχνά μεγαλώσει με την άποψη ότι η κώφωση είναι μια αναπηρία. Σε αντίθεση με τους πρώτους, αυτά τα άτομα, ενώ έχουν απώλεια ακοής δεν θεωρούνται μέρος της κοινότητας των κωφών. Η δημιουργία της κώφωσης, λοιπόν, έχει να κάνει περισσότερο με την κοινωνική άποψη ότι κάποιος θεωρείται κωφός ανάλογα με το βαθμό απώλεια ακοής (Skelton and Valentine, 2003). Έτσι, ακόμη και μέσα στο φαινόμενο του να είσαι κωφός, υπάρχουν διαφορετικές ταυτότητες και ένας αγώνας για το ποιος είναι «κωφός».

Αυτή η ενδοατομική διαμάχη περιπλέκει την κατασκευή ταυτότητας για τα κωφά άτομα που δεν εσωτερικεύουν την κουλτούρα των κωφών και βυθίζονται σε αυτή την κοινότητα. Έτσι, δεν μπορούν να σχηματίσουν μια σαφή ταυτότητα λόγω της αποσύνδεσης που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν από την κοινότητα των κωφών. Τα άτομα με απώλεια ακοής που προσπαθούν να ταιριάζουν στην παραδοσιακή κοινωνία ακουόντων, αντί να γίνουν ένα μέρος της κοινότητας των κωφών, συχνά περιθωριοποιούνται από την κοινότητα των κωφών. Ως εκ τούτου, η κατασκευή της ταυτότητας γίνεται μια πλοήγηση μεταξύ του κόσμου των κωφών και των ακουόντων, δεδομένου ότι αντιμετωπίζουν στιγματισμό και διακρίσεις σε κάθε κοινότητα και δεν σαφώς ταιριάζουν σε κάθε κόσμο.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω ο Bat-Chava (2000) προτείνει τέσσερις ταυτότητες των κωφών ενηλίκων. Εκείνοι που χρησιμοποιούν την υπολειπόμενη ακοή και τη χειλοανάγνωση και κατηγοριοποιούνται ως *πολιτισμικοί ακούοντες*, οι οποίοι προσπαθούν να προσαρμοστούν στον κόσμο των ακουόντων. Τα άτομα που χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα και συμμετέχουν σε κοινωνικές, πολιτικές οργανώσεις και στα δίκτυα κωφών και ταξινομούνται ως *πολιτισμικοί κωφοί*. Μια τρίτη κατηγορία, είναι η *διπολιτισμική ταυτότητα*, που προσδιορίζεται ως μια κατάσταση που άλλοτε το άτομο λειτουργεί ως πολιτισμικός ακούοντας και άλλοτε ως πολιτισμικός κωφός. Μια τέταρτη κατηγορία περιλαμβάνει αυτούς, οι οποίοι δεν είναι σίγουροι για τα συναισθήματά τους προς την κώφωση τους, δεν εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά των προηγούμενων ταυτοτήτων και σχηματίζουν μια δική τους *περιθωριακή ταυτότητα*.

4.4. Η κουλτούρα των κωφών

Για δεκαετίες, η βαρηκοΐα/κώφωση θεωρούνταν ως μια αναπηρία ή ένα μειονέκτημα- η ιδέα του "κωφάλαλου" ήταν διαδεδομένη εντός της ιατρικής κοινότητας για χρόνια (Cherney, 1999). Αυτή η προοπτική αλλάζει σιγά-σιγά, καθώς η κουλτούρα της κώφωσης αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο εντός της κοινότητας των ακουόντων (Breivik, 2005). Η κουλτούρα των κωφών, όπως κάθε πολιτισμός, ορίζεται ως μια σειρά συμπεριφορών που αποκτάται από μια ομάδα ανθρώπων οι οποίοι έχουν τη δική τους γλώσσα, τις δικές τους αξίες, κανόνες συμπεριφοράς και παραδόσεις. Οι κωφοί έχουν τα τυπικά χαρακτηριστικά μιας ομάδας, που είναι μη προνομιούχα και αντιμετωπίζουν διακρίσεις. Παρ' όλους τους επικοινωνιακούς

φραγμούς και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης οι κωφοί έχουν μια θετική αυτοεικόνα του εαυτού τους και ζουν μια φυσιολογική παραγωγική ζωή (Jambor and Elliott, 2005).

Για την πλειονηφία των ανθρώπων που βιώνουν τον κόσμο ως ακούοντες, η ακοή υποτίθεται ότι είναι «φυσιολογική». Αυτή η σκέψη οδηγεί στη συνέχεια στο "μοντέλο αναπηρίας» ή «ιατρικό μοντέλο» της προβολής της κώφωσης ως θλίψης ή δυσλειτουργίας. Έτσι, είναι κατανοητό από αυτό το μοντέλο, ότι προκειμένου για ένα κωφό άτομο να γίνει "κανονικό" ανθρώπινο ον, η κώφωση του θα πρέπει να θεραπευτεί (Hole, 2007). Ωστόσο, μια νέα άποψη της κώφωσης είναι σε άνοδο: η κώφωση ως διαφορά. Αυτή η προοπτική βλέπει την κώφωση απλώς ως μια φυσιολογική διαφορά. "Στην πραγματικότητα, από την προοπτική της κουλτούρας των κωφών, η απώλεια ακοής αποτιμάται. Οι κωφοί δεν επιθυμούν να «διορθωθούν», αλλά αντιθέτως επιζητούν το σεβασμό ως μια γλωσσική, πολιτιστική μειονότητα με ισότιμη μεταχείριση σε σχέση με την πλειονηφία των ακούντων"(Hole, 2007, σελ. 263).

Οι ίδιοι οι κωφοί σήμερα ορίζουν τον εαυτό τους ως πολιτιστική και γλωσσική μειονότητα. Μιλούν μια διαφορετική γλώσσα από ό, τι κάνουν οι γείτονές τους και μοιράζονται ένα πολιτισμό μεταξύ τους πλούσιο σε ποίηση, τέχνη, κοινωνικές νόρμες και κάθε πτυχή της ανθρωπότητας που αντανακλά αυτός. Ο ψυχολογικός κόσμος των κωφών όπως γίνεται αντιληπτός από τα κωφά άτομα δεν είναι αυτό που αντιλαμβάνονται οι ακούοντες. Οι κωφοί άνθρωποι, επικεντρώνουν τον ενδιαφέρον τους στην πολιτιστική άποψη ως κοινότητα κωφών, το γλωσσικό πλούτο της νοηματικής γλώσσας, την αλληλεγγύη μιας ομάδας ανθρώπων που μοιράζονται την ίδια πίστη στην ιστορία της καταπίεσης, της καταστολής, των προκαταλήψεων και των διακρίσεων. Η ψυχοσύνθεση των κωφών οδηγεί σε ένα κόσμο γεμάτο με δυνατότητες, ελπίδες, όνειρα, χιούμορ, γλώσσα, δεξιότητες, εκπαίδευση, κοινωνικές σχέσεις, αγώνες και αλληλεγγύη (Ladd, 2003).

Ωστόσο, η ιδέα της κώφωσης ως αναπηρίας εξακολουθεί να είναι διαδεδομένη μεταξύ της κοινότητας των ακούντων, οι οποίοι με τις πολιτικές προσπάθειες της ενσωμάτωσής τους στην κοινωνία, οδηγεί τα κωφά άτομα σε θέση πάλης με την προσωπική τους ταυτότητα, καθώς προσπαθούν να ταιριάζουν με την πλειονηφία της κοινωνίας, ενώ εξακολουθούν να «γιορτάζουν» την κουλτούρα των κωφών (Breivik, 2005).

Κεφάλαιο 5. Οπτική αναπηρία

5.1. Ορισμός τύφλωσης

Τα προβλήματα όρασης αποτελούν μια κατάσταση που κινείται ανάμεσα σε δυο διαμετρικά αντίθετες καταστάσεις, όπως η κανονική όραση από τη μία και η απόλυτη οπτική δυσλειτουργία ή τύφλωση, από την άλλη (Τσιναρέλης, 2005). Τύφλωση είναι η αδυναμία του οπτικού συστήματος του ανθρώπου να συλλάβει οπτικά ερεθίσματα, τα οποία καταλήγουν στη δημιουργία οπτικών παραστάσεων. Η τύφλωση δεν καθορίζεται μόνο ιατρικά ή φυσιολογικά, αλλά λειτουργικά και κοινωνιολογικά και περιλαμβάνει προβλήματα που αφορούν την οπτική αντίληψη, το οπτικό πεδίο και την ποιότητα της όρασης (Sherrill, 1998). Η οπτική δυσλειτουργία ορίζεται ως ο λειτουργικός περιορισμός του οφθαλμού/ων ή του οπτικού συστήματος και μπορεί να εκδηλωθεί ως μειωμένη οπτική οξύτητα ή αντίθεση ευαισθησίας, απώλεια οπτικού πεδίου, φωτοφοβία, διπλωπία, οπτική παραμόρφωση, δυσκολία οπτικής αντίληψης, ή οποιοσδήποτε συνδυασμός των παραπάνω.

Ένα πρόβλημα όρασης μπορεί να προκαλέσει αναπηρία παρεμβαίνοντας στην ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί ανεξάρτητα, να εκτελεί τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, και να ταξιδεύει με ασφάλεια μέσω του περιβάλλοντος (West et al., 2002). Ειδικότερα μερικά από τα προβλήματα που προκύπτουν από την απώλεια όρασης περιλαμβάνουν, απώλεια της ικανότητας ανάγνωσης κανονικού μεγέθους εκτύπωσης, αδυναμία ή περιορισμός όσον αφορά την οδήγηση, δυσκολία στην εκτέλεση εργασιών που σχετίζονται με εργασίες ή δραστηριότητες αναψυχής, ή/και ανικανότητα αναγνώρισης γνωστών προσώπων. Όταν αυτές οι ειδικές ανάγκες περιορίζουν την προσωπική ή κοινωνικοοικονομική ανεξαρτησία, μιλάμε για οπτική αναπηρία (ICD-9, 1996).

Η ταξινόμηση των προβλημάτων όρασης ποικίλλει παγκοσμίως. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) τυφλό νοείται κάθε άτομο με οπτική οξύτητα λιγότερη από 1/20 στο καλύτερο μάτι. Επίσης, κάθε άτομο, που αν και μπορεί να παρουσιάζει ικανοποιητική οπτική οξύτητα, η περιφερική του όραση είναι περιορισμένη στις 10 μοίρες κεντρικά ή λιγότερο, θεωρείται τυφλό. Οι κατηγορίες που όρισε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σχετικά με τα άτομα με σοβαρά προβλήματα όρασης είναι:

Κατηγορία 1: Οπτική οξύτητα μεταξύ 3/10 και 1/10 (μερικώς βλέπων).

Κατηγορία 2: Οπτική οξύτητα μεταξύ 1/10 και 1/20 (μερικώς βλέπων).

Κατηγορία 3: Οπτική οξύτητα μεταξύ 1/20 και μέτρηση δακτύλων από 1 μέτρο ή 1/30 (τυφλός).

Κατηγορία 4: Οπτική οξύτητα μεταξύ μέτρησης δακτύλων από 1 μέτρο και αντίληψη φωτός (τυφλός).

Κατηγορία 5: Οπτική οξύτητα μη αντίληψης φωτός (τυφλός) (WHO, 2001).

Το Εθνικό Ινστιτούτο Ματιού ορίζει τη χαμηλή όραση πιο χαλαρά, ως διαταραχή της όρασης, η οποία δεν διορθώνεται με γυαλιά, φακούς επαφής, φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργική επέμβαση και η οποία παρεμποδίζει τη δυνατότητα του ατόμου να εκτελεί τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (National Eye Institute, 2006).

Σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία (Ν.958/1979) τυφλό νοείται κάθε άτομο του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής, στον οφθαλμό που βλέπει καλύτερα και με την καλύτερη δυνατή διόρθωση. Επίσης, τυφλό θεωρείται το άτομο που,

ακόμα κι αν έχει ικανοποιητική οπτική οξύτητα, η περιφερική του όραση είναι περιορισμένη στις 10 μοίρες κεντρικά ή λιγότερο.

Προτού αναλύσουμε τα αίτια της τύφλωσης αξίζει να διευκρινιστεί η διάκριση μεταξύ «τυφλών» και «μερικώς βλέπόντων» ατόμων:

- α) «*Τυφλά* είναι τα άτομα, τα οποία είναι ανίκανα να μετρήσουν δάκτυλα χεριού σε απόσταση τριών (3) μέτρων (WHO: 1984-69-10) ή έχουν οπτική οξύτητα κάτω του 1\20 (10.05) της κλίμακας Snellen, όταν η φυσιολογική όραση είναι 20\20 (0.0).
- β) *Μερικώς βλέποντες*, είναι τα άτομα τα οποία είναι ανίκανα να μετρήσουν δάκτυλα χεριού σε μια απόσταση έξι (6) μέτρων ή έχουν οπτική οξύτητα κάτω των 6\60 (0.1) της κλίμακας Snellen (Α' επίπεδο Μερ. Βλεπόντων) και είναι ανίκανα να μετρήσουν δάκτυλα χεριού σε μια απόσταση μεγαλύτερη των έξι (6) μέτρων ή έχουν οπτική οξύτητα κάτω από το 18\60 (0.3) με μέγιστο έως 6\60 (0.1) το ελάχιστο της κλίμακας Snellen (Β' επίπεδο Μερ. Βλεπόντων-ελαφρύτερο) βαθμού» (Χατζηχαλαράμπος, 2000, σ. 8).

5.2. Αιτίες Τύφλωσης

Τα αίτια της τύφλωσης είναι πολλά και διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία εμφάνισης της τύφλωσης και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της χώρας. Σχετικές έρευνες έδειξαν ότι τα σημαντικότερα αίτια που προκαλούν ολική απώλεια όρασης στην Ευρώπη και γενικά σε χώρες που διαθέτουν επαρκή ιατρική περίθαλψη είναι: το γλαύκωμα, ο διαβήτης, ο εκφυλισμός της ωχρής κηλίδας, οι τραυματισμοί, η αμφιβληστροειδίτιδα και η αποκόλληση του αμφιβληστροειδή. Σε χώρες που δεν διαθέτουν επαρκή ιατρική περίθαλψη την πρώτη θέση κατέχουν ο καταρράκτης και το τράχωμα. Ειδικότερα, σε περιοχές με αυξημένη εμφάνιση τραχώματος το ποσοστό των τυφλών ατόμων μπορεί να φτάσει πάνω από το 4% και σε έντονα μολυσμένες περιοχές το 20% του γενικού πληθυσμού, σε αντίθεση με την Ευρώπη όπου το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 0,1% (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004).

Τα βασικότερα αίτια μπορεί να ταξινομηθούν σε: γενετικά, προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά.

- Γενετικά: διάφορα οικογενειακά εκφυλιστικά φαινόμενα, όπως η έλλειψη χρωστικής ουσίας στον χοριοειδή, στην ίριδα (αλφισμός) και στον αμφιβληστροειδή, σε διαθλαστικές ανωμαλίες, στην καταστροφή ή βλάβη του οπτικού νεύρου.
- Προγεννητικά: μολυσματικές ασθένειες της μητέρας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, όπως ερυθρά, αφροδίσια νοσήματα, κακώσεις του εμβρύου κατά την ενδομήτρια κύηση.
- Περιγεννητικά: τραυματισμοί του κρανίου κατά την ώρα του τοκετού, η ανοξαιμία κ.ά.
- Μεταγεννητικά: μολυσματικές ασθένειες κατά την παιδική ηλικία (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, οστρακιά, ευλογιά), αφροδίσια νοσήματα, διάφορες οφθαλμολογικές παθήσεις, τραυματισμοί των οφθαλμών, κακοήθεις όγκοι στον ιστό του οπτικού νεύρου (Κυπριωτάκης, 1985).

Εν συνεχεία θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στα πιο σημαντικά αίτια απώλειας της όρασης:

1. *Εκφύλιση της ωχράς κηλίδας*: Συχνά αναφέρεται και ως γεροντική τύφλωση και αποτελεί την πιο συνηθισμένη αιτία απώλειας της ικανότητας ανάγνωσης εντύπων. Η κεντρική περιοχή της όρασης (που προσβάλλεται) χρησιμοποιείται για να βλέπουμε λεπτομέρειες, ενώ η εστίαση της περιφερικής όρασης είναι λιγότερο ευκρινής. Τα γυαλιά δεν μπορούν να διορθώσουν τα προβλήματα όρασης που προέρχονται από εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (αν και οι μεγεθυντικοί φακοί μπορούν να φανούν χρήσιμοι σε μερικά

προσβεβλημένα άτομα στα πρώιμα στάδια της εκφύλισης) και τα έντυπα με μεγάλο μέγεθος γραμμάτων μπορούν να παρατείνουν την ικανότητα ανάγνωσης (VHI-Veterans Health Initiative, 2002).

2. *Γλαύκωμα*: Το γλαύκωμα είναι η κύρια αιτία μη αναστρέψιμης τύφλωσης στον κόσμο, επηρεάζοντας περίπου 6,7 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο (Quigley, 1996). Το γλαύκωμα είναι 15 φορές πιο πιθανό να προκαλέσει τύφλωση σε Αфро-Αμερικανούς μεταξύ των ηλικιών 45-64 σε σύγκριση με τους Καυκάσιους της ίδιας ηλικιακής ομάδας. Είναι κυρίως μια ασθένεια του οπτικού νεύρου. Η περιφερική όραση χάνεται μαζί με την απώλεια νευραξόνων. Είναι μια νόσος με πολλές μορφές, ύπουλη, με αργή εξέλιξη και έχει ως αιτία την αργή αύξηση της πίεσης του υδατώδους υγρού μέσα στον οφθαλμό, εξαιτίας της ανικανότητάς του να διαφύγει από τους φυσιολογικούς αποχετευτικούς αγωγούς. Τη συναντούμε πιο συχνά σε μεγάλες ηλικίες και η αντιμετώπισή της στις μέρες μας θεωρείται αποτελεσματική. Η γρήγορη όμως εξέλιξή της δημιουργεί εμπόδια στην πρόληψή της. Υπάρχουν περισσότερα από 60 είδη γλαυκώματος (Yanoff and Duker, 2009). Τα τρία πιο κοινά είδη είναι το γλαύκωμα ανοικτής γωνίας (OAG), γλαύκωμα κλειστής γωνίας, και γλαύκωμα φυσιολογικής πίεσης. (Dreyer and Lipton, 1999).
3. *Καταρράκτης*: Ο καταρράκτης είναι μια ακόμα συνηθισμένη αιτία προβλημάτων όρασης στα άτομα της τρίτης ηλικίας που οφείλεται στην ανάπτυξη θολερότητας και αδιαφάνειας στον κρυσταλλοειδή φακό του ενός ή και των δύο ματιών. Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές μορφές καταρράκτη μπορούν να διακρίνουν το φως και έντονες χρωματικές αντιθέσεις, όμως δεν μπορούν να διαβάζουν έντυπα. Όταν η κατάσταση φτάσει σε ένα προχωρημένο στάδιο, η χειρουργική αντιμετώπιση με laser και η αντικατάσταση των φακών με συνθετικούς μπορεί να βοηθήσει την πλειοψηφία των πασχόντων, οι οποίοι μετά, συνήθως καθίστανται ικανοί για ανάγνωση εντύπων με στοιχεία μεγάλου μεγέθους. Όταν εμφανίζεται σε παιδιά «εκ γενετής» ακολουθεί τύφλωση με ταχεία εξέλιξη, η οποία διαρκεί εφ' όρου ζωής (Λιοδάκης, 2000).
4. *Τράχωμα*: Το τράχωμα αφορά σε μια μορφή χρόνιας μόλυνσης που παρουσιάζεται στις αγροτικές περιοχές των υποανάπτυκτων χωρών, προκαλώντας τύφλωση και σοβαρές αναπηρίες της όρασης. Η πρόληψη της ασθένειας αυτής αλλά και η αντιμετώπισή της, συνδέεται με την υγιεινή του ματιού, τη σωστή φαρμακευτική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις, γεγονός που μοιάζει σχεδόν ανέφικτο στις χώρες αυτές (VHI, 2002).
5. *Τυφλότητα λόγω υποσιτισμού*: Η τυφλότητα λόγω υποσιτισμού προκαλεί συνήθως ξηροφθαλμία και κερατίτιδα. Οφείλεται στην κακή διατροφή και κυρίως στην έλλειψη της βιταμίνης Α από τις τροφές. Η βιταμίνη Α είναι απαραίτητη για την λειτουργία της όρασης, βοηθά στο ανοσοποιητικό σύστημα και υποστηρίζει την ανάπτυξη των φωτοευαίσθητων κυττάρων του αμφιβληστροειδή που είναι υπεύθυνα για την πρόσληψη του φωτός. Η νόσος κυρίως προσβάλλει τα μικρά παιδιά από 6 μήνες ως 3 ετών με βλάβες σοβαρές στην όραση (στον φακό) κατά την ηλικία 4-6 ετών. Η πρόληψη της νόσου στηρίζεται στην χορήγηση βιταμίνης Α (Χατζηχαράλαμπος, 2000).
6. *Ογκοκέρκωση*: Είναι μια παρασιτική νόσος που οδηγεί στην τύφλωση εξαιτίας ενός παρασίτου που μεταφέρεται από άνθρωπο σε άνθρωπο με το τσίμπημα μιας μύγας. Προσβάλλει 20-30 εκατομμύρια άτομα και ευθύνεται για την τύφλωση αρκετών εκατοντάδων χιλιάδων από αυτούς. Η αντιμετώπιση αυτής της νόσου συνδέεται με την

υγιεινή του νερού, την αντιμετώπιση του εντόμου μεταφορέα, αλλά και την υγιεινή του ανθρώπου ξενιστή (τσιμπήματα στο δέρμα) (Χατζηχαραλάμπους, 2000).

7. *Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια*: Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί μια ακόμα σημαντική αιτία σοβαρών διαταραχών της όρασης που πλήττει άτομα στην παραγωγική τους ηλικία. Οδηγεί σε ανομοιογενή όραση (εμβλωματική όραση) που συνήθως προκαλεί δυσκολίες στον προσανατολισμό. Αυτό συμβαίνει γιατί συγκεκριμένα τμήματα από αυτά που βλέπουν οι πάσχοντες εξαφανίζονται και ο εγκέφαλος επανασυναρμολογεί ότι μοιάζει να αποτελεί ολοκληρωμένη εικόνα- π.χ. έναν ενιαίο τοίχο αντί για έναν τοίχο με μια πόρτα στη μέση. Μερικά άτομα με ανομοιογενή όραση έχουν μια σοβαρή μείωση της οπτικής οξύτητας σε ολόκληρο το οπτικό τους πεδίο και μπορεί να χρειάζονται ευκρινείς χρωματικές αντιθέσεις και έντυπα με στοιχεία μεγάλου μεγέθους, ενώ σε άλλους παρουσιάζεται απώλεια της περιφερειακής όρασης πρώτα και μπορούν έτσι να διαβάζουν κοινά έντυπα για μια μεγαλύτερη χρονική περίοδο.
8. *Τραυματισμοί των ματιών* (οφθαλμών και κόγχων): Οι τραυματισμοί αποτελούν μία από τις πιο σοβαρές αιτίες τύφλωσης και άλλων αναπηριών της όρασης και εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά τόσο σε αναπτυγμένες όσο και υποανάπτυκτες χώρες. Στα παιδιά τις περισσότερες φορές συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, ενώ στους ενήλικες εν ώρα εργασίας ή σε τροχαία ατυχήματα. (Λιοδάκης, 2000).

5.3. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά ατόμων με οπτική αναπηρία

Είναι αυτονόητο ότι τα άτομα παρουσιάζουν σημαντική διακύμανση ως προς το βαθμό της ψυχολογικής προσαρμογής σε απώλεια της όρασης (Jackson and Taylor, 2001). Άμεσες και μακροπρόθεσμες δυσκολίες προσαρμογής που έχουν αναφερθεί περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων άγχους και σωματικές ενοχλήσεις, προβλήματα συμπεριφοράς, κατάχρηση ουσιών, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, ακόμη και παράνοια. Παρά το γεγονός ότι τα στοιχεία δείχνουν ότι οι περισσότερες παρουσιάσεις των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε άτομα με προβλήματα όρασης δεν φθάνουν το όριο για τη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, παρατηρούνται πολλά παραδοσιακά καταθλιπτικά συμπτώματα (López-Justicia and Cordoba, 2006). Επίσης, συγκεκριμένα ερεθίσματα μπορούν να προκαλέσουν αγχώδεις καταστάσεις που δεν προκαλούσαν άγχος πριν από την απώλεια της όρασης. Πολυσύχναστοι δρόμοι, γεμάτα δωμάτια, θορυβώδεις διάδρομοι, καθώς και πολλές άλλες καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν αξιοσημείωτες αντιδράσεις φόβου σε άτομα με προβλήματα όρασης.

Οι δυσκολίες επικοινωνίας των ατόμων με προβλήματα όρασης, καθώς και η ασύμμετρη συμπεριφορά των βλέπόντων προς αυτούς μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την ομαλή ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους. Η προσαρμογή στη ζωή σε έναν κόσμο που είναι ουσιαστικά οπτικός είναι ένα περίπλοκο κατόρθωμα. Η προσαρμογή σχετίζεται αναπόφευκτα με θέματα ανεξαρτησίας, επάρκειας και ελέγχου και ποικίλλει από άτομο σε άτομο ανάλογα το χαρακτήρα, τις προηγούμενες εμπειρίες και το δίκτυο υποστήριξης. Μια σημαντική πτυχή της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής είναι η ανάπτυξη μιας θετικής αυτοαντίληψης. Αυτοαντίληψη μπορεί να οριστεί ως ένα σύνολο ατομικών συμπεριφορών που κατέχουν τα άτομα για τον εαυτό τους και που συμβάλουν στη διαμόρφωση της ταυτότητάς τους, της αυτοεικόνας τους και της αυτοεκτίμησής τους. Η ανασφάλεια, ο φόβος και τα συναισθήματα κατωτερότητας και απομόνωσης μπορεί να αναστείλουν την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης, ενώ ο εγωκεντρισμός

και η αυτό-υπερεκτίμηση μπορεί να οδηγήσουν σε υπέρμετρη ανάπτυξη της. Επίσης, η αυτοεκτίμηση μπορεί να επιβαρυνθεί με τη δημιουργία συγκρούσεων μεταξύ: θέλησης και δυνατότητας, δυνατότητας και του τι πρέπει να γίνει, της αντίληψης περί ισότητας και της δεδομένης διαφορετικότητας (διαφορετικοί τρόποι: επαφής με τα αντικείμενα, ανάγνωσης και γραφής) (Τσιναρέλης, 2005).

Η προσαρμογή στην απώλεια της όρασης δεν απαιτεί μόνο από το άτομο με οπτική αναπηρία να αντιμετωπίσει το άγχος του, αλλά και να προσαρμοστεί λειτουργώντας με λιγότερα ερεθίσματα από το περιβάλλον του. Τα δεδομένα δείχνουν ότι παρόλο που σχεδόν όλες τις αισθήσεις χρησιμοποιούνται στην ανθρώπινη μάθηση, στις περισσότερες περιπτώσεις η μάθηση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις οπτικές πληροφορίες (Posner et al., 1976). Όταν οι οπτικές πληροφορίες περιορίζονται σε κάποιο βαθμό, η μάθηση, η επίλυση προβλημάτων, ο προσανατολισμός, τα συστήματα μνήμης και ακόμη και η λήψη αποφάσεων μπορεί να επιδεινωθεί προσωρινά ως αποτέλεσμα της προσαρμογής σε λιγότερο αισθητήρια συνειδητοποίηση. Το "δόγμα" της αυτόματης ισοστάθμισης των αισθήσεων, δηλ. της αυτόματης αναπλήρωσης των αισθήσεων που λείπουν από τις υπόλοιπες, δεν έχει επιβεβαιωθεί ερευνητικά. Ίσως οι τυφλοί να κάνουν καλύτερη χρήση των δυνατοτήτων των υπόλοιπων αισθήσεων σε σύγκριση με τους βλέποντες. Αυτό οφείλεται κυρίως στη συστηματική αγωγή των υπόλοιπων αισθήσεων που δέχονται, αλλά και στην ιδιαίτερη προσπάθεια που καταβάλλουν οι ίδιοι, ώστε να μην παραβλέπουν ακόμη και λεπτομέρειες του περιβάλλοντος χώρου (Τσιναρέλης, 2005).

Δεν υπάρχει γενική συμφωνία ως προς το αν η αυτοαντίληψη των ατόμων που είναι τυφλοί ή έχουν χαμηλή όραση διαφέρει από εκείνη των βλέπόντων. Τα αποτελέσματα των μελετών, διαφέρουν ως προς τις θετικές και αρνητικές στάσεις που έχουν οι τυφλοί για τους εαυτούς τους. Κάποιοι ερευνητές, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τυφλών και βλέπόντων, ενώ άλλοι διαπίστωσαν ότι οι τυφλοί τείνουν να βλέπουν τους εαυτούς τους εξαιρετικά αρνητικά, εκδηλώνοντας μεγαλύτερο βαθμό άγχους, ανασφάλειας και μοναξιάς. Πιο πρόσφατα, ο Sacks (1996) διαπίστωσε ότι τα άτομα με χαμηλή όραση αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους πιο αρνητικά, εκφράζοντας αισθήματα απομόνωσης σε σύγκριση με τους τυφλούς και οι Freeman και συν. (1991), βρήκαν ότι σε πολλές περιπτώσεις άτομα με χαμηλό όραση έτειναν να απορρίπτουν τις υπηρεσίες που θα ήταν ευεργετικές, επειδή δεν ήθελαν να χαρακτηρίζονται ως τυφλά. Ο Rosenblum (2000) βρήκε ότι αν και πολλοί έφηβοι είχαν αρνητικά συναισθήματα σχετικά με οπτική αναπηρία τους, η έκταση αυτής της αρνητικότητας ποίκιλε μεταξύ των ατόμων με κάποια να κρύβουν σκόπιμα τη διαταραχή της όρασής τους, ενώ άλλα να εκφράζουν δυστυχία. Μια άλλη μελέτη από τους Huurre και συν.(1999) σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη και την αυτοεκτίμηση των φινλανδικών εφήβων με προβλήματα όρασης βρήκε παρόμοια αποτελέσματα. Επιπλέον, οι Griffin-Shirley και Nes (2005) δεν διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης και της εμπάθειας μεταξύ βλέπόντων και ατόμων με προβλήματα όρασης. Οι συγγραφείς αυτοί υποστηρίζουν ότι η έλλειψη της διαφοράς μπορεί να σχετίζεται με τις πρόσφατες τάσεις στην εκπαίδευση και την κοινωνική ένταξη, καθώς και μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση για την αναπηρία από την οικογένεια.

Τα άτομα του γενικού πληθυσμού δεν έχουν μια ευρεία γνώση για την απώλεια όρασης, αλλά μπορεί να έχουν προκατειλημμένες στάσεις σχετικά με την τύφλωση (Jackson and Taylor, 2001). Τα άτομα με προβλήματα όρασης μεγαλώνουν σε μια κοινωνία, της οποίας οι

κοινωνικοί κανόνες αναπτύχθηκαν βαθμιαία κατά την κοινή συμβίωση κυρίως των βλεπόντων, οι οποίοι αποτελούν τη συντριπτικά πλειοψηφούσα κοινωνική ομάδα. Στα άτομα με προβλήματα όρασης οι συνήθειες δρόμοι για την επικοινωνία και την απόκτηση κοινωνικών εμπειριών είναι ποσοτικά και ποιοτικά περιορισμένοι λόγω μειωμένης κινητικότητας και έλλειψης του οπτικού ελέγχου, καθώς και της συνακόλουθης μειωμένης δυνατότητας για μίμηση εξωτερικών εκφραστικών κινήσεων. Η εκτίμηση των ικανοτήτων των ατόμων με προβλήματα όρασης εκ μέρους των βλεπόντων συνήθως δεν είναι ρεαλιστική. Έτσι, πολλές φορές υποτιμούν ή υπερτιμούν τις ικανότητες τους και θεωρούν ότι έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη φροντίδα, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε άστοχη συμπεριφορά προς τους τυφλούς, όπως π.χ. σε υπέρμετρη εκδήλωση συμπάθειας, οίκτου, θαυμασμού για αυτονόητες ικανότητες και δυνατότητες, υπερπροστασία, απαιτήσεις υπέρτερες ή κατώτερες των πραγματικών ικανοτήτων τους (υπεραπαιτήσεις - υποαπαιτήσεις), τήρηση αποστάσεων ή επίδειξη άρνησης (VHI, 2002).

Η κοινή διαβίωση με τους βλέποντες εξαναγκάζει τους «τυφλούς» να αναπτύσσουν πολλές φορές συμβιβαστικούς-εξισορροπητικούς τρόπους συμπεριφοράς. Οι εκάστοτε συνθήκες των κοινωνικών δεδομένων και ένα χαμηλό αυτοσυναισθήμα μπορεί να οδηγήσουν σε ιδιαίτερους τρόπους αντίδρασης, όπως π.χ. σε παραίτηση, υποχώρηση, υπερσυμψηφισμό, φοβίες, άρνηση, απομόνωση, απροθυμία για συνεργασία ή επιθετικότητα, η οποία συνήθως δεν εκφράζεται ανοιχτά, εξαιτίας της ειδικής ανάγκης (τυφλότητας) και της εξάρτησης από τους άλλους. Το αυτοσυναισθήμα και οι τρόποι αντίδρασης των τυφλών, καθώς και οι στάσεις των βλεπόντων προς αυτούς επηρεάζονται αμοιβαία, συχνά δε με την έννοια της ενίσχυσης των υπαρχόντων τάσεων. Η εμφάνιση αυτών των τρόπων συμπεριφοράς, καθώς και το είδος και ο βαθμός εκδήλωσης τους είναι δυνατό να επηρεαστούν θετικά με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων (Τσιναρέλης, 2005).

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η απώλεια της όρασης δημιουργεί μια σειρά αλλαγών στο άτομο και την οικογένειά του. Παρά το γεγονός ότι η προσοχή εστιάζεται στο άτομο με προβλήματα όρασης, υπάρχει επίσης μεγάλη ανάγκη να κατανοηθεί η επίδραση στο οικογενειακό περιβάλλον. Η οπτική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργική ανεξαρτησία και να θέσει σε κίνδυνο την ψυχολογική ασφάλεια όχι μόνο του ατόμου με προβλήματα όρασης, αλλά και της οικογένειάς του (Carroll, 1961). Η εμπειρία έχει δείξει ότι πολλοί άνθρωποι που εισέρχονται στη διαδικασία αποκατάστασης, το πράττουν μετά από επιμονή της οικογένειάς τους. Οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής διαταράσσονται. Αλλαγές στην όραση μπορεί να δημιουργήσουν απώλεια της αισθητικής απόλαυσης. Μπορεί να τεθούν σε κίνδυνο οι δεξιότητες επικοινωνίας και να επηρεαστεί η κοινωνική λειτουργία. Πολλά από τα άτομα με προβλήματα όρασης δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τα πρόσωπα της οικογένειας και των φίλων. Μπορεί να είναι απρόθυμα να συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις ή να επισκεφθούν πολυσύχναστα μέρη για το φόβο της αμηχανίας. Τα άτομα με απώλεια όρασης μπορεί να φοβούνται να φύγουν από το σπίτι λόγω των προβλημάτων ασφαλούς κινητικότητας. Είναι επίσης πιθανό, να αντιμετωπίσουν προβλήματα στην εργασία, οικονομική ανασφάλεια ή αλλαγή στα σχέδια της σταδιοδρομίας. Μπορεί να υπάρχουν πολλές αλλαγές στην ποιότητα της ζωής τους, καθώς και στους στόχους τους που επηρεάζουν τόσο τα ίδια όσο και την οικογένειά τους.

Πολλά μοντέλα διαχείρισης και αντιμετώπισης του άγχους επισημαίνουν τη σημασία της οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης στην προσαρμογή σε σημαντικά γεγονότα της

ζωής. Η απώλεια της όρασης επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια και τόσο το άτομο με προβλήματα όρασης όσο και τα μέλη της οικογένειας, μπορεί να έχουν δυσκολία προσαρμογής. Πολλοί εκφράζουν το αίσθημα του φόβου, της δυσαρέσκειας, της ενοχής και του φόβου. Αισθάνονται ότι μπορεί να ωθούνται προς τα δικά τους ψυχολογικά όρια (Taylor and Upton, 1988).

Τα άτομα με προβλήματα όρασης παρουσιάζουν διαφορές στην προσωπικότητα, στην υποστήριξη της οικογένειας, στις διαπροσωπικές σχέσεις και την οικονομική κατάστασή τους. Τέτοιοι παράγοντες είναι πέρα από τον έλεγχο των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με προβλήματα όρασης. Ωστόσο, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να συμβάλουν στη συνολική ρύθμιση, με το να ευαισθητοποιηθούν στις μοναδικές ανάγκες των ατόμων με προβλήματα όρασης, ενώ την ίδια στιγμή να γνωρίζουν ότι το άτομο με προβλήματα όρασης έχει εξίσου πολλές ατομικές διαφορές όπως και κάθε άλλο πρόσωπο που προσπαθεί να προσαρμοστεί σε μία φυσική πρόκληση (VHI, 2002).

Κεφάλαιο 6. Ερευνητική ανασκόπηση σχετικά με την ευτυχία και την αποδοχή της δυσλειτουργίας

Η απόκτηση μιας αναπηρίας ως αποτέλεσμα μιας ασθένειας, ενός τραυματισμού ή ατυχήματος, ή από την επιδείνωση μιας ιατρικής κατάστασης μπορεί να επηρεάσει πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου, όπως, για παράδειγμα, την κατάσταση της υγείας, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, τον ελεύθερο χρόνο, τις κοινωνικές σχέσεις, τη στέγαση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), υπάρχουν 750 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο που είναι άτομα με αναπηρίες (δηλαδή το 10% του συνολικού πληθυσμού), και περίπου το 80% αυτών των ατόμων με αναπηρία ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες. Παρά τα στοιχεία αυτά και το αυξανόμενο ενδιαφέρον των φορέων χάραξης πολιτικής, των κυβερνήσεων και των μη κυβερνητικών οργανώσεων σχετικά με την κοινωνική και εργασιακή ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρίες, πολύ λίγα είναι γνωστά σχετικά με τις επιπτώσεις της αναπηρίας στα επίπεδα ευτυχίας-υποκειμενικής ευημερίας. Οι ψυχολόγοι και οι κοινωνιολόγοι έχουν αναλύσει σε βάθος τις επιπτώσεις ορισμένων σημαντικών γεγονότων της ζωής (π.χ. διαζύγιο, χηρεία, ανεργία, γάμος, γέννηση του παιδιού, λαχειοφόρα κέρδη) στην ευτυχία-υποκειμενική ευημερία των ατόμων (π.χ. Brickman et al., 1978; Frederick and Loewenstein, 1999; Deiner et al., 1999; Lucas et al., 2003; Lucas, 2005; Deiner et al., 2006). Ένα από τα βασικά ερωτήματα σε αυτή τη βιβλιογραφία για την ευτυχία-υποκειμενική ευημερία είναι αν οι πολίτες προσαρμόζονται σε αυτά τα γεγονότα ή τις περιστάσεις της ζωής. Σύμφωνα με τη θεωρία ηδονικής προσαρμογής, τα άτομα τείνουν να επιστρέψουν στα αρχικά επίπεδα της ευτυχίας τους μετά από αρνητικές ή θετικές αλλαγές στις συνθήκες της ζωής τους. Κατά την τελευταία δεκαετία, ορισμένοι οικονομολόγοι έχουν αρχίσει να μελετούν την ευτυχία-υποκειμενική ευημερία ως ένα σημαντικό και σχετικό θέμα. Όσον αφορά την προσαρμογή, πολλοί οικονομολόγοι διαβεβαιώνουν ότι δεν υπάρχει καμία προσαρμογή σε αυτά τα γεγονότα της ζωής.

Υπήρξε μια πλούσια βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια, που ανέλυσε και εξέτασε την προσαρμογή σε διαφορετικά γεγονότα της ζωής όπως είναι η ανεργία (Clark et al., 2001; Lucas et al., 2004; Clark, 2006), ο γάμος και το διαζύγιο (Lucas et al., 2003; Lucas and Clark, 2006; Zimmerman and Easterlin, 2006; Oswald and Gardner, 2006), το εισόδημα (Di Tella et al., 2005; Kuhn et al., 2008). Επιπλέον, οι Clark et al., (2008) εξέτασαν τις υποθέσεις της προσαρμογής και της πρόβλεψης για την ανεργία, το γάμο, το διαζύγιο, τη χηρεία, τη γέννηση του παιδιού και των απολύσεων. Βρήκαν ισχυρά συνδετικά στοιχεία μεταξύ των συνέπειων της πρόβλεψης και της προσαρμογής σε κάθε σημαντικό γεγονός της ζωής με τις βαθμολογίες ικανοποίησης από τη ζωή.

Παρά την ύπαρξη μελετών που αναλύουν τις αρνητικές επιπτώσεις ορισμένων ασθενειών στην ευτυχία-υποκειμενική ευημερία (Wu, 2001; Ferrer-i-Carbonell and Van Praag, 2002; Groot et al., 2004; Chase et al., 2006), υπάρχουν πολύ λίγες που ανέλυσαν τη σχέση μεταξύ αναπηρίας και ευτυχίας ή υποκειμενικής ευημερίας από μια δυναμική άποψη (Lucas, 2007; Oswald and Powdthavee, 2008; Pagan, 2010). Οι περισσότερες μελέτες βασίστηκαν στα δεδομένα πινάκων μεγάλης κλίμακας που επιτρέπουν αλλαγές στα επίπεδα ευτυχίας ή υποκειμενικής ευημερίας για να μελετηθούν πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την έναρξη της αναπηρίας.

Ο Lucas (2007) διεξήγαγε μια έρευνα δανειζόμενος στοιχεία από το κοινωνικοοικονομικό γερμανικό πάνελ (GSOEP-German Socioeconomic Panel) (1984-2002) και από το πάνελ βρετανικών νοικοκυριών (BHPS-British Household Panel Study, 1991-2002), χρησιμοποιώντας ένα μέτρο της αναπηρίας με βάση τις επίσημες πιστοποιήσεις, όπου οι βαθμολογίες αναπηρίας κυμαίνονταν από 0 % έως 100%. Βρήκε ότι η αναπηρία συνδέεται με μέτριες έως μεγάλες μειώσεις στα επίπεδα ευτυχίας, καθώς και τους συμμετέχοντες που απέκτησαν κάποιου είδους αναπηρία να εμφανίζουν πολύ μικρή προσαρμογή με την πάροδο του χρόνου. Ως εκ τούτου, αυτό το τελευταίο αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με τη μακροχρόνια πεποίθηση μεταξύ των ψυχολόγων, ότι η προσαρμογή είναι αναπόφευκτη και εμφανίζεται ακόμη και στα πιο σημαντικά γεγονότα της ζωής.

Οι Oswald και Powdthavee (2008) χρησιμοποίησαν τα ίδια σύνολα δεδομένων όπως ο Lucas (2007), για να εκτιμήσουν μόνο τα αποτελέσματα της προσαρμογής στην ευτυχία κατά την έναρξη της αναπηρίας στο Ηνωμένο Βασίλειο (και επιπρόσθετα στη Γερμανία). Δημιουργήσαν δύο μεταβλητές ‘αναλογία του χρόνου στην αναπηρία’ και ‘ύπαρξη ή μη αναπηρίας’ οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στο μοντέλο της ευτυχίας. Επιπρόσθετα, χρησιμοποίησαν το βαθμό της αναπηρίας των ατόμων για την αναγνώριση του πληθυσμού με αναπηρίες. Τα αποτελέσματα δεν υποστήριζαν την ιδέα ότι, μετά την έναρξη της αναπηρίας, υπάρχει συνήθως μια επιστροφή στα πρότερα επίπεδα ευτυχίας, αντίθετα με το μοντέλο του παραδοσιακού οικονομολόγου που υποστηρίζει 0% προσαρμογή και το μοντέλο των ψυχολόγων που υποστηρίζει 100% προσαρμογή. Υπό την έννοια αυτή, βρήκαν μια μερική προσαρμογή στην αναπηρία γύρω στο 50% και 30% για μέτρια και σοβαρή αναπηρία, αντίστοιχα.

Πιο πρόσφατα, ο Pagan (2010) χρησιμοποίησε επίσης διαχρονικά δεδομένα από το GSOEP για την περίοδο 1981-2006 για να αναλύσει την επίδραση από την έναρξη της αναπηρίας στα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή των ατόμων. Παρατήρησε ότι τα άτομα που αποκτούν μια αναπηρία μειώνουν σημαντικά τις βαθμολογίες ικανοποίησης από τη ζωή τους. Ωστόσο, προσαρμόζονταν πλήρως στην αναπηρία τους, όσον αφορά την ικανοποίηση από τη ζωή, έξι χρόνια μετά από την έναρξη. Ωστόσο ο Pagan δεν διερεύνησε την επίδραση από την έναρξη της αναπηρίας σε διάφορους τομείς της ικανοποίησης, όπως, για παράδειγμα, η υγεία, το εισόδημα, η ψυχαγωγία ή εργασία.

Η έρευνα του Powdthavee (2009) είναι η μόνη που αντιμετωπίζει το ζήτημα του πότε και σε ποιο βαθμό επηρεάζονται από την αναπηρία επτά διαφορετικοί τομείς της ζωής του ατόμου (η υγεία, το εισόδημα, η στέγαση, η ικανοποίηση του συντρόφου, η κοινωνική ζωή, το ποσό του ελεύθερου χρόνου και η χρήση του ελεύθερου χρόνου). Ο ερευνητής χρησιμοποίησε δεδομένα της έρευνας του πάνελ βρετανικών νοικοκυριών (BHPS) και υπολόγισε τόσο τις σταθερές επιδράσεις της αναπηρίας στη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή όσο και σε κάθε τομέα χωριστά. Επιπλέον, ο Powdthavee ακολούθησε ένα μοντέλο δύο στρωμάτων που προτάθηκε από τους Van Praag et al. (2003) για την εκτίμηση μια παλινδρόμησης της ικανοποίησης από τη ζωή με κάθε τομέα ως επεξηγηματικές μεταβλητές, υποθέτοντας ότι η αναπηρία επιδρά στην ικανοποίηση από τη ζωή έμμεσα, μέσω των επιπτώσεων της στις επτά μεταβλητές ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αναπηρία, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της, έχει τις πιο επιζήμιες επιπτώσεις στην ικανοποίηση της υγείας, που ακολουθείται από τις λιγότερο βασικές μεταβλητές, όπως το εισόδημα, η κοινωνική ζωή, η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, η στέγαση και η ικανοποίηση του εταίρου. Η προσαρμογή

συναντάται σχεδόν σε όλες τις πληγείσες περιοχές της ζωής για τα άτομα με αναπηρίες, αλλά είναι συχνά ανολοκλήρωτη, κυρίως για άτομα με σοβαρές αναπηρίες.

Η συμμετοχή στην εργασία σχετίζεται με υψηλά επίπεδα ευτυχίας στο γενικό πληθυσμό. Τα προβλήματα υγείας (χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες) φαίνεται να επηρεάζουν αυτή τη σχέση. Οι Van Campen και Cardol (2009) πραγματοποίησαν μια έρευνα με σκοπό να αξιολογήσουν τη σχέση μεταξύ εργασίας και ευτυχίας (με την έννοια της ικανοποίησης από τη ζωή) για τρεις πληθυσμούς: άτομα με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες, άτομα με χρόνιες ασθένειες χωρίς αναπηρία και το γενικό πληθυσμό. Για το σκοπό αυτό, ανέλυσαν πόσα άτομα από κάθε κατηγορία συνειδητοποιούν τι σημαίνει «ικανοποιητική συμμετοχή» στην εργασία και στη συνέχεια ποια τα εμπόδια και ποιοι οι παράγοντες που διακρίνουν τους ικανοποιημένους συμμετέχοντες ανάμεσα στα άτομα με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ολλανδικό πληθυσμό από το 2001-2004, με τη μορφή συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σχέση μεταξύ ευτυχίας και εργασίας διαφέρει στα άτομα με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες συγκριτικά με τους άλλους δύο πληθυσμούς. Λιγότερα άτομα με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες κατηγοριοποιήθηκαν ως «ικανοποιημένα από την εργασία», ενώ τα περισσότερα ανήκαν στην ομάδα «ικανοποιημένοι χωρίς εργασία» και όχι στην αναμενόμενη ομάδα «ανικανοποίητοι χωρίς εργασία». Προκειμένου να εξηγηθεί αυτό το αποτέλεσμα, η ικανοποιητική συμμετοχή στην εργασία, ορίστηκε ως αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ προσωπικών παραγόντων και εμποδίων. Το κύριο εμπόδιο βρέθηκε να είναι η σοβαρότητα της αναπηρίας, ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης και η ηλικία, ήταν οι κύριοι παράγοντες. Η παραπάνω έρευνα αποκαλύπτει ότι ένα μεγάλο μέρος από την ομάδα των ατόμων με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες είναι ευτυχισμένο (ικανοποιημένο από τη ζωή) παρόλο που δεν έχει εργασία και επομένως εστιάζει σε άλλους τρόπους για να επιτύχει την ευτυχία.

Σε μια άλλη έρευνα, οι Lee και Park (2010) εστίασαν στις επιδράσεις που έχει η φυσική δραστηριότητα ή η συμμετοχή στα αθλήματα, για την ευτυχία εκφρασμένη με τη μεταβλητή «ικανοποίηση από τη ζωή». Σκοπός της έρευνας ήταν να αναλυθούν όχι μόνο οι καθοριστικοί παράγοντες της ευτυχίας σε έναν ειδικό πληθυσμό, αλλά και η σχέση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της ευτυχίας. Επιπλέον, επιχειρήθηκε η ποσοτική σύγκριση των αποτελεσμάτων της φυσικής δραστηριότητας, μετρούμενα από τη συχνότητα της συμμετοχής σε τακτική άσκηση και την ένταση της άσκησης, με εκείνα του εισοδήματος και της ανεργίας, σχετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή. Το δείγμα αποτέλεσαν άτομα με αναπηρία από την Κορέα. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που συμμετείχαν σε δραστηριότητες, εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας και ότι η διάρκεια των δραστηριοτήτων δεν έπαιζε κανένα ρόλο. Επίσης, συμπέραναν ότι οι μεταβολές σε εισοδήματα κάτω των 3.000 δολαρίων το μήνα δεν επηρέαζαν το δείκτη ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ εισοδήματα πάνω από 3.000 δολάρια το μήνα σχετίζονταν με θετική επίδραση στην ικανοποίηση από τη ζωή. Εν συνεχεία, παρατηρήθηκε ότι η επίδραση που έχει η συμμετοχή ή όχι σε δραστηριότητες μπορεί να συγκριθεί με την επίδραση της εργασιακής κατάστασης. Αυξανόμενη συμμετοχή σε δραστηριότητες δηλώνει στατιστικά σημαντική σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή, αντίστοιχη της εργασιακής κατάστασης. Τα αποτελέσματα της επίδρασης της σοβαρότητας της αναπηρίας και των χρόνων αναπηρίας βρέθηκαν να μην δημιουργούν στατιστικώς σημαντική σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή. Κυρίως όσο αφορά τα χρόνια της αναπηρίας, δε βρέθηκε βαθμός προσαρμογής στην αναπηρία,

αντιτιθέμενο αποτέλεσμα σχετικά με την ψυχολογική θεωρία της ηδονικής προσαρμογής. Καταλήγοντας, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην έρευνα διαδραμάτισε το είδος της αναπηρίας, με τους κωφούς να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ευτυχίας συγκριτικά με τους τυφλούς και τους κινητικά ανάπηρους, παρόλο που είχαν τη μικρότερη συχνότητα συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες.

Οι Van Campen και Iedema (2007) διεξήγαγαν μια έρευνα με σκοπό να συσχετίσουν την αντικειμενική συμμετοχή και την υποκειμενική ευημερία ατόμων χωρίς και με αναπηρίες, με μια σειρά κοινωνικών και σχετικών με την υγεία παραγόντων. Υπέθεσαν ότι υψηλότερη αντικειμενική συμμετοχή οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας σε άτομα με αναπηρίες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 5.826 ατόμων ολλανδικού πληθυσμού, εκ των οποίων οι 642 ήταν άτομα με αναπηρίες. Οι παράγοντες της ερευνητικής διεργασίας αφορούσαν: τη διάρκεια της αναπηρίας, τη σοβαρότητα της αναπηρίας, την αντικειμενική συμμετοχή (κοινωνική συμμετοχή, πολιτισμική συμμετοχή, συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και εργασιακή συμμετοχή), την υποκειμενική ευημερία υπολογισμένη από δύο δείκτες, την αντιλαμβανόμενη σωματική και ψυχική υγεία και την ευτυχία. Όσο αφορά την αντικειμενική συμμετοχή τα άτομα με αναπηρίες μειονεκτούν σχετικά με τη συμμετοχή στην εργασία, έναντι της κοινωνικής και πολιτισμικής συμμετοχής. Σύμφωνα με την υποκειμενική ευημερία, τα άτομα με αναπηρίες υστερούν στην αντιλαμβανόμενη σωματική υγεία, συγκριτικά με την αντιλαμβανόμενη ψυχική υγεία και την ευτυχία. Τα αποτελέσματα εμφάνισαν μικρές συσχετίσεις μεταξύ αντικειμενικής συμμετοχής, αντιλαμβανόμενης υγείας και ευτυχίας, που έρχονται σε αντίθεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Η διάρκεια της αναπηρίας καθώς και ο βαθμός σοβαρότητας της αναπηρίας έχουν άμεσο αντίκτυπο στην αντικειμενική συμμετοχή, που όμως δε σχετίζεται με την αντιλαμβανόμενη υγεία και την ευτυχία. Η ιδέα ότι η υποκειμενική ευημερία είναι το αποτέλεσμα μιας αλυσίδας εξασθενημένων σωματικών λειτουργιών, περιορισμένων δραστηριοτήτων και περιορισμένης συμμετοχής απορρίπτεται και επομένως υψηλότερη αντικειμενική συμμετοχή δεν οδηγεί απαραίτητα σε υψηλότερη υποκειμενική ευημερία στα άτομα με αναπηρίες.

Οι Barak και Achiron (2011) πραγματοποίησαν μια έρευνα, ώστε να αξιολογήσουν και να συγκρίνουν την ευτυχία και την προσωπική ανάπτυξη μεταξύ ατόμων με πολλαπλή σκλήρυνση και υγείων εθελοντών. Η ευτυχία, η προσωπική ανάπτυξη και η ικανοποίηση από τη ζωή χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες για τη γενικότερη ευημερία των ατόμων. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τόσο η ευτυχία όσο και η προσωπική ανάπτυξη δεν διέφεραν μεταξύ ατόμων με πολλαπλή σκλήρυνση και υγιούς δείγματος, τονίζοντας ότι τα θετικά συναισθήματα διατηρούνται ακόμη και σε άτομα με αναπηρίες. Αντιθέτως, ο δείκτης ικανοποίηση από τη ζωή βρέθηκε να εμφανίζει χαμηλότερα ποσοστά στις δύο ομάδες, αναδεικνύοντας το ρεαλιστικό αντίκτυπο της αναπηρίας στη ζωή των ατόμων με πολλαπλή σκλήρυνση.

Οι Marinic και Brkljacic (2008) χρησιμοποίησαν δύο ομάδες ενήλικων Κροατών, άτομα με αναπηρία και χωρίς, για να εξετάσουν τα επίπεδα ευτυχίας τους. Πιο συγκεκριμένα, διερεύνησαν εάν υπάρχει διαφορά στο επίπεδο ευτυχίας των ατόμων με και χωρίς αναπηρία, εάν υπάρχει διαφορά στην ικανοποίηση συγκεκριμένων πτυχών της ζωής-δεικτών ευημερίας (ικανοποίηση με την οικονομική κατάσταση, με την προσωπική υγεία, με τα κατορθώματά τους, με τις κοινωνικές τους σχέσεις, με τα αισθήματα προσωπικής ασφάλειας και με την αποδοχή τους από την κοινωνία) και προσπάθησαν να καθορίσουν τη συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των δεικτών ευημερίας και του επιπέδου ευτυχίας τους αντίστοιχα. Τα ευρήματα

εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, με τα άτομα με αναπηρίες να δείχνουν χαμηλότερα ποσοστά ευτυχίας και επομένως μερική προσαρμογή στην αναπηρία τους. Σχετικά με την ικανοποίηση στις διάφορες πτυχές της ζωής, τα άτομα χωρίς αναπηρίες ήταν περισσότερο ικανοποιημένα με την υγεία τους, τις κοινωνικές τους σχέσεις, το αίσθημα ασφάλειας και την αποδοχή τους από την κοινωνία. Τα άτομα με αναπηρίες ήταν αρκετά ικανοποιημένα με την οικονομική τους κατάσταση και τα κατορθώματά τους (επιβεβαίωση του 'παράδοξου' της αναπηρίας) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η συσχέτιση μεταξύ δεικτών ευημερίας και επιπέδου ευτυχίας φαίνεται να είναι πιο ισχυρή στα άτομα με αναπηρίες, αφού οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν περισσότερο τη γενικότερη ευτυχία τους.

Οι Anusic, Yip και Lucas (2013) διεξήγαγαν μια έρευνα με σκοπό να αξιολογήσουν την προσαρμογή του επιπέδου της ευτυχίας εξετάζοντας το βαθμό στον οποίο τα άτομα αλλάζουν εξαιτίας σημαντικών γεγονότων της ζωής (γάμος, γέννηση παιδιού, χηρεία, ανεργία, αναπηρία). Δύο ήταν τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που έθεσαν: α) εάν οι άνθρωποι είναι περισσότερο ή λιγότερο ευτυχισμένοι μετά από ένα σημαντικό γεγονός της ζωής και β) εάν οι άνθρωποι είναι περισσότερο ή λιγότερο ευτυχισμένοι από ότι θα ήταν εάν δεν είχαν βιώσει αυτό το γεγονός. Το δείγμα τους αποτέλεσε ελβετικός πληθυσμός. Συγκρίθηκαν δυο μεγάλες ομάδες. Μία η οποία είχε βιώσει κάποιο από τα παραπάνω πέντε σημαντικά γεγονότα και μία η οποία δεν είχε βιώσει τίποτα από τα παραπάνω. Από τις δύο μεγάλες ομάδες, η καθεμία διαχωρίστηκε σε πέντε υποομάδες, ανάλογα με το σημαντικό γεγονός που είχε βιώσει/δεν είχε βιώσει, αντίστοιχα. Τα ευρήματα όσον αφορά το γάμο έδειξαν ότι οι άνθρωποι βιώνουν μια σύντομη αύξηση της ευτυχίας μόλις παντρεύονται, αλλά δεν είναι περισσότερο ευτυχισμένοι μετά το γάμο από ότι όταν ήταν μόνοι τους. Είναι όμως περισσότερο ευτυχισμένοι συγκριτικά με το να ήταν ανύπαντροι. Σχετικά με τη γέννηση του παιδιού, οι γονείς φάνηκαν λιγότερο ευτυχισμένοι με τη γέννηση του παιδιού τους καθώς περνούσαν τα χρόνια, αλλά όχι λιγότερο ευτυχισμένοι συγκριτικά με αυτούς που δεν είχαν καθόλου παιδιά. Η χηρεία η ανεργία και η αναπηρία έδειξαν να συνδέονται με μικρό βαθμό προσαρμογής και μακρόχρονα αρνητικά αποτελέσματα στην ευτυχία, συγκριτικά με την ομάδα που δεν είχε βιώσει τέτοια σημαντικά γεγονότα.

Η Boerner (2004) πραγματοποίησε μια μελέτη για την προσαρμογή στην αναπηρία μεταξύ μεσήλικων και ηλικιωμένων ατόμων με προβλήματα όρασης. Ο κύριος σκοπός ήταν να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ της σοβαρότητας της απώλειας όρασης, της λειτουργικής αναπηρίας, καθώς και στρατηγικών αντιμετώπισης της αναπηρίας με τις δύο όψεις της ψυχικής υγείας, οι οποίες εσωκλείουν τόσο τις επιπτώσεις στην καθημερινή λειτουργική αντίληψη όσο και στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι συμμετέχοντες ήταν 55 μεσήλικες και 52 ηλικιωμένοι. Πιθανολογήθηκε ότι τόσο η σοβαρότητα των προβλημάτων όρασης, όσο και η λειτουργική αναπηρία θα σχετίζονταν θετικά με προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αναπηρίας αναμενόταν να σχετίζονταν αρνητικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Επιπλέον, διερευνήθηκε κατά πόσον ή όχι το αποτέλεσμα της λειτουργικής αναπηρίας για την ψυχική υγεία θα ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία. Τα ευρήματα κατέδειξαν έναν κρίσιμο ρόλο των στρατηγικών αντιμετώπισης για την προσαρμογή στην αναπηρία, με ευεργετικά αποτελέσματα για την ψυχική υγεία, που ήταν πιο έντονα στην περίπτωση της σοβαρής αναπηρίας για τους νεότερους συμμετέχοντες. Επιπρόσθετα, τα ευρήματα έδειξαν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αναπηρίας μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερο κίνδυνο για την ψυχική υγεία στη μέση από ό, τι στα τέλη της ενηλικίωσης.

Οι Nyman, Gosney και Victor (2009) πραγματοποίησαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση ποσοτικών ερευνών που είχαν δημοσιευθεί από το 2001-2009 για να διερευνήσουν την ψυχοκοινωνική επίδραση της όρασης σε εργαζόμενους ενήλικες με προβλήματα όρασης, καθώς και την αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης ή των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στα άτομα αυτά. Μετρήθηκαν η κατάθλιψη/η ψυχική υγεία, το άγχος, η ποιότητα ζωής, η κοινωνική λειτουργία ή η κοινωνική στήριξη. Σκοπός ήταν να αποδείξουν την παρουσία χαμηλότερων επιπέδων ψυχοκοινωνικής ευημερίας στον πληθυσμό αυτό. Οι εργαζόμενοι ενήλικες με προβλήματα όρασης είναι πιθανό να αναφέρουν μια μέτρια μείωση στην ψυχική ευημερία και την κοινωνική λειτουργία, καθώς και μείωση της ποιότητας ζωής. Η οπτική δυσλειτουργία δεν ήταν σταθερά συνδεδεμένη με την αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και δεν προέβλεπε μείωση της κοινωνικής στήριξης, αλλά τα χαμηλά επίπεδα της κοινωνικής στήριξης προέβλεπαν καταθλιπτικά συμπτώματα, και τα υψηλά επίπεδα υπερπροστασίας προέβλεπαν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι ενήλικες με πρόβλημα όρασης, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας συγκριτικά με τους βλέποντες συνομήλικους τους, στην ψυχική υγεία, την κοινωνική λειτουργία και την ποιότητα ζωής. Δεν υπήρξε καμία ένδειξη για την μείωση της κοινωνικής στήριξης, ενώ τα αποτελέσματα για την εμφάνιση κατάθλιψης ήταν ανάμεικτα.

Οι Trillo και Dickinson (2012) διερεύνησαν τη συμβολή των οπτικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων στις διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής σε άτομα με χαμηλή όραση. Το δείγμα τους αποτέλεσαν ασθενείς μεταξύ των ηλικιών 18 και 96 ετών με την καλύτερη διορθωμένη οπτική οξύτητα. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογηθούν όσο το δυνατόν περισσότεροι παράγοντες σε ένα μεγάλο τυχαίο δείγμα ασθενών με χαμηλή όραση που δέχονταν τη φροντίδα από μια κλινική για άτομα με χαμηλή όραση, προκειμένου να εντοπιστούν εκείνοι οι παράγοντες που προβλέπουν την ποιότητα ζωής σε άτομα με χαμηλή όραση. Η κλίμακα Μειωμένης Όρασης Ποιότητας ζωής (LVQOL), η κλίμακα Προσαρμογής στην Ηλικιακά Σχετιζόμενη Απώλεια Όρασης (AVL-12) και το Ερωτηματολόγιο Συμμετοχής Keele (KAP) θεωρήθηκαν ως μέτρα για τη λειτουργική όραση, την προσαρμογή στην απώλεια της όρασης και τον περιορισμό της συμμετοχής, αντίστοιχα. Η προσωπικότητα (BFI-10), οι θρησκευτικές πεποιθήσεις (SBI-15), η κοινωνική υποστήριξη (MOS), οι ψυχικές και σωματικές συνιστώσες της γενικής υγείας (MCS και PCS του SF-12), το ευ ζην (WHO-5), η χρήση μεγεθυντικών φακών (MLVQ), η κατανόηση της κατάστασης των ματιών τους και η ικανοποίηση με το Οφθαλμιατρείο (MLVQ), το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς και η οικονομική κατάσταση θεωρήθηκαν ως μεταβλητές για την πρόγνωση της ποιότητας ζωής. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μη οπτικοί παράγοντες, όπως η σωματική και ψυχική υγεία, βρέθηκαν να είναι ισχυρότεροι για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής σε άτομα με χαμηλή όραση συγκριτικά με τους οπτικούς παράγοντες, όπως η ευαισθησία αντίθεσης και οπτική οξύτητα, ή η χρήση μεγεθυντικών φακών.

Ο Kef (2002) μελέτησε την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και τη σημασία της κοινωνικής στήριξης των ολλανδών νέων (ηλικίας 14 έως 24 ετών) με προβλήματα όρασης. Η έρευνα του αποκάλυψε ότι η πλειοψηφία των νέων αυτών είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση, ήταν γενικά χαρούμενοι, δεν αισθάνονταν μοναξιά και ότι οι περισσότεροι είχαν αποδεχθεί τις συνέπειες της αναπηρίας τους. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τυφλών και των ατόμων με χαμηλή όραση (τόσο βαριά όσο και ελαφρά), παρόλο που οι βαθμολογίες για τα άτομα με

σοβαρά προβλήματα όρασης έτειναν να είναι πιο αρνητικές. Ενδιαφέρον παρουσίασε ότι δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων αυτών και των βλέπόντων. Οι βλέποντες νέοι έτειναν να έχουν μεγαλύτερο δίκτυο οικογένειας και φίλων, αν και τα άτομα που ήταν τυφλοί ή είχαν χαμηλή όραση ήταν ικανοποιημένοι και πίστευαν ότι λάμβαναν αρκετή υποστήριξη από τους γονείς και τους συνομήλικούς τους.

Οι Van Campen και Santvoort (2012) στην έρευνά τους χρησιμοποίησαν στοιχεία από την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα ατόμων με σοβαρές χρόνιες αναπηρίες προκειμένου να: 1) περιγράψουν την ανισότητα στο δείκτη υποκειμενικής ευημερίας σε 21 ευρωπαϊκές χώρες και 2) να εντοπίσουν τους κύριους καθοριστικούς παράγοντες αυτής της ανισότητας. Ο δείκτης υποκειμενικής ευημερίας μετρήθηκε χρησιμοποιώντας κλίμακες πολλαπλών στοιχείων για «συναισθηματική ποιότητα ζωής» και «ικανοποιητικής ζωής». Μεταβλητές σχετικά με την αναπηρία, τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, σύνθεση του νοικοκυριού), την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (επίπεδο εκπαίδευσης, καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών), τη συμμετοχή (αμειβόμενη εργασία, εθελοντική εργασία, κοινωνικές επαφές) και τους προσωπικούς πόρους (υποστηρικτικές σχέσεις, κοινωνική συνοχή, ζωντάνια, αισιοδοξία, ανθεκτικότητα, αντιληπτική αυτονομία, επιτεύγματα, αντιληπτική ικανότητα, αντιληπτική εμπλοκή, αντιλαμβανόμενο νόημα και σκοπό) εισήχθησαν σταδιακά σε μοντέλα παλινδρόμησης του δείκτη υποκειμενικής ευημερίας. Σε αυτή τη μελέτη, υποτέθηκε ότι οι διαφορές στο δείκτη υποκειμενικής ευημερίας καθορίζονται από τη σοβαρότητα της αναπηρίας, τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία, το επίπεδο της συμμετοχής στην κοινωνία και τους προσωπικούς πόρους. Ως εκ τούτου, δύο ήταν τα κύρια τα ερευνητικά ερωτήματα: ποιες ήταν οι διαφορές στο δείκτη υποκειμενικής ευημερίας μεταξύ των ατόμων με και χωρίς σοβαρές αναπηρίες σε 21 ευρωπαϊκές χώρες και ποιοι ήταν οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες αυτής της ανισότητας μεταξύ αυτών των χωρών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με αναπηρίες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση από την άποψη του δείκτη υποκειμενικής ευημερίας σε όλες τις χώρες. Στις βόρειες χώρες, το χάσμα μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και χωρίς είναι μικρότερο από ό, τι στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Σε όλες τις χώρες η ανισότητα στο δείκτη υποκειμενικής ευημερίας εξηγήθηκε κυρίως από τους προσωπικούς πόρους και όχι από το επίπεδο της αναπηρίας, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ή το επίπεδο της συμμετοχής στην εργασία.

Ο Urral (2006) διεξήγαγε μια μελέτη για να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν το δείκτη υποκειμενικής ευημερίας μετρημένο ως επίπεδο ευτυχίας. Το δείγμα του αποτέλεσαν 24.036 Καναδοί με αναπηρίες. Τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν για να μελετήσουν τις επιπτώσεις στο επίπεδο της ευτυχίας με βάση χρόνο απόκτησης, το είδος και τη σοβαρότητα της αναπηρίας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η ευτυχία σχετίζεται αρνητικά με τη σοβαρότητα της αναπηρίας, αλλά είναι ανεξάρτητη από το είδος της αναπηρίας. Η χρονική στιγμή απόκτησης της αναπηρίας έχει σημασία. Τα άτομα που απέκτησαν την αναπηρία κάποια στιγμή στη ζωή τους συγκρινόμενα με αυτά που γεννήθηκαν με αναπηρία, φάνηκαν να είναι λιγότερο ευτυχισμένα. Οι εκ γενετής ανάπηροι ήταν σε καλύτερη θέση να προσαρμοστούν στην κατάστασή τους. Επίσης, από τα ευρήματα διαφαίνεται ότι υπάρχει μια σχέση κοίλου σχήματος μεταξύ της ηλικίας και της ευτυχίας. Η ευτυχία εμφανίζει αυξημένα ποσοστά στην αρχή της ενηλικίωσης (25 ετών), μειώνεται κάπου στη μέση ηλικία (40 ετών) και αυξάνεται πάλι προς το τέλος της ενηλικίωσης (55 ετών). Επιπρόσθετα, μερικά από τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το κατά κεφαλήν εισόδημα δεν έχει επίδραση στην ευτυχία. Ωστόσο, η ανεργία φαίνεται να οδηγεί

σε μείωση της ευτυχίας. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ευτυχίας και φύλου. Τέλος, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση φαίνεται ότι τα άτομα που βρίσκονται σε διάσταση είναι λιγότερο ευτυχείς σε σχέση με τους έγγαμους.

Κεφάλαιο 7. Εμπειρική μελέτη

7.1. Εισαγωγή

Στη μελέτη που ακολουθεί, αναφέρονται διεξοδικά ο σκοπός και οι βασικοί στόχοι της έρευνας σύμφωνα με τους οποίους στοιχειοθετούνται και οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εμπειρικής μελέτης. Στη συνέχεια, περιγράφονται αναλυτικά τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ως μεθοδολογικά εργαλεία της έρευνας, ενώ ακολούθως παρέχονται αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων, τη δομή του δείγματος συμμετεχόντων καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά αυτών. Επιπρόσθετα, γίνεται αναφορά στις στατιστικές μεθοδολογίες που υλοποιήθηκαν για την επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων και αναλύονται διεξοδικά τα αποτελέσματά τους. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με εκτενής συζήτηση επί των ερευνητικών ευρημάτων, καθώς και καταγραφή τόσο των περιορισμών της παρούσας έρευνας όσο και προτάσεων για μελλοντική έρευνα.

7.2. Σκοπός έρευνας

Σύμφωνα με τον Easterlin (2003) η ευτυχία είναι ένας θεμελιώδης στόχος της ανθρώπινης ύπαρξης, μια μακρόχρονη και συνολική αίσθηση ψυχικής ευεξίας και ικανοποίησης από τη ζωή. Με δεδομένο ότι ο άνθρωπος προσπαθεί με κάθε τρόπο να κατακτήσει την ευτυχία, κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει το επίπεδο ευτυχίας ατόμων με και δίχως αναπηρία καθώς και να διερευνήσει εάν και κατά πόσο το επίπεδο ευτυχίας που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία επηρεάζει το βαθμό αποδοχής της δυσλειτουργίας τους. Συνεπώς, βασικοί στόχοι της παρούσας μελέτης είναι:

- α) η μελέτη του επιπέδου της κλίμακας ευτυχίας ατόμων με και δίχως αναπηρία,
- β) η μελέτη του βαθμού της κλίμακας αποδοχής της δυσλειτουργίας καθώς και των τεσσάρων υποκλιμάκων αυτής για άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία.
- γ) η επιρροή του βαθμού των κλιμάκων ευτυχίας και αποδοχής της δυσλειτουργίας, από το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, περιβάλλον διαβίωσης, προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας) τόσο στα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία, όσο και στα άτομα δίχως αναπηρία,
- δ) η ύπαρξη και ο βαθμός συσχέτισης της κλίμακας ευτυχίας, τόσο με την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας, όσο και με το σύνολο των υποκλιμάκων αυτής.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αλλά και με βάση τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης, προκύπτουν ότι είναι:

1. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο βαθμό ευτυχίας των ατόμων με και δίχως αναπηρία;
2. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο βαθμό αποδοχής της δυσλειτουργίας των ατόμων με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία;
3. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο βαθμό ευτυχίας των ατόμων με και δίχως αναπηρία ως προς το σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών;
4. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο βαθμό αποδοχής της δυσλειτουργίας των ατόμων με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία ως προς το σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών;

5. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κλίμακας ευτυχίας με την κλίμακα αποδοχής δυσλειτουργίας και της υποκλίμακες αυτής, για τα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία;

7.3. Ερευνητικά εργαλεία

Για την διεξαγωγή της έρευνας ως κύριο ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο, δεδομένου ότι είναι η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη ερευνητική μέθοδος.

Ένα από τα πλεονεκτήματα του είναι ότι μπορούμε σε μικρό χρονικό διάστημα να συγκεντρώσουμε ερευνητικά δεδομένα από μεγάλο δείγμα (Παρασκευόπουλος, 1993). Ακόμη το ερωτηματολόγιο είναι εύχρηστο, οικονομικό και απαντούν όλοι οι ερωτώμενοι στις ίδιες ερωτήσεις. Τέλος τα αποτελέσματά του δύναται να είναι έγκυρα και αξιόπιστα μετά από την κατάλληλη επεξεργασία (Bird et al., 1999; Faulker et al., 1999).

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, στο πλαίσιο επιλογής εργαλείων μέτρησης της ευτυχίας ατόμων με και δίχως αναπηρία καθώς και της αποδοχής της δυσλειτουργίας ατόμων με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία, η επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για υφιστάμενα ερωτηματολόγια εντόπισε τα εξής:

- Κλίμακα Ευτυχίας Οξφόρδης (Oxford Happiness Scale), P. Hills και M. Argyle (Προσαρμογή: Ε. Καραδήμας)

Η κλίμακα αυτή σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις βασικές διαστάσεις της υποκειμενικής ευεξίας. Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς, όπου ο ερωτώμενος καλείται να αξιολογήσει κατά πόσο ισχύει καθένα από τα θέματα της κλίμακας.

Το ερωτηματολόγιο ευτυχίας περιλαμβάνει 29 προτάσεις που μετρούν τις διαστάσεις της υποκειμενικής ευεξίας και αποτελείται από τέσσερις παράγοντες που ερμηνεύουν το 56,41% της συνολικής διακύμανσης. Οι παράγοντες είναι οι εξής: (1) ικανοποίηση από τη ζωή, (2) ενεργητικότητα, (3) θετικό συναίσθημα και (4) κοινωνικότητα. Ο παράγοντας που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν ο πρώτος παράγοντας, δηλαδή η ικανοποίηση από τη ζωή, ο οποίος περιλαμβάνει 9 προτάσεις που εξηγούν το 40,54% της διακύμανσης.

Επιπλέον, για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας προσαρμόστηκε αναλόγως πενταβάθμια κλίμακα διαβαθμίσεων τύπου Likert (από 1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα), ενώ για κάθε συμμετέχοντα υπολογίσθηκαν η αθροιστική και μέση βαθμολογία κλίμακας, ως μέτρα ελέγχου του επιπέδου ευτυχίας αυτού. Η αθροιστική βαθμολογία μπορεί να πάρει τιμές που κυμαίνονται από 9 έως και 45 βαθμούς, ενώ όπως είναι εύκολα αντιληπτό η μέση βαθμολογία κλίμακας μπορεί να πάρει τιμές από 1 έως και 5 βαθμούς.

- Κλίμακα Αποδοχής της Δυσλειτουργίας (Acceptance of Disability Scale [ADS]), D.C. Linkowski (Προσαρμογή: Γ. Κλεφτάρας)

Η κλίμακα αυτή αποσκοπεί στη μέτρηση και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ατόμων που παρουσιάζουν σωματικές δυσλειτουργίες ή αναπηρίες, όπως αυτή φαίνεται μέσα από την αποδοχή αυτών των δυσλειτουργιών από το ίδιο το άτομο που τις παρουσιάζει.

Η ADS αποτελείται από 50 προτάσεις που αναφέρονται στις πεποιθήσεις και τις απόψεις ενός ατόμου για τις ικανότητές του και την ποιότητα της ζωής του. Βασίζεται στη θεωρία του Wright (1983) σε σχέση με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και ειδικότερα με την αποδοχή της απώλειας, που συνδέεται άμεσα με την αντίληψη του ατόμου για τις επιδράσεις της

δυσλειτουργίας και τις πιθανές αντιδράσεις στο γεγονός μιας σωματικής βλάβης ή μιας κατάστασης αναπηρίας. Ο Wright αντιλαμβάνεται την ψυχοκοινωνική προσαρμογή ως μια διαδικασία μεταβολής αξιών. Θεωρεί ότι οι μεταβολές αξιών είναι χαρακτηριστικές των ατόμων με δυσλειτουργίες τα οποία έχουν φτάσει να αποδεχθούν τη δυσλειτουργία τους. Οι μεταβολές αυτές στις αξίες αναφέρονται: (α) στη διεύρυνση της έκτασης των αξιών (προτάσεις: 4, 7, 12, 13, 14, 16, 21, 24, 30, 34, 42, 47, 48, 50), (β) στην υπαγωγή ή μείωση της έμφασης που δίνεται στην εμφάνιση, στα χαρακτηριστικά και στη φυσική κατασκευή του σώματος (προτάσεις: 5, 15, 26, 28, 29), (γ) στη συγκράτηση και τον περιορισμό των επιδράσεων της δυσλειτουργίας (προτάσεις: 2, 3, 6, 8, 9, 10, 17, 19, 23, 27, 33, 35, 36, 43, 45, 46) και (δ) στην αλλαγή από τη σύγκριση με τους άλλους στην έμφαση στα προσωπικά προσόντα (προτάσεις: 1, 11, 18, 20, 22, 25, 31, 32, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 49). Οι παραπάνω μεταβολές αποτελούν και τις τέσσερις υποκλίμακες της ADS, ενώ οι προτάσεις-ερωτήσεις που τις συνθέτουν παρουσιάζονται ως μια ενιαία κλίμακα (Groomes and Linkowski, 2007). Επιπλέον, από τις 50 προτάσεις της ADS ορισμένες είναι θετικά και ορισμένες αρνητικά διατυπωμένες, ενώ η απάντηση σε καθεμία γίνεται σε μια κλίμακα τύπου Likert έξι διαβαθμίσεων.

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας προσαρμόστηκε αναλόγως πενταβάθμια κλίμακα διαβαθμίσεων τύπου Likert (από 1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα), ενώ για κάθε συμμετέχοντα υπολογίστηκαν οι αθροιστικές και μέσες βαθμολογίες τόσο της ενιαίας κλίμακας αποδοχής, όσο και των τεσσάρων υποκλιμάκων αυτής. Οι αθροιστικές βαθμολογίες μπορούν να πάρουν τιμές από 50 έως και 250 για την ενιαία κλίμακα, από 14 έως και 70 για την υποκλίμακα α, από 5 έως και 25 για την υποκλίμακα β, από 16 έως και 80 για την υποκλίμακα γ και από 15 έως και 75 για την υποκλίμακα δ, ενώ οι μέσες βαθμολογίες τόσο της ενιαίας κλίμακας, όσο και των τεσσάρων υποκλιμάκων της μπορούν να πάρουν τιμές από 1 έως και 5 βαθμούς.

7.4. Δείγμα συμμετεχόντων

7.4.1. Επιλογή δείγματος

Η επιλογή του αντιπροσωπευτικού δείγματος προς εξασφάλιση αμεροληψίας έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία από άτομα με σωματική-κινητική αναπηρία, κώφωση και τύφλωση καθώς και από άτομα χωρίς αναπηρία. Κριτήρια που ετέθησαν για την επιλογή του δείγματος ήταν: α) η εθελοντική και απρόσκοπτη συμμετοχή β) η προφορική συναίνεση των ατόμων κατόπιν, της ενημέρωσής τους για το σκοπό διεξαγωγής της έρευνας γ) να είναι άνω των 18 ετών δ) να έχουν την δυνατότητα επικοινωνίας και συνομιλίας με έτερο πρόσωπο και ε) να μπορούν να συνεννοηθούν στην ελληνική γλώσσα.

Η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων διήρκεσε από το Σεπτέμβριο του 2014 έως και τον Δεκέμβριο του ίδιου έτους. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε συλλόγους ατόμων με αναπηρία σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα στις περιφέρειες της Αττικής, της Ηπείρου και της Πελοποννήσου, και σε άτομα χωρίς αναπηρία από τις περιφέρειες Αττικής και Ηπείρου. Ωστόσο, από τα ερωτηματολόγια που επεστράφησαν, εξαιρέθηκαν από την παρούσα διαναπηρική έρευνα 7 ελλιπώς συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, καθώς δεν κρίθηκαν ως αξιοποιήσιμα. Συνολικά, συγκεντρώθηκαν 240 ερωτηματολόγια, 60 από κάθε κατηγορία αντίστοιχα.

7.4.2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος άτομα με αναπηρία και άτομα χωρίς αναπηρία. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν 60 άτομα χωρίς αναπηρία και 180 άτομα με αναπηρία εκ των οποίων 60 ήταν με κινητικά προβλήματα, 60 ήταν με προβλήματα ακοής και 60 με προβλήματα όρασης.

Η δομή του δείγματος ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική κατάσταση, την περιοχή διαβίωσης, το περιβάλλον διαβίωσης, την προέλευση και το διάστημα αναπηρίας για τα άτομα με αναπηρία.

Ο ακόλουθος συγκεντρωτικός πίνακας (Πίνακας 1), περιέχει όλες τις πληροφορίες που αφορούν στο σύνολο των παρατηρούμενων δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος συμμετεχόντων

		Ομάδα συμμετεχόντων				
		Γενικό σύνολο (N)	Άτομα δίχως αναπηρία	Άτομα με κινητική αναπηρία	Άτομα με ακουστική αναπηρία	Άτομα με οπτική αναπηρία
Φύλο	Ανδρας	124 (51,7%)	34 (56,7%)	30 (50,0%)	21 (35,0%)	39 (65,0%)
	Γυναίκα	116 (48,3%)	26 (43,3%)	30 (50,0%)	39 (65,0%)	21 (35,0%)
	Σύνολο	240	60	60	60	60
Ηλικία	Έως 25 ετών	18 (7,5%)	6 (10,0%)	0 (0,0%)	7 (11,7%)	5 (8,3%)
	26-35 ετών	74 (30,8%)	25 (41,7%)	23 (38,3%)	14 (23,3%)	12 (20,0%)
	36-45 ετών	90 (37,5%)	24 (40,0%)	31 (51,7%)	8 (13,3%)	27 (45,0%)
	46-55 ετών	35 (14,6%)	5 (8,3%)	6 (10,0%)	13 (21,7%)	11 (18,3%)
	56 ετών και άνω	23 (9,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	18 (30,0%)	5 (8,3%)
	Σύνολο	240	60	60	60	60
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	86 (35,8%)	19 (31,7%)	20 (33,3%)	21 (35,0%)	26 (43,3%)
	Σε σχέση ή έγγαμος/η	122 (50,8%)	36 (60,0%)	26 (43,3%)	34 (56,7%)	26 (43,3%)
	Διαζευμένος/η	22 (9,2%)	5 (8,3%)	11 (18,3%)	0 (0,0%)	6 (10,0%)
	Χήρος/α	10 (4,2%)	0 (0,0%)	3 (5,0%)	5 (8,3%)	2 (3,3%)
	Σύνολο	240	60	60	60	60
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΥΕ	36 (15,0%)	0 (0%)	3 (5,0%)	20 (33,3%)	13 (21,7%)
	ΔΕ	66 (27,5%)	4 (6,7%)	24 (40,0%)	17 (28,3%)	21 (35,0%)
	ΤΕ	53 (22,1%)	23 (38,3%)	13 (21,7%)	8 (13,3%)	9 (15,0%)
	ΠΕ	85 (35,4%)	33 (55,0%)	20 (33,3%)	15 (25,0%)	17 (28,3%)
	Σύνολο	240	60	60	60	60
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος/η	56 (23,3%)	20 (33,3%)	12 (20,0%)	13 (21,7%)	11 (18,3%)
	Δημ. Υπάλληλος	33 (13,8%)	20 (33,3%)	12 (20,0%)	3 (5,0%)	3 (5,0%)
	Ιδ. Υπάλληλος	45 (18,8%)	17 (28,3%)	7 (11,7%)	7 (11,7%)	3 (5,0%)
	Ελ. Επαγγελματίας	2 (0,8%)	2 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Συνταξιούχος	104 (43,3%)	1 (1,7%)	29 (48,3%)	37 (61,7%)	43 (71,7%)
	Σύνολο	240	60	60	60	60

	Σύνολο	240	60	60	60	60
Περιοχή διαβίωσης	Αστική περιοχή	240 (100,0%)	60 (100,0%)	60 (100,0%)	60 (100,0%)	60 (100,0%)
	Σύνολο	240	60	60	60	60
Περιβάλλον διαβίωσης	Μόνος/η μου	34 (14,2%)	15 (25,0%)	12 (20,0%)	7 (11,7%)	0 (0,0%)
	Με συγγενείς	178 (74,2%)	40 (66,7%)	43 (71,7%)	45 (75,0%)	50 (83,3%)
	Με φίλους	28 (11,7%)	5 (8,3%)	5 (8,3%)	8 (13,3%)	10 (16,7%)
	Σύνολο	240	60	60	60	60
Προέλευση αναπηρίας	Εκ γενετής	98 (54,4%)	0 (0,0%)	25 (41,7%)	44 (73,3%)	45 (75,0%)
	Επίκτητη	82 (45,6%)	0 (0,0%)	35 (58,3%)	16 (26,7%)	15 (25,0%)
	Σύνολο	180	0	60	60	60
Διάστημα αναπηρίας	Έως 5 έτη	24 (13,3%)	0 (0,0%)	8 (13,3%)	5 (8,3%)	8 (13,3%)
	6-10 έτη	43 (23,9%)	0 (0,0%)	20 (33,3%)	6 (10,0%)	7 (11,7%)
	11-20 έτη	28 (15,6%)	0 (0,0%)	10 (16,7%)	15 (25,0%)	0 (0,0%)
	21 έτη και άνω	85 (47,2%)	0 (0,0%)	22 (36,7%)	34 (56,7%)	45 (75,0%)
	Σύνολο	180	0	60	60	60

Φύλο

Παρατηρούμε ότι ως προς το φύλο των συμμετεχόντων στα άτομα με κινητική αναπηρία 30 είναι άνδρες (50%) και 30 γυναίκες (50%), στα άτομα με ακουστική αναπηρία 21 είναι άνδρες (35%) και 39 γυναίκες (65%) και στα άτομα του δείγματος με οπτική αναπηρία 39 είναι άνδρες (65%) και 21 γυναίκες (35%). Από το σύνολο των συμμετεχόντων χωρίς αναπηρία είναι 34 άνδρες (56,7%) και 26 γυναίκες (43,3%). Στο σύνολο του δείγματος 124 (51,7%) είναι άνδρες και 116 (48,3%) είναι γυναίκες.

Ηλικία

Παρατηρούμε ότι ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων, στην ηλικιακή ομάδα έως 25 ετών συμμετείχαν 0 άτομα με κινητική αναπηρία (0%), 7 με ακουστική αναπηρία (11,7%), 5 με οπτική αναπηρία (8,3%) και 6 δίχως αναπηρία (10%). Στην ηλικιακή ομάδα από 26-35 ετών, 23 είχαν κινητική αναπηρία (38,3%), 14 ακουστική αναπηρία (23,3%), 12 οπτική αναπηρία (20%) και 25 δεν είχαν καμία αναπηρία (41,7%). Στην ηλικιακή ομάδα από 36-45 ετών, 31 είχαν κινητική αναπηρία (51,7%), 8 ακουστική αναπηρία (13,3%), 27 οπτική αναπηρία (45%) και 24 δεν είχαν καμία αναπηρία (40%). Στην ηλικιακή ομάδα από 46-55 ετών, 6 είχαν κινητική αναπηρία (10%), 13 ακουστική αναπηρία (21,7%), 11 οπτική αναπηρία (18,3%) και 5 δεν είχαν καμία αναπηρία (8,3%). Στην ηλικιακή ομάδα από 55 ετών και άνω, 0 είχαν κινητική αναπηρία (0%), 18 ακουστική αναπηρία (30%), 5 οπτική αναπηρία (8,3%) και 0 δεν είχαν καμία αναπηρία (0%). Από το σύνολο των συμμετεχόντων 18 άτομα (7,5%) ήταν έως 25 ετών, 74 άτομα (30,8%) ήταν από 26-35 ετών, 90 άτομα (37,5%) ήταν από 36-45 ετών, 35 άτομα (14,6%) ήταν από 46-55 ετών και 23 άτομα (9,6%) ήταν από 55 ετών και άνω.

Οικογενειακή κατάσταση

Παρατηρούμε ότι ως προς την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, άγαμοι ήταν 20 με κινητική αναπηρία (33,3%), 21 με ακουστική αναπηρία (35%), 26 με οπτική αναπηρία

(43,3%) και 19 χωρίς αναπηρία (31,7%). Σε σχέση ή έγγαμοι/ες ήταν 26 με κινητική αναπηρία (43,3%), 34 με ακουστική αναπηρία (56,7%), 26 με οπτική αναπηρία (43,3%) και 36 χωρίς αναπηρία (60%). Διαζευγμένοι/ες ήταν 11 με κινητική αναπηρία (18,3%), 0 με ακουστική αναπηρία (0%), 6 με οπτική αναπηρία (10%) και 5 χωρίς αναπηρία (8,3%). Χήροι/ες ήταν 3 με κινητική αναπηρία (5%), 5 με ακουστική αναπηρία (8,3%), 2 με οπτική αναπηρία (3,3%) και 0 χωρίς αναπηρία (0%). Από το σύνολο των συμμετεχόντων 86 άτομα (35,8%) ήταν άγαμα, 122 άτομα (50,8%) ήταν έγγαμα ή σε σχέση, 22 άτομα (9,2%) ήταν διαζευγμένα και 10 άτομα (4,2%) ήταν χήροι/ες.

Επίπεδο εκπαίδευσης

Παρατηρούμε ότι ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, στην έρευνα συμμετείχαν 3 άτομα υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ) με κινητική αναπηρία (5%), 20 με ακουστική αναπηρία (33,3%), 13 με οπτική αναπηρία (21,7%) και 0 χωρίς αναπηρία (0%). Συμμετείχαν 24 άτομα δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) με κινητική αναπηρία (40%), 17 με ακουστική αναπηρία (28,3%), 21 με οπτική αναπηρία (35%) και 4 χωρίς αναπηρία (6,7%). Συμμετείχαν 13 άτομα τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ) με κινητική αναπηρία (21,7%), 8 με ακουστική αναπηρία (13,3%), 9 με οπτική αναπηρία (15%) και 23 χωρίς αναπηρία (38,3%). Συμμετείχαν 20 άτομα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ) με κινητική αναπηρία (33,3%), 15 με ακουστική αναπηρία (25%), 17 με οπτική αναπηρία (28,3%) και 33 χωρίς αναπηρία (55%). Από το σύνολο των συμμετεχόντων 36 άτομα (15,0%) είχαν λάβει ΥΕ, 66 άτομα (27,5%) είχαν λάβει ΔΕ, 53 άτομα (22,1%) είχαν λάβει ΤΕ και 85 άτομα (35,4%) είχαν λάβει ΠΕ.

Επαγγελματική κατάσταση

Παρατηρούμε ότι ως προς την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος, άνεργοι ήταν 12 άτομα με κινητική αναπηρία (20%), 13 με ακουστική αναπηρία (21,7%), 11 με οπτική αναπηρία (18,3%) και 20 χωρίς αναπηρία (33,3%). Δημόσιοι υπάλληλοι ήταν 12 άτομα με κινητική αναπηρία (20%), 3 με ακουστική αναπηρία (5%), 3 με οπτική αναπηρία (5%) και 20 χωρίς αναπηρία (33,3%). Ιδιωτικοί υπάλληλοι ήταν 7 άτομα με κινητική αναπηρία (11,7%), 7 με ακουστική αναπηρία (11,7%), 3 με οπτική αναπηρία (5%) και 17 χωρίς αναπηρία (28,3%). Ελεύθεροι επαγγελματίες ήταν 0 άτομα με κινητική αναπηρία (0%), 0 με ακουστική αναπηρία (0%), 0 με οπτική αναπηρία (0%) και 2 χωρίς αναπηρία (3,3%). Συνταξιούχοι ήταν 29 άτομα με κινητική αναπηρία (48,3%), 37 με ακουστική αναπηρία (61,7%), 43 με οπτική αναπηρία (71,1%) και 1 χωρίς αναπηρία (1,7%). Από το σύνολο του δείγματος οι άνεργοι ήταν 56 άτομα (23,3%), οι δημόσιοι υπάλληλοι ήταν 38 άτομα (15,8%), οι ιδιωτικοί υπάλληλοι ήταν 34 άτομα (14,2%), οι ελεύθεροι επαγγελματίες ήταν 2 άτομα (0,8%) και οι συνταξιούχοι ήταν 110 άτομα (45,8%).

Περιοχή διαβίωσης

Ως προς την περιοχή διαβίωσης, παρατηρούμε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα διαμένουν σε αστική περιοχή, είτε έχουν ένα από τα τρία υπό μελέτη είδη αναπηρίας είτε όχι.

Περιβάλλον διαβίωσης

Ως προς το περιβάλλον διαβίωσης, παρατηρούμε ότι τα άτομα δίχως αναπηρία πλειοψηφικά μένουν με συγγενείς, μιας και οι 40 εκ των συμμετεχόντων της συγκεκριμένης ομάδας (66,7%)

δήλωσαν κάτι τέτοιο, ενώ 15 (25%) ανέφεραν ότι μένουν μόνοι τους και οι υπόλοιποι 5 (8,3%) ότι μένουν με φίλους. Όσον αφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία, οι 43 (71,7%) δήλωσαν ότι μένουν με συγγενείς, 12 (20,0%) ότι μένουν μόνοι τους και μόλις 5 (8,3%) ότι μένουν με φίλους. Επιπλέον, από τα άτομα με ακουστική αναπηρία, 7 (11,7%) δήλωσαν ότι μένουν μόνοι τους, 45 (75,0%) ότι μένουν με συγγενείς, ενώ υπήρξαν και 8 που ανέφεραν ότι μένουν με φίλους (13,3%). Τέλος, σχετικά με τα άτομα με οπτική αναπηρία, 50 (83,3%) εξ αυτών δήλωσαν ότι μένουν με συγγενείς και οι υπόλοιποι 10 (16,7%) ότι διαμένουν με φίλους τους.

Προέλευση αναπηρίας

Όσον αφορά την προέλευση της αναπηρίας, υπήρξε διαφοροποίηση των πλειοψηφικών ποσοστών ως προς το είδος της αναπηρίας. Έτσι, από τα άτομα με κινητική αναπηρία που συμμετείχαν στην έρευνα, 25 (41,7%) είχαν εκ γενετής την αναπηρία, ενώ οι υπόλοιποι 35 (58,3%) την απέκτησαν κατά την πορεία της ζωής τους. Ως προς τα άτομα με ακουστική αναπηρία, η πλειοψηφία τους (44 άτομα με ποσοστό 73,3%) απέκτησε την αναπηρία εκ γενετής και οι υπόλοιποι 16 (26,7%) είχαν επίκτητη αναπηρία, ενώ τα αντίστοιχα ποσά και ποσοστά για τα άτομα με οπτική αναπηρία ήταν 45 (75%) εκ γενετής και 15 (25%) επίκτητη.

Διάστημα αναπηρίας

Ως προς το διάστημα αναπηρίας, παρατηρούμε ότι από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία, 22 (36,7%) είχαν την αναπηρία τους 21 έτη και άνω, 20 (33,3%) είχαν την αναπηρία τους 6-10 έτη, 10 (16,7%) είχαν την αναπηρία τους 11-20 έτη και 8 (13,3%) είχαν την αναπηρία τους έως 5 έτη. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ατόμων με ακουστική αναπηρία (34 άτομα με ποσοστό 56,7%) είχαν την αναπηρία τους 21 έτη και άνω, 15 (25,0%) 11-20 έτη, 6 (10,0%) 6-10 έτη και μόλις 5 (8,3%) έως 5 έτη. Τέλος, όσον αφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία, 45 άτομα (75%) δήλωσαν ότι είχαν την αναπηρία τους 21 έτη και άνω, 8 άτομα (13,3%) ανέφεραν ότι είχαν την αναπηρία τους έως 5 έτη, ενώ οι υπόλοιποι 8 εξ αυτών δήλωσαν ότι είχαν την αναπηρία τους 6-10 έτη.

7.5. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS for Windows Version 22.0 (Statistical Package for Social Sciences - Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Αρχικά υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha, προκειμένου να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία των συλλεγόμενων ερευνητικών δεδομένων. Στη συνέχεια έγινε χρήση περιγραφικής στατιστικής με τον υπολογισμό των αριθμητικών μεγεθών (μέση τιμή και τυπική απόκλιση), καθώς και την κατασκευή κατάλληλων πινάκων συνάφειας (crosstabs) για το σύνολο των ερωτημάτων των δύο ερωτηματολογίων. Παράλληλα ελέγχθηκαν οι στατιστικές υποθέσεις της διαφοροποίησης των απαντήσεων σε κάθε ερώτημα, ως προς την ύπαρξη ή το είδος της αναπηρίας.

Στη συνέχεια, υλοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι τις ισότητας των μέσων κλιμάκων ευτυχίας και αποδοχής της δυσλειτουργίας ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Για το σύνολο των παραπάνω ελέγχων έγινε χρήση είτε παραμετρικών, είτε των αντίστοιχων μη παραμετρικών τεστ, ανάλογα με το αν πληρούνταν σε κάθε περίπτωση οι προϋποθέσεις χρήσης των πρώτων, ήτοι:

- ανεξαρτησία ελεγχόμενων πληθυσμών,
- μη ύπαρξη ακραίων παρατηρήσεων,
- ύπαρξη κανονικότητας για κάθε πληθυσμό και
- ισότητα διακυμάνσεων ελεγχόμενων πληθυσμών.

Έτσι στις περιπτώσεις που ικανοποιούνταν οι παραπάνω προϋποθέσεις, έγινε χρήση είτε του Student's t-test (για 2 πληθυσμούς), είτε του One-way Anova F-test (για 3 ή περισσότερους πληθυσμούς). Σε διαφορετική περίπτωση έγινε χρήση των αντίστοιχων μη παραμετρικών στατιστικών διαδικασιών, δηλαδή του κριτηρίου Mann-Whitney's U (για 2 πληθυσμούς), ή του κριτηρίου Kruskal-Wallis (για 3 ή περισσότερους πληθυσμούς).

Τέλος, μελετήθηκε η συσχέτιση της κλίμακας ευτυχίας με την κλίμακα αποδοχής δυσλειτουργίας και τις υποκλίμακες αυτής, για τα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία, καθώς και για κάθε δημογραφικό χαρακτηριστικό αυτών, με τον υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης του Pearson, ενώ ο έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας επιβεβαιώθηκε με το κριτήριο χ^2 (Chi-square test).

Σε αυτό το σημείο οφείλεται να αναφερθεί ότι για το σύνολο των επαγωγικών στατιστικών διαδικασιών, το επίπεδο σημαντικότητας α ορίστηκε στο 0.05. Επομένως σε όλους τους στατιστικούς ελέγχους οι υπολογιζόμενες κρίσιμες τιμές (p-values) συγκρίθηκαν με την παραπάνω τιμή ($\alpha=5\%$). Στις περιπτώσεις που η κρίσιμη τιμή εμφανίστηκε μικρότερη ή ίση του επιπέδου σημαντικότητας α υπήρχε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (δηλαδή απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης του αντίστοιχου ελέγχου), ενώ σε διαφορετική περίπτωση δεν υπήρξε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (δηλαδή η μηδενική υπόθεση του αντίστοιχου ελέγχου δεν μπορούσε να απορριφθεί).

7.6. Αποτελέσματα

7.6.1 Εγκυρότητα και αξιοπιστία

Ένα από τα προβλήματα που είναι πολύ συνηθισμένα σε τέτοιου είδους έρευνες αφορά την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της έρευνας μέσω ερωτηματολογίων. (Faulkner et al., 1999). Για τη διασφάλιση και την εγκυρότητα μιας έρευνας πρέπει να υπάρχουν δύο προϋποθέσεις: η μία αφορά το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων. Γι' αυτό το λόγο, όπως ήδη αναφέρθηκε στην ενότητα 7.3, επελέγησαν έγκυρα δομημένα ερωτηματολόγια, τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί ξανά σε προγενέστερες έρευνες και έχουν τροποποιηθεί και επανασχεδιαστεί κατάλληλα. Η άλλη προϋπόθεση είναι ο τρόπος χορήγησης του μέσου συλλογής δεδομένων. Και για αυτό έχει ήδη γίνει αναφορά στην ενότητα 7.4.

Ο στατιστικός έλεγχος της αξιοπιστίας όσον αφορά τους άξονες Δ (περιεχόμενο του επιμορφωτικού προγράμματος) και Ε (επιμορφωτής) πραγματοποιήθηκε υπολογίζοντας τον συντελεστή άλφα του Cronbach. Έτσι τόσο στον άξονα Δ (Cronbach's Alpha = 0,863), όσο και στον άξονα Ε (Cronbach's Alpha = 0,934) παρατηρούμε ότι δεν μπορεί να απορριφθεί η υπόθεση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου.

Η ύπαρξη συνοχής μεταξύ των κλιμάκων υπολογίστηκε μέσω του συντελεστή α του Cronbach, ο οποίος είναι ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους συντελεστές αξιοπιστίας και υπολογίστηκε από τον Cronbach (1951). Αλλιώς ονομάζεται και συντελεστής εσωτερικής συνέπειας (internal consistency coefficient). Ο συντελεστής αυτός μπορεί να ερμηνευτεί ως ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ μιας κλίμακας και όλων των πιθανών κλιμάκων που περιλαμβάνουν τον ίδιο αριθμό θεμάτων και οι οποίες θα μπορούσε να δημιουργηθούν από ένα υποθετικό

σύνολο θεμάτων τα οποία μετρούν το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Μπορεί να πάρει τιμές από το 0 έως το 1 (μεγαλύτερες τιμές αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη αξιοπιστία), ενώ ενδεικτικά τιμές μεγαλύτερες του 0,65 θεωρούνται στατιστικά αποδεκτές για την ικανοποίηση της αξιοπιστίας μιας κλίμακας ερωτηματολογίου.

Έτσι, όσον αφορά την κλίμακα ευτυχίας ο υπολογισμός του συντελεστή αξιοπιστίας επιβεβαίωσε τις ούτως ή άλλως αναμενόμενα υψηλές τιμές αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, για κάθε κατηγορία συμμετεχόντων αλλά και για το σύνολό τους, αφού οι τιμές του για τα άτομα δίχως αναπηρία, τα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία, καθώς και για το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν 0,783, 0,942, 0,939, 0,950 και 0,936 αντίστοιχα (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach για την κλίμακα ευτυχίας

Κλίμακα ευτυχίας	Τιμή συντελεστή α (Cronbach's alpha)
Άτομα δίχως αναπηρία	0,783
Άτομα με κινητική αναπηρία	0,942
Άτομα με ακουστική αναπηρία	0,939
Άτομα με οπτική αναπηρία	0,950
Σύνολο	0,936

Επιπλέον, η αξιοπιστία της κλίμακας αποδοχής της δυσλειτουργίας κυμάνθηκε σε αντίστοιχα υψηλά επίπεδα με τον αντίστοιχο διαχωρισμό ασφαλώς των ερωτήσεων σε θετικού και αρνητικού τύπου (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach για την κλίμακα αποδοχής δυσλειτουργίας

Κλίμακα αποδοχής δυσλειτουργίας	Τιμή συντελεστή α (Cronbach's alpha)		
	Προτάσεις με θετική διατύπωση	Προτάσεις με αρνητική διατύπωση	Σύνολο
Άτομα με κινητική αναπηρία	0,950	0,977	0,672
Άτομα με ακουστική αναπηρία	0,930	0,984	0,709
Άτομα με οπτική αναπηρία	0,970	0,993	0,785
Σύνολο	0,953	0,986	0,762

Στην περίπτωση αυτή οι υπολογιζόμενες τιμές του συντελεστή α ήταν 0,950, 0,930, 0,970 και 0,953 για το σύνολο των θετικά προσδιορισμένων προτάσεων και τα άτομα με κινητική, ακουστική, οπτική αναπηρία, καθώς και το σύνολό τους αντίστοιχα και 0,977, 0,984, 0,993 και 0,986 για τα αντίστοιχα σύνολα των αρνητικά προσδιορισμένων προτάσεων (Πίνακας 3).

7.6.2. Περιγραφική στατιστική ανάλυση (Κλίμακα Ευτυχίας)

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων της κλίμακας ευτυχίας αφορά στον υπολογισμό αριθμητικών μεγεθών (μέση τιμή, τυπική απόκλιση) καθώς και την κατασκευή κατάλληλων πινάκων συνάφειας για το σύνολο των ερωτημάτων, ούτως ώστε να υπάρξει μια αρχική καταγραφή απόψεων και κεντρικών τάσεων για την κλίμακα της ευτυχίας.

Αριθμητικά μεγέθη

Ο υπολογισμός των αριθμητικών μεγεθών οδήγησε στην κατασκευή του ακόλουθου πίνακα:

Πίνακας 4. Αριθμητικά μεγέθη κλίμακας ευτυχίας

Πρόταση	Μέσες τιμές (τυπικές αποκλίσεις)					Κρίσιμη τιμή (p-value)	
	Φυσιολογικοί	Κινητικοί	Κωφοί	Τυφλοί	Σύνολο		
51	4,00 (0,52)	3,48 (1,16)	3,95 (0,70)	3,35 (1,25)	3,70 (0,99)	0,009	***
52	3,78 (0,76)	3,08 (1,05)	3,77 (0,83)	3,17 (1,38)	3,45 (1,08)	<0,001	***
53	3,75 (0,75)	3,12 (0,96)	3,80 (0,66)	3,05 (0,85)	3,43 (0,88)	<0,001	***
54	3,72 (0,87)	3,18 (1,03)	3,52 (0,95)	2,80 (0,73)	3,30 (0,96)	<0,001	***
55	3,80 (0,66)	3,13 (1,07)	3,38 (0,87)	2,65 (0,95)	3,24 (0,99)	<0,001	***
56	3,73 (0,73)	3,47 (0,87)	3,43 (0,72)	3,02 (0,81)	3,41 (0,82)	<0,001	***
57	4,08 (0,65)	3,68 (1,05)	4,03 (0,61)	3,28 (0,45)	3,77 (0,79)	<0,001	***
58	3,75 (0,60)	3,82 (1,00)	4,00 (0,61)	3,53 (0,68)	3,78 (0,75)	0,004	***
59	4,27 (0,63)	3,73 (0,99)	3,82 (0,60)	3,43 (0,59)	3,81 (0,78)	<0,001	***
Συγκεντρωτικά							
Κλίμακα ευτυχίας	3,88 (0,42)	3,41 (0,84)	3,74 (0,60)	3,14 (0,76)	3,54 (0,73)	<0,001	***

Κλίμακα ευτυχίας: Η εν γένει διαφοροποίηση στην κλίμακα ευτυχίας των ατόμων δίχως ή με διάφορα είδη αναπηρίας αποτυπώνεται από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών της κλίμακας (Πίνακας 4, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα δίχως αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (3,88), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,74), στη συνέχεια τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,41) και τέλος τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,14), τα οποία επιδεικνύουν μια μάλλον ουδέτερη στάση.

Πίνακες συνάφειας

Παράλληλα, υλοποιήθηκαν οι ακόλουθοι πίνακες συνάφειας:

Πίνακες 5. Πίνακας συνάφειας πρότασης Γ1 ως προς την ύπαρξη ή το είδος αναπηρίας

	Γ1						Τιμή στατιστικού (Chi-square)
	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα δίχως αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (13,3%)	44 (73,3%)	8 (13,3%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	6 (10%)	6 (10%)	9 (15%)	31 (51,7%)	8 (13,3%)	
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	7 (11,7%)	40 (66,7%)	10 (16,7%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	3 (5%)	19 (31,7%)	3 (5%)	24 (40%)	11 (18,3%)	
Σύνολο	240	9 (3,8%)	28 (11,7%)	27 (11,3%)	139 (57,9%)	37 (15,4%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Είμαι ευχαριστημένος/η με πολλά πράγματα στη ζωή μου», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος ή μη της αναπηρίας τους (Πίνακας 5,

κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα δίχως αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με αναπηρία, εκείνα με ακουστική δείχνουν να μη διαφέρουν σε σχέση με τα άτομα δίχως αναπηρία, ενώ έπονται τα άτομα με κινητική και τέλος με οπτική αναπηρία, τα οποία εμφανίζουν ακόμη και ποσοστά διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 4, κρίσιμη τιμή=0,009<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα δίχως αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή συμφωνίας με την πρόταση (4,00), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,95), τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,48) και τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,35) τα οποία επιδεικνύουν μια μάλλον ουδέτερη στάση επί της πρότασης.

Πίνακες 6. Πίνακας συνάφειας πρότασης Γ2 ως προς την ύπαρξη ή το είδος αναπηρίας

	N	Γ2					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα δίχως αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	16 (26,7%)	32 (53,3%)	9 (15%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	6 (10%)	9 (15%)	22 (36,7%)	20 (33,3%)	3 (5%)	
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	8 (13,3%)	5 (8,3%)	40 (66,7%)	7 (11,7%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	8 (13,3%)	17 (28,3%)	3 (5%)	21 (35%)	11 (18,3%)	
Σύνολο	240	14 (5,8%)	37 (15,4%)	46 (19,2%)	113 (47,1%)	30 (12,5%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Είμαι ευχαριστημένος/η όπως είμαι», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος ή μη της αναπηρίας τους (Πίνακας 6, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Ακολουθούν τα άτομα δίχως αναπηρία, τα οποία δείχνουν να μη διαφέρουν σημαντικά, ενώ έπονται τα άτομα με οπτική και τέλος με κινητική αναπηρία, τα οποία εμφανίζουν ακόμη και ποσοστά απόλυτης διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 4, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα δίχως αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή συμφωνίας με την πρόταση (3,78), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,77), τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,17) και τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,08) τα οποία επιδεικνύουν μια μάλλον ουδέτερη στάση επί της πρότασης.

Πίνακες 7. Πίνακας συνάφειας πρότασης Γ3 ως προς την ύπαρξη ή το είδος αναπηρίας

Γ3	
----	--

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Τιμή στατιστικού (Chi-square)
Άτομα δίχως αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	26 (43,3%)	23 (38,3%)	11 (18,3%)	48,807
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	3 (5%)	12 (20%)	23 (38,3%)	19 (31,7%)	3 (5%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (33,3%)	32 (53,3%)	8 (13,3%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	2 (3,3%)	11 (18,3%)	32 (53,3%)	12 (20%)	3 (5%)	
Σύνολο	240	5 (2,1%)	23 (9,6%)	101 (42,1%)	86 (35,8%)	25 (10,4%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Η ζωή είναι πολύ καλή», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος ή μη της αναπηρίας τους (Πίνακας 7, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Η πλειοψηφία των ατόμων με οπτική και κινητική αναπηρία διατηρεί ουδέτερη στάση, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση, ενώ τα άτομα δίχως αναπηρία αν και πλειοψηφικά δείχνουν ουδέτερη στάση, συνολικά δηλώνουν σύμφωνοι με την πρόταση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 4, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα ακουστική αναπηρία και δίχως αναπηρία εμφανίζουν τις παραπλήσια μεγαλύτερες μέσες τιμές συμφωνίας με την πρόταση (3,80 και 3,75 αντίστοιχα), ενώ ακολουθούν με αρκετή διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,12) και τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,05) τα οποία επιδεικνύουν μια μάλλον ουδέτερη στάση επί της πρότασης.

Πίνακας 8. Πίνακας συνάφειας πρότασης Γ4 ως προς την ύπαρξη ή το είδος αναπηρίας

Γ4							
	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Τιμή στατιστικού (Chi-square)
Άτομα δίχως αναπηρία	60	0 (0,0%)	6 (10%)	15 (25%)	29 (48,3%)	10 (16,7%)	52,522
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	6 (10%)	6 (10%)	22 (36,7%)	23 (38,3%)	3 (5%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	8 (13,3%)	24 (40%)	17 (28,3%)	11 (18,3%)	

Άτομα με οπτική αναπηρία	60	2 (3,3%)	17 (28,3%)	32 (53,3%)	9 (15%)	0 (0,0%)
Σύνολο	240	8 (3,3%)	37 (15,4%)	93 (38,8%)	78 (32,5%)	24 (10%)

Όσον αφορά την πρόταση «Αισθάνομαι ότι η ζωή σε ανταμείβει», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος ή μη της αναπηρίας τους (Πίνακας 8, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα δίχως αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με ακουστική και οπτική αναπηρία, εμφανίζουν πλειοψηφικά ουδέτερη στάση με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 4, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα δίχως αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή συμφωνίας με την πρόταση (3,72), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,52), τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,18) και τα άτομα με οπτική αναπηρία (2,80) τα οποία επιδεικνύουν μια μάλλον ουδέτερη στάση επί της πρότασης.

Πίνακες 9. Πίνακας συνάφειας Γ5 ως προς την ύπαρξη ή το είδος αναπηρίας

	N	Γ5					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα δίχως αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (33,3%)	32 (53,3%)	8 (13,3%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	9 (15%)	0 (0,0%)	28 (46,7%)	20 (33,3%)	3 (5%)	
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	10 (16,7%)	22 (36,7%)	23 (38,3%)	5 (8,3%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	8 (13,3%)	17 (28,3%)	23 (38,3%)	12 (20%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	240	17 (7,1%)	27 (11,3%)	93 (38,8%)	87 (36,3%)	16 (6,7%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Τα περισσότερα από όσα συνέβησαν στο παρελθόν μου φαίνονται ευχάριστα», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος ή μη της αναπηρίας τους (Πίνακας 9, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα δίχως αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με ακουστική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, εμφανίζουν πλειοψηφικά ουδέτερη στάση με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των

μέσων τιμών (Πίνακας 4, κρίσιμη τιμή $<0,001$), σύμφωνα με την οποία τα άτομα δίχως αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή συμφωνίας με την πρόταση (3,80), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,38), τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,13) και τα άτομα με οπτική αναπηρία (2,65) τα οποία επιδεικνύουν μια μάλλον ουδέτερη στάση επί της πρότασης.

Πίνακες 10. Πίνακας συνάφειας πρότασης Γ6 ως προς την ύπαρξη ή το είδος αναπηρίας

	N	Γ6					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα δίχως αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	17 (28,3%)	33 (55%)	7 (11,7%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	9 (15%)	20 (33,3%)	25 (41,7%)	6 (10%)	
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	33 (55%)	19 (31,7%)	5 (8,3%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	19 (31,7%)	21 (35%)	20 (33,3%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	240	0 (0,0%)	34 (14,2%)	91 (37,9%)	97 (40,4%)	18 (7,5%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Έχω πραγματοποιήσει πολλές από τις επιθυμίες μου», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος ή μη της αναπηρίας τους (Πίνακας 10, κρίσιμη τιμή $<0,001$). Ειδικότερα, τα άτομα δίχως αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με ακουστική και οπτική αναπηρία, εμφανίζουν πλειοψηφικά ουδέτερη στάση με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 4, κρίσιμη τιμή $<0,001$), σύμφωνα με την οποία τα άτομα δίχως αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή συμφωνίας με την πρόταση (3,73), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,43), τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,47) και τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,02) τα οποία επιδεικνύουν μια μάλλον ουδέτερη στάση επί της πρότασης.

Πίνακες 11. Πίνακας συνάφειας πρότασης Γ7 ως προς την ύπαρξη ή το είδος αναπηρίας

	N	Γ7					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	

Άτομα δίχως αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (16,7%)	35 (58,3%)	15 (25%)	94,286
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	9 (15%)	18 (30%)	16 (26,7%)	17 (28,3%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (16,7%)	38 (63,3%)	12 (20%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	43 (71,7%)	17 (28,3%)	0 (0,0%)	<0,001
Σύνολο	240	0 (0,0%)	9 (3,8%)	81 (33,8%)	106 (44,2%)	44 (18,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Η ζωή μου έχει μεγάλη σημασία και σκοπό», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος ή μη της αναπηρίας τους (Πίνακας 11, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα δίχως αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, εμφανίζουν πλειοψηφικά ουδέτερη στάση με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 4, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα δίχως αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή συμφωνίας με την πρόταση (4,08), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (4,03), τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,68) και τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,28) τα οποία επιδεικνύουν μια μάλλον ουδέτερη στάση επί της πρότασης.

Πίνακες 12. Πίνακας συνάφειας Γ8 ως προς την ύπαρξη ή το είδος αναπηρίας

	N	Γ8					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα δίχως αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (33,3%)	35 (58,3%)	5 (8,3%)	43,292
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	9 (15%)	9 (15%)	26 (43,3%)	16 (26,7%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	11 (18,3%)	38 (63,3%)	11 (18,3%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	25 (41,7%)	29 (48,3%)	3 (5%)	<0,001
Σύνολο	240	0 (0,0%)	12 (5%)	65 (27,1%)	128 (53,3%)	35 (14,6%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Αντιλαμβάνομαι την ομορφιά στα περισσότερα πράγματα», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος ή μη της αναπηρίας τους (Πίνακας 12, κρίσιμη τιμή $<0,001$). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα δίχως αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, εμφανίζουν πλειοψηφικά σύμφωνη στάση με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 4, κρίσιμη τιμή $=0,004<0,05$), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή συμφωνίας με την πρόταση (4,00), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,82) και τα άτομα δίχως αναπηρία (3,75), ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,53) εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή συμφωνίας με την πρόταση.

Πίνακας 13. Πίνακας συνάφειας πρότασης Γ9 ως προς την ύπαρξη ή το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Γ9			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα δίχως αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (10%)	32 (53,3%)	22 (36,7%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	9 (15%)	12 (20%)	25 (41,7%)	14 (23,3%)	
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	8 (13,3%)	46 (76,7%)	3 (5%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	28 (46,7%)	29 (48,3%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	240	0 (0,0%)	15 (6,3%)	54 (22,5%)	132 (55%)	39 (16,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Νομίζω ότι ο κόσμος είναι ένα πολύ καλό μέρος», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος ή μη της αναπηρίας τους (Πίνακας 13, κρίσιμη τιμή $<0,001$). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα δίχως αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, εμφανίζουν πλειοψηφικά σύμφωνη στάση με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 4, κρίσιμη τιμή $<0,001$), σύμφωνα με την οποία τα άτομα δίχως αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή συμφωνίας με την πρόταση (4,27), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,82) και τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,73), ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,43) επιδεικνύουν μια μάλλον ουδέτερη στάση επί της πρότασης.

7.6.3. Περιγραφική στατιστική ανάλυση (Κλίμακα Αποδοχής Δυσλειτουργίας)

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων της κλίμακας αποδοχής της δυσλειτουργίας αφορά στον υπολογισμό αριθμητικών μεγεθών (μέση τιμή, τυπική απόκλιση) καθώς και την κατασκευή κατάλληλων πινάκων συνάφειας για το σύνολο των ερωτημάτων, ούτως ώστε να υπάρξει μια αρχική καταγραφή απόψεων και κεντρικών τάσεων για την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας.

Αριθμητικά μεγέθη

Ο υπολογισμός των αριθμητικών μεγεθών οδήγησε στην κατασκευή του ακόλουθου πίνακα:

Πίνακας 14. Αριθμητικά μεγέθη κλίμακας αποδοχής δυσλειτουργίας

Πρόταση	Μέσες τιμές (τυπικές αποκλίσεις)				Κρίσιμη τιμή (p-value)	
	Κινητικοί	Κωφοί	Τυφλοί	Σύνολο		
1	4,07 (0,94)	3,92 (1,12)	3,87 (0,83)	3,95 (0,97)	0,326	
2	2,33 (1,17)	1,77 (0,89)	2,65 (1,16)	2,25 (1,14)	<0,001	***
3	3,62 (1,18)	2,32 (0,98)	2,93 (1,26)	2,96 (1,26)	<0,001	***
4	4,12 (1,01)	4,28 (0,99)	4,02 (0,87)	4,14 (0,96)	0,125	
5	2,30 (1,28)	1,88 (1,04)	2,22 (1,11)	2,13 (1,16)	0,135	
6	2,38 (1,38)	1,78 (0,80)	2,25 (0,89)	2,14 (1,08)	0,017	***
7	3,98 (1,23)	3,98 (0,85)	3,40 (1,25)	3,79 (1,15)	0,012	***
8	2,87 (1,05)	2,20 (0,92)	2,88 (1,21)	2,65 (1,11)	0,001	***
9	2,80 (0,90)	1,95 (0,79)	2,77 (1,08)	2,51 (1,01)	<0,001	***
10	3,37 (1,38)	4,05 (0,98)	3,53 (1,40)	3,65 (1,29)	0,022	***
11	1,60 (0,67)	1,45 (0,67)	1,78 (0,90)	1,61 (0,77)	0,120	
12	3,57 (1,18)	3,97 (0,96)	3,48 (1,42)	3,67 (1,21)	0,162	
13	3,78 (1,21)	4,45 (0,67)	3,72 (0,88)	3,98 (1,00)	<0,001	***
14	3,28 (1,40)	3,73 (1,12)	3,17 (1,38)	3,39 (1,32)	0,071	
15	1,28 (0,56)	1,52 (0,87)	1,42 (0,59)	1,41 (0,69)	0,291	
16	3,60 (1,37)	4,02 (1,05)	3,45 (1,33)	3,69 (1,27)	0,093	
17	2,45 (1,21)	1,88 (0,61)	2,68 (1,26)	2,34 (1,11)	0,002	***
18	1,70 (0,85)	1,37 (0,66)	2,03 (1,10)	1,70 (0,93)	0,002	***
19	2,70 (1,24)	1,85 (0,63)	2,73 (1,40)	2,43 (1,21)	<0,001	***
20	1,70 (1,06)	1,50 (0,68)	1,83 (0,94)	1,68 (0,91)	0,251	
21	3,42 (1,34)	4,07 (0,73)	3,32 (1,13)	3,60 (1,14)	0,001	***
22	2,40 (1,33)	1,98 (0,87)	2,55 (1,33)	2,31 (1,22)	0,126	
23	2,42 (1,32)	1,93 (0,73)	2,65 (1,05)	2,33 (1,10)	0,002	***
24	3,73 (1,26)	4,27 (0,90)	3,77 (1,03)	3,92 (1,10)	0,013	***
25	2,20 (1,26)	1,77 (0,67)	2,15 (1,05)	2,04 (1,04)	0,177	
26	2,58 (1,34)	1,90 (0,75)	2,70 (1,14)	2,39 (1,16)	0,001	***
27	2,60 (1,12)	1,88 (0,92)	3,07 (1,46)	2,52 (1,28)	<0,001	***
28	1,67 (0,80)	1,70 (0,79)	1,83 (0,94)	1,73 (0,84)	0,720	
29	1,28 (0,56)	1,27 (0,45)	1,37 (0,49)	1,31 (0,50)	0,321	
30	4,15 (0,58)	3,82 (0,57)	3,73 (0,71)	3,90 (0,64)	0,001	***
31	2,37 (1,43)	2,07 (0,63)	2,65 (1,47)	2,36 (1,25)	0,368	
32	2,13 (1,37)	1,95 (0,85)	2,62 (1,63)	2,23 (1,35)	0,222	
33	2,83 (1,15)	1,97 (0,80)	2,85 (1,29)	2,55 (1,17)	<0,001	***
34	4,23 (0,83)	4,47 (0,68)	4,07 (1,06)	4,26 (0,88)	0,149	
35	3,20 (0,88)	2,57 (0,87)	3,28 (1,04)	3,02 (0,98)	<0,001	***
36	3,32 (1,14)	2,48 (1,03)	3,27 (1,21)	3,02 (1,19)	<0,001	***
37	2,72 (1,09)	2,03 (0,66)	2,62 (1,14)	2,46 (1,03)	0,001	***
38	3,47 (1,23)	3,60 (1,01)	3,17 (1,38)	3,41 (1,22)	0,276	

39	2,02 (1,14)	1,87 (0,89)	2,43 (1,11)	2,11 (1,08)	0,012	***
40	2,22 (1,03)	1,95 (0,85)	2,23 (0,98)	2,13 (0,96)	0,186	
41	3,22 (0,90)	2,07 (1,04)	3,22 (1,32)	2,83 (1,22)	<0,001	***
42	4,07 (0,82)	4,00 (0,94)	3,68 (0,79)	3,92 (0,86)	0,007	***
43	3,33 (0,99)	2,50 (1,00)	3,37 (1,13)	3,07 (1,11)	<0,001	***
44	1,82 (0,60)	1,40 (0,59)	1,78 (0,90)	1,67 (0,73)	0,002	***
45	2,50 (1,21)	1,93 (0,86)	2,55 (1,33)	2,33 (1,18)	0,023	***
46	3,50 (1,08)	2,78 (0,78)	3,57 (1,09)	3,28 (1,05)	<0,001	***
47	3,65 (1,02)	3,72 (0,83)	3,63 (0,88)	3,67 (0,91)	0,887	
48	3,52 (1,38)	3,67 (0,99)	3,22 (1,43)	3,47 (1,29)	0,364	
49	2,62 (1,18)	1,97 (0,61)	2,83 (1,09)	2,47 (1,05)	<0,001	***
50	3,28 (1,03)	3,78 (0,94)	3,20 (1,26)	3,42 (1,11)	0,009	***
Συγκεντρωτικά						
Κλίμακα αποδοχής	3,61 (0,86)	4,05 (0,66)	3,49 (1,04)	3,72 (0,89)	0,009	***
Υποκλίμακα α	3,74 (0,91)	4,02 (0,67)	3,56 (1,03)	3,77 (0,90)	0,256	
Υποκλίμακα β	3,48 (0,57)	3,62 (0,47)	3,41 (0,67)	3,50 (0,58)	0,383	
Υποκλίμακα γ	3,16 (0,93)	3,89 (0,74)	3,13 (1,12)	3,39 (1,00)	<0,001	***
Υποκλίμακα δ	3,79 (0,89)	4,14 (0,65)	3,62 (1,05)	3,85 (0,90)	0,246	

Υποκλίμακα (α) αποδοχής δυσλειτουργίας: Μη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στις μέσες τιμές της υποκλίμακας α για τις τρεις κατηγορίες των ατόμων με αναπηρία (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,256>0,05), σύμφωνα με την οποία τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (4,02), όσο και τα άτομα με κινητική (3,74) και οπτική αναπηρία (3,56) εμφανίζουν παραπλήσια αποδοχή της δυσλειτουργίας τους.

Υποκλίμακα (β) αποδοχής δυσλειτουργίας: Μη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στις μέσες τιμές της υποκλίμακας β για τις τρεις κατηγορίες των ατόμων με αναπηρία (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,383>0,05), σύμφωνα με την οποία τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,62), όσο και τα άτομα με κινητική (3,48) και οπτική αναπηρία (3,41) εμφανίζουν παραπλήσια ουδέτερη προς αποδεκτική της δυσλειτουργίας τους στάση.

Υποκλίμακα (γ) αποδοχής δυσλειτουργίας: Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στις μέσες τιμές της υποκλίμακας γ για τις τρεις κατηγορίες των ατόμων με αναπηρία (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (3,89), ενώ ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,16) και τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,13) τα οποία εμφανίζουν μερική αποδοχή της δυσλειτουργίας τους.

Υποκλίμακα (δ) αποδοχής δυσλειτουργίας: Μη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στις μέσες τιμές της υποκλίμακας δ για τις τρεις κατηγορίες των ατόμων με αναπηρία (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,246>0,05), σύμφωνα με την οποία τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (4,14), όσο και τα άτομα με κινητική (3,79) και οπτική αναπηρία (3,62) εμφανίζουν παραπλήσια αποδοχή της δυσλειτουργίας τους.

Κλίμακα αποδοχής δυσλειτουργίας: Η εν γένει διαφοροποίηση στην κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας των ατόμων με διάφορα είδη αναπηρίας αποτυπώνεται από τη στατιστικά

σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών της κλίμακας (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,009<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (4,05), ενώ ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,61) και τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,49) τα οποία εμφανίζουν μερική αποδοχή της δυσλειτουργίας τους.

Πίνακες συνάφειας

Παράλληλα, υλοποιήθηκαν οι ακόλουθοι πίνακες συνάφειας:

Πίνακας 15. Πίνακας συνάφειας πρότασης B1 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B1			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	15 (25%)	17 (28,3%)	25 (41,7%)	31,562
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	3 (5%)	6 (10%)	4 (6,7%)	27 (45%)	20 (33,3%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	25 (41,7%)	18 (30%)	17 (28,3%)	<0,001
Σύνολο	180	3 (1,3%)	9 (3,8%)	44 (18,3%)	62 (25,8%)	62 (25,8%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Μία σωματική αναπηρία μπορεί να περιορίσει ένα άτομο κατά κάποιους τρόπους, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι αυτός/ή θα πρέπει να τα παρατήσει και να μην κάνει τίποτα με τη ζωή του/της», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 15, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με κινητική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με ακουστική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν με την πρόταση, ενώ μεγάλο ποσοστό αυτών συμφωνούν απόλυτα. Όσον αφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία, η πλειοψηφία τους εκφράζει ουδέτερη στάση επί της πρότασης, ενώ έπονται αυτοί που συμφωνούν, ή συμφωνούν απόλυτα με αυτήν. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,326>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με κινητική αναπηρία (4,07), όσο και αυτά με ακουστική (3,92) και οπτική αναπηρία (3,87) εμφανίζονται σύμφωνα με την πρόταση.

Πίνακας 16. Πίνακας συνάφειας πρότασης B2 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B2			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	

Άτομα με κινητική αναπηρία	60	16 (26,7%)	23 (38,3%)	9 (15%)	9 (15%)	3 (5%)	29,959
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	27 (45%)	25 (41,7%)	3 (5%)	5 (8,3%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	11 (18,3%)	21 (35%)	6 (10%)	22 (36,7%)	0 (0,0%)	<0,001
Σύνολο	180	54 (22,5%)	69 (28,8%)	18 (7,5%)	36 (15%)	3 (1,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Εξαιτίας της αναπηρίας μου, νιώθω άθλια μεγάλο μέρος του χρόνου», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 16, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν διάσταση απόψεων με παραπλήσια ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (2,65), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (2,33), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,77), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 17. Πίνακας συνάφειας πρότασης B3 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B3					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	14 (23,3%)	15 (25%)	11 (18,3%)	20 (33,3%)	42,486
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	11 (18,3%)	27 (45%)	17 (28,3%)	2 (3,3%)	3 (5%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	6 (10%)	23 (38,3%)	8 (13,3%)	15 (25%)	8 (13,3%)	<0,001
Σύνολο	180	17 (7,1%)	64 (26,7%)	40 (16,7%)	28 (11,7%)	31 (12,9%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Περισσότερο από οτιδήποτε άλλο, εύχομαι να μην είχα την αναπηρία», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 17, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν μερική

ροπή προς τη διαφωνία. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $<0,001$), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (3,62), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία (2,93), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (2,32), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 18. Πίνακας συνάφειας πρότασης B4 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B4			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	6 (10%)	9 (15%)	17 (28,3%)	28 (46,7%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	3 (5%)	0 (0,0%)	5 (8,3%)	21 (35%)	31 (51,7%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	22 (36,7%)	15 (25%)	23 (38,3%)	
Σύνολο	180	3 (1,3%)	6 (2,5%)	36 (15%)	53 (22,1%)	82 (34,2%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Με αναπηρία ή χωρίς, εγώ θα τα καταφέρω στη ζωή μου», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 18, κρίσιμη τιμή $<0,001$). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης συμφωνίας με την πρόταση. Ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία, με υψηλά ποσοστά απόλυτης συμφωνίας αλλά και μερικές διαφωνίες επί της πρότασης, καθώς και τα άτομα με οπτική αναπηρία, τα οποία εμφανίζουν παραπλήσια υψηλά ποσοστά συμφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $=0,125 > 0,05$), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (4,28), όσο και αυτά με κινητική (4,12) και οπτική αναπηρία (4,02) εμφανίζονται σύμφωνα με την πρόταση.

Πίνακας 19. Πίνακας συνάφειας πρότασης B5 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B5			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	21 (35%)	18 (30%)	6 (10%)	12 (20%)	3 (5%)	11,343

Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	27 (45%)	20 (33,3%)	8 (13,3%)	3 (5%)	2 (3,3%)	κρίσιμη τιμή 0,183
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	20 (33,3%)	18 (30%)	11 (18,3%)	11 (18,3%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	180	68 (28,3%)	56 (23,3%)	25 (10,4%)	26 (10,8%)	5 (2,1%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Καλή σωματική εμφάνιση και σωματική ικανότητα είναι τα πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 19, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης διαφωνίας με την πρόταση. Παραπλήσια τάση εμφανίζουν και τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, με πλειοψηφικά ποσοστά διαφωνίας επί της πρότασης. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,135>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,88), όσο και αυτά με οπτική (2,22) και κινητική αναπηρία (2,30) εκφράζουν τη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 20. Πίνακας συνάφειας πρότασης B6 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B6					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	22 (36,7%)	17 (28,3%)	0 (0,0%)	18 (30%)	3 (5%)	56,267
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	24 (40%)	28 (46,7%)	5 (8,3%)	3 (5%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	14 (23,3%)	21 (35%)	21 (35%)	4 (6,7%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	180	60 (25%)	66 (27,5%)	26 (10,8%)	25 (10,4%)	3 (1,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Η αναπηρία μου με αποτρέπει από το να κάνω σχεδόν όλα αυτά που θα ήθελα πραγματικά να κάνω και από το να γίνω το είδος του ατόμου που θα ήθελα να είμαι», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 20, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Η πλειοψηφία των ατόμων με οπτική αναπηρία δείχνει επίσης να διαφωνεί, με αρκετούς ωστόσο να διατηρούν ουδέτερη στάση, ενώ τα άτομα με κινητική αναπηρία, εκφράζουν κι αυτά την πλειοψηφική διαφωνία τους με ορισμένους ταυτόχρονα να τάσσονται σύμφωνοι με την πρόταση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη

τιμή=0,017<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή στην πρόταση (1,78), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία (2,25), ενώ έπονται τα άτομα με κινητική αναπηρία (2,38).

Πίνακας 21. Πίνακας συνάφειας πρότασης B7 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B7			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	3 (5%)	9 (15%)	0 (0,0%)	22 (36,7%)	26 (43,3%)	39,179
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	6 (10%)	4 (6,7%)	35 (58,3%)	15 (25%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	25 (41,7%)	0 (0,0%)	21 (35%)	14 (23,3%)	
Σύνολο	180	3 (1,3%)	40 (16,7%)	4 (1,7%)	78 (32,5%)	55 (22,9%)	<0,001

Όσον αφορά την πρόταση «Μπορώ να διαπιστώσω την πρόοδο που έχω κάνει με την αποκατάσταση και αυτό με κάνει να αισθάνομαι ένα επαρκές άτομο, παρ' όλους τους περιορισμούς της αναπηρίας μου», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 21, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με κινητική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με ακουστική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν διάσταση απόψεων με παραπλήσια ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,012<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με κινητική και ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (3,98), ενώ έπονται με σχετική διαφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,40).

Πίνακας 22. Πίνακας συνάφειας πρότασης B8 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B8			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	5 (8,3%)	19 (31,7%)	18 (30%)	15 (25%)	3 (5%)	29,651
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	12 (20%)	32 (53,3%)	8 (13,3%)	8 (13,3%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή

Άτομα με οπτική αναπηρία	60	5 (8,3%)	27 (45%)	3 (5%)	20 (33,3%)	5 (8,3%)	<0,001
Σύνολο	180	22 (9,2%)	78 (32,5%)	29 (12,1%)	43 (17,9%)	8 (3,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Αισθάνομαι πολύ άσχημα παρατηρώντας όλα τα πράγματα που μπορούν να κάνουν τα άτομα χωρίς αναπηρία και τα οποία δεν μπορώ να κάνω εγώ», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 22, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, υπάρχει ωστόσο και μεγάλο ποσοστό αυτών που δηλώνουν σύμφωνοι με την πρόταση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,001<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (2,88), ακολουθούν με ελάχιστη διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (2,87), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (2,20), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 23. Πίνακας συνάφειας πρότασης B9 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B9			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	4 (6,7%)	19 (31,7%)	22 (36,7%)	15 (25%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	17 (28,3%)	32 (53,3%)	8 (13,3%)	3 (5%)	0 (0,0%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	3 (5%)	29 (48,3%)	12 (20%)	11 (18,3%)	5 (8,3%)	
Σύνολο	180	24 (10%)	80 (33,3%)	42 (17,5%)	29 (12,1%)	5 (2,1%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Η αναπηρία μου επηρεάζει αυτές τις πτυχές της ζωής, για τις οποίες νοιάζομαι περισσότερο», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 23, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, υπάρχει ωστόσο και μεγάλο ποσοστό αυτών που δηλώνουν σύμφωνοι με την πρόταση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (2,80), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με

οπτική αναπηρία (2,77), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,95), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 24. Πίνακας συνάφειας πρότασης B10 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B10					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	9 (15%)	9 (15%)	6 (10%)	23 (38,3%)	13 (21,7%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	8 (13,3%)	3 (5%)	27 (45%)	22 (36,7%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	3 (5%)	20 (33,3%)	0 (0,0%)	16 (26,7%)	21 (35%)	
Σύνολο	180	12 (5%)	37 (15,4%)	9 (3,8%)	66 (27,5%)	56 (23,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Παρόλο που είμαι ανάπηρος, η ζωή μου είναι γεμάτη», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 24, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, υπάρχει ωστόσο και μεγάλο ποσοστό αυτών που εκφράζουν τη διαφωνία τους στην πρόταση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,022<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (4,05), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,53), ενώ έπονται τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,37), τα οποία εκφράζουν μάλλον ουδέτερη στάση επί της συγκεκριμένης πρότασης.

Πίνακας 25. Πίνακας συνάφειας πρότασης B11 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B11					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	30 (50%)	24 (40%)	6 (10%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	39 (65%)	15 (25%)	6 (10%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Άτομα με οπτική αναπηρία	60	32 (53,3%)	9 (15%)	19 (31,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,001
Σύνολο	180	101 (42,1%)	48 (20%)	31 (12,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Εάν ένα άτομο δεν είναι εντελώς σωματικά ικανό, αυτό τον κάνει λιγότερο άνθρωπο», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 25, κρίσιμη τιμή $<0,001$). Παραπλήσια στάση διαφωνίας εκφράζουν και τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία με διαφοροποίηση ωστόσο ως προς την ποσόστωση. Η παραπάνω διαφοροποίηση των ποσοστών δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $=0,120 > 0,05$), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,45), όσο και αυτά με κινητική (1,60) και οπτική αναπηρία (1,78) εκφράζουν τη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 26. Πίνακας συνάφειας πρότασης B12 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B12					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	3 (5%)	12 (20%)	6 (10%)	26 (43,3%)	13 (21,7%)	κρίσιμη τιμή 0,002
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	6 (10%)	10 (16,7%)	24 (40%)	20 (33,3%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	3 (5%)	20 (33,3%)	5 (8,3%)	9 (15%)	23 (38,3%)	
Σύνολο	180	6 (2,5%)	38 (15,8%)	21 (8,8%)	59 (24,6%)	56 (23,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Ένα άτομο με αναπηρία περιορίζεται σε ορισμένους τρόπους, αλλά ακόμη υπάρχουν πολλά τα οποία αυτός/ή είναι σε θέση να κάνει», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 26, κρίσιμη τιμή $=0,002 < 0,05$). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν διάσταση απόψεων με παραπλήσια ποσοστά απόλυτης συμφωνίας και διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $=0,162 > 0,05$), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,97), όσο και αυτά με κινητική (3,57) και οπτική αναπηρία (3,48) εμφανίζονται σύμφωνα με την πρόταση.

Πίνακας 27. Πίνακας συνάφειας πρότασης B13 ως προς το είδος αναπηρίας

		B13				
--	--	-----	--	--	--	--

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Τιμή στατιστικού (Chi-square)
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	3 (5%)	9 (15%)	6 (10%)	22 (36,7%)	20 (33,3%)	33,897
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (10%)	21 (35%)	33 (55%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	6 (10%)	16 (26,7%)	27 (45%)	11 (18,3%)	
Σύνολο	180	3 (1,3%)	15 (6,3%)	28 (11,7%)	70 (29,2%)	64 (26,7%)	<0,001

Όσον αφορά την πρόταση «Υπάρχουν πολύ σημαντικότερα πράγματα στη ζωή από τη σωματική ικανότητα και εμφάνιση», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 27, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με κινητική αναπηρία, εμφανίζουν μεν σύμφωνη στάση με υπολογίσιμα ωστόσο ποσοστά διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (4,45), ακολουθούν με διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,78), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,72).

Πίνακας 28. Πίνακας συνάφειας πρότασης B14 ως προς το είδος αναπηρίας

	B14						Τιμή στατιστικού (Chi-square)
	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	12 (20%)	3 (5%)	14 (23,3%)	18 (30%)	13 (21,7%)	29,213
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	3 (5%)	8 (13,3%)	5 (8,3%)	30 (50%)	14 (23,3%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	8 (13,3%)	17 (28,3%)	3 (5%)	21 (35%)	11 (18,3%)	
Σύνολο	180	23 (9,6%)	28 (11,7%)	22 (9,2%)	69 (28,8%)	38 (15,8%)	<0,001

Όσον αφορά την πρόταση «Υπάρχουν στιγμές που ξεχνώ τελείως ότι είμαι σωματικά ανάπηρος», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 28,

κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, έχοντας ωστόσο και υψηλά ποσοστά απόλυτης διαφωνίας και διαφωνίας αντίστοιχα. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,071>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,73), όσο και αυτά με κινητική (3,28) και οπτική αναπηρία (3,17) εμφανίζονται σύμφωνα με την πρόταση.

Πίνακας 29. Πίνακας συνάφειας πρότασης B15 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B15			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	46 (76,7%)	11 (18,3%)	3 (5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	11,934
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	41 (68,3%)	10 (16,7%)	6 (10%)	3 (5%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	38 (63,3%)	19 (31,7%)	3 (5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	180	125 (52,1%)	40 (16,7%)	12 (5%)	3 (1,3%)	0 (0,0%)	0,063

Όσον αφορά την πρόταση «Χρειάζεσαι ένα καλό και ολοκληρωμένο σώμα για να έχεις ένα καλό μυαλό», παρατηρούμε ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 29, κρίσιμη τιμή=0,063>0,05). Ειδικότερα, τόσο τα άτομα με κινητική, όσο και αυτά με ακουστική και οπτική αναπηρία εμφανίζουν παραπλήσια μεγάλα ποσοστά απόλυτης διαφωνίας με την πρόταση. Το παραπάνω συμπέρασμα συνδυάζεται με μη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,291>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,52), όσο και αυτά με οπτική (1,42) και κινητική αναπηρία (1,28) εκφράζουν την απόλυτη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 30. Πίνακας συνάφειας πρότασης B16 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B16			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	6 (10%)	9 (15%)	9 (15%)	15 (25%)	21 (35%)	22,539
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	3 (5%)	3 (5%)	5 (8,3%)	28 (46,7%)	21 (35%)	κρίσιμη τιμή

Άτομα με οπτική αναπηρία	60	3 (5%)	19 (31,7%)	3 (5%)	18 (30%)	17 (28,3%)	0,004
Σύνολο	180	12 (5%)	31 (12,9%)	17 (7,1%)	61 (25,4%)	59 (24,6%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Υπάρχουν πολλά πράγματα τα οποία ένα άτομο με την αναπηρία μου, είναι σε θέση να κάνει», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 30, κρίσιμη τιμή=0,004<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν απόλυτα, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν πλειοψηφικά ποσοστά συμφωνίας, με ταυτόχρονα υψηλά ποσοστά διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,093>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (4,02), όσο και αυτά με κινητική (3,60) και οπτική αναπηρία (3,45) εμφανίζονται σύμφωνα με την πρόταση.

Πίνακας 31. Πίνακας συνάφειας πρότασης B17 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B17					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	15 (25%)	21 (35%)	9 (15%)	12 (20%)	3 (5%)	25,801
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	15 (25%)	37 (61,7%)	8 (13,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	9 (15%)	26 (43,3%)	6 (10%)	13 (21,7%)	6 (10%)	0,001
Σύνολο	180	39 (16,3%)	84 (35%)	23 (9,6%)	25 (10,4%)	9 (3,8%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Δεδομένου ότι η αναπηρία μου παρεμβαίνει σχεδόν σε όλα όσα προσπαθώ να κάνω, είναι πάνω από όλα στο μυαλό μου όλη την ώρα», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 31, κρίσιμη τιμή=0,001<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, διαφωνούν πλειοψηφικά, με υπολογίσιμα ωστόσο ποσοστά συμφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,002<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή στην πρόταση (1,88), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (2,45), ενώ έπονται τα

άτομα με οπτική αναπηρία (2,68), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 32. Πίνακας συνάφειας πρότασης B18 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B18					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	30 (50%)	21 (35%)	6 (10%)	3 (5%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	44 (73,3%)	10 (16,7%)	6 (10%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	29 (48,3%)	6 (10%)	19 (31,7%)	6 (10%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	180	103 (42,9%)	37 (15,4%)	31 (12,9%)	9 (3,8%)	0 (0,0%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Εάν δεν είχα την αναπηρία μου, πιστεύω ότι θα ήμουν καλύτερος άνθρωπος», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 32, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να διαφωνούν απόλυτα, με διαφοροποιήσεις ωστόσο ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,002<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή στην πρόταση (1,37), ενώ ακολουθούν με διαφορά τα άτομα με κινητική (1,70) και ακουστική αναπηρία (2,03), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 33. Πίνακας συνάφειας πρότασης B19 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B19					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	9 (15%)	24 (40%)	9 (15%)	12 (20%)	6 (10%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	17 (28,3%)	35 (58,3%)	8 (13,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Άτομα με οπτική αναπηρία	60	15 (25%)	17 (28,3%)	3 (5%)	19 (31,7%)	6 (10%)	<0,001
Σύνολο	180	41 (17,1%)	76 (31,7%)	20 (8,3%)	31 (12,9%)	12 (5%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Η αναπηρία μου, από μόνη της, με επηρεάζει περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό μου», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 33, κρίσιμη τιμή $<0,001$). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν διάσπαση απόψεων με παραπλήσια ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $<0,001$), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή στην πρόταση (1,85) και ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική (2,70) και ακουστική αναπηρία (2,73), τα οποία διατηρούν μια μάλλον ουδέτερη στάση επί της συγκεκριμένης πρότασης.

Πίνακας 34. Πίνακας συνάφειας πρότασης B20 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B20					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	39 (65%)	6 (10%)	9 (15%)	6 (10%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	36 (60%)	18 (30%)	6 (10%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	32 (53,3%)	6 (10%)	22 (36,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	180	107 (44,6%)	30 (12,5%)	37 (15,4%)	6 (2,5%)	0 (0,0%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Το είδος του ανθρώπου που είμαι και τα επιτεύγματα μου στη ζωή είναι λιγότερο σημαντικά εν συγκρίσει με εκείνα των ατόμων χωρίς αναπηρία», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 34, κρίσιμη τιμή $<0,001$). Ειδικότερα, τα άτομα με κινητική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με ακουστική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να διαφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν πλειοψηφικά στάση διαφωνίας, ωστόσο με υπολογίσιμα ποσοστά ουδετερότητας. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $=0,251>0,05$), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία

(1,50), όσο και αυτά με κινητική (1,70) και οπτική αναπηρία (1,83) εκφράζουν τη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 35. Πίνακας συνάφειας πρότασης B21 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B21					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	9 (15%)	6 (10%)	9 (15%)	23 (38,3%)	13 (21,7%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	5 (8,3%)	37 (61,7%)	15 (25%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	3 (5%)	16 (26,7%)	6 (10%)	29 (48,3%)	6 (10%)	
Σύνολο	180	12 (5%)	25 (10,4%)	20 (8,3%)	89 (37,1%)	34 (14,2%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Γνωρίζω τι δεν μπορώ να κάνω εξαιτίας της αναπηρίας μου και αισθάνομαι ότι μπορώ να ζήσω μια γεμάτη και κανονική ζωή», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 35, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να συμφωνούν, υπάρχουν ωστόσο υπολογίσιμα ποσοστά ατόμων που διαφωνούν και στις δύο ομάδες. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,001<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (4,07), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,42), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,32), τα οποία διατηρούν ουδέτερη στάση στη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 36. Πίνακας συνάφειας πρότασης B22 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B22					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	18 (30%)	21 (35%)	6 (10%)	9 (15%)	6 (10%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	17 (28,3%)	33 (55%)	4 (6,7%)	6 (10%)	0 (0,0%)	

Άτομα με οπτική αναπηρία	60	17 (28,3%)	18 (30%)	3 (5%)	19 (31,7%)	3 (5%)	0,008
Σύνολο	180	52 (21,7%)	72 (30%)	13 (5,4%)	34 (14,2%)	9 (3,8%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Αν και μπορώ να διαπιστώσω την πρόοδο που έχω με την αποκατάσταση, αυτό δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικό, δεδομένου ότι ποτέ δεν μπορώ να είμαι φυσιολογικός/ή», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 36, κρίσιμη τιμή=0,008<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν διάσταση απόψεων με την οριακή πλειοψηφία τους να συμφωνεί με την πρόταση. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,126>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,98), όσο και αυτά με κινητική (2,40) και οπτική αναπηρία (2,55) εκφράζουν τη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 37. Πίνακας συνάφειας πρότασης B23 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B23					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	17 (28,3%)	22 (36,7%)	6 (10%)	9 (15%)	6 (10%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	15 (25%)	37 (61,7%)	5 (8,3%)	3 (5%)	0 (0,0%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	6 (10%)	29 (48,3%)	5 (8,3%)	20 (33,3%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	180	38 (15,8%)	88 (36,7%)	16 (6,7%)	32 (13,3%)	6 (2,5%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Σχεδόν σε όλα, η αναπηρία μου με ενοχλεί ώστε να μην μπορώ να απολαύσω τίποτα», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 37, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, υπάρχουν ωστόσο υπολογίσιμα ποσοστά ατόμων που συμφωνούν και στις δύο ομάδες. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,002<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή στην πρόταση (1,93), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με

κινητική αναπηρία (2,42), ενώ έπονται τα άτομα με οπτική αναπηρία (2,65), τα οποία τείνουν προς μια ουδέτερη στάση επί της συγκεκριμένης πρότασης.

Πίνακας 38. Πίνακας συνάφειας πρότασης B24 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B24					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	3 (5%)	12 (20%)	3 (5%)	22 (36,7%)	20 (33,3%)	κρίσιμη τιμή 0,004
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	9 (15%)	17 (28,3%)	31 (51,7%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	9 (15%)	13 (21,7%)	21 (35%)	17 (28,3%)	
Σύνολο	180	3 (1,3%)	24 (10%)	25 (10,4%)	60 (25%)	68 (28,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο πλασάρει τον εαυτό του στη ζωή, είναι πολύ πιο σημαντικός από τη σωματική εμφάνιση και ικανότητα», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 38, κρίσιμη τιμή=0,004<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,013<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (4,27), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,77), ενώ έπονται τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,73), τα οποία συμφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 39. Πίνακας συνάφειας πρότασης B25 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B25					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	21 (35%)	21 (35%)	9 (15%)	3 (5%)	6 (10%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	22 (36,7%)	30 (50%)	8 (13,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Άτομα με οπτική αναπηρία	60	21 (35%)	17 (28,3%)	14 (23,3%)	8 (13,3%)	0 (0,0%)	0,001
Σύνολο	180	64 (26,7%)	68 (28,3%)	31 (12,9%)	11 (4,6%)	6 (2,5%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Ένα άτομο με την αναπηρία μου, είναι ανίκανο να απολαύσει τη ζωή», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 39, κρίσιμη τιμή=0,001<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν απόλυτα, ενώ τα άτομα με κινητική αναπηρία, εμφανίζουν παραπλήσια ποσοστά απόλυτης και μη διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,177>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,77), όσο και αυτά με οπτική (2,15) και κινητική αναπηρία (2,20) εκφράζουν τη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 40. Πίνακας συνάφειας πρότασης B26 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B26			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	13 (21,7%)	23 (38,3%)	9 (15%)	6 (10%)	9 (15%)	31,863
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	20 (33,3%)	26 (43,3%)	14 (23,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	9 (15%)	20 (33,3%)	14 (23,3%)	14 (23,3%)	3 (5%)	<0,001
Σύνολο	180	42 (17,5%)	69 (28,8%)	37 (15,4%)	20 (8,3%)	12 (5%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Το πιο σημαντικό πράγμα στον κόσμο είναι να είσαι σωματικά φυσιολογικός/ή», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 40, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,001<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή στην πρόταση (1,90), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (2,58), ενώ έπονται τα άτομα με οπτική αναπηρία (2,70), τα οποία διατηρούν ουδέτερη στάση επί της συγκεκριμένης πρότασης.

Πίνακας 41. Πίνακας συνάφειας πρότασης B27 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B27					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	9 (15%)	24 (40%)	12 (20%)	12 (20%)	3 (5%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	23 (38,3%)	27 (45%)	4 (6,7%)	6 (10%)	0 (0,0%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	6 (10%)	26 (43,3%)	3 (5%)	8 (13,3%)	17 (28,3%)	
Σύνολο	180	38 (15,8%)	77 (32,1%)	19 (7,9%)	26 (10,8%)	20 (8,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Ένα άτομο με αναπηρία θεωρεί ότι είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διευρύνει τα ενδιαφέροντα και το εύρος των ικανοτήτων του», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 41, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (3,07), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (2,60), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,88), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 42. Πίνακας συνάφειας πρότασης B28 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B28					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	29 (48,3%)	25 (41,7%)	3 (5%)	3 (5%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	28 (46,7%)	24 (40%)	6 (10%)	2 (3,3%)	0 (0,0%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	32 (53,3%)	6 (10%)	22 (36,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	180	89 (37,1%)	55 (22,9%)	31 (12,9%)	5 (2,1%)	0 (0,0%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Πιστεύω ότι η σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση κάνει έναν άνθρωπο αυτό που είναι», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 42, κρίσιμη τιμή $<0,001$). Ειδικότερα, τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και ακουστική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να διαφωνούν απόλυτα, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $=0,720 > 0,05$), μιας και τόσο τα άτομα με κινητική αναπηρία (1,67), όσο και αυτά με ακουστική (1,70) και οπτική αναπηρία (1,83) εκφράζουν τη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 43. Πίνακας συνάφειας πρότασης B29 ως προς το είδος αναπηρίας

B29							
	<i>N</i>	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Τιμή στατιστικού (Chi-square)
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	46 (76,7%)	11 (18,3%)	3 (5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10,527
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	44 (73,3%)	16 (26,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	38 (63,3%)	22 (36,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	180	128 (53,3%)	49 (20,4%)	3 (1,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,032

Όσον αφορά την πρόταση «Η σωματική αναπηρία επηρεάζει τη νοητική ικανότητα του ανθρώπου», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 43, κρίσιμη τιμή $=0,032 < 0,05$). Ειδικότερα, τα άτομα με κινητική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με ακουστική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να διαφωνούν απόλυτα, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $=0,321 > 0,05$), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,27), όσο και αυτά με κινητική (1,28) και οπτική αναπηρία (1,37) εκφράζουν την απόλυτη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 44. Πίνακας συνάφειας πρότασης B30 ως προς το είδος αναπηρίας

B30							
	<i>N</i>	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Τιμή στατιστικού (Chi-square)

Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (10%)	39 (65%)	15 (25%)	18,546
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	16 (26,7%)	39 (65%)	5 (8,3%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	16 (26,7%)	35 (58,3%)	6 (10%)	0,005
Σύνολο	180	0 (0,0%)	3 (1,3%)	38 (15,8%)	113 (47,1%)	26 (10,8%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Στην κατάστασή μου, γνωρίζω ακριβώς τι μπορώ και τι δεν μπορώ να κάνω», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 44, κρίσιμη τιμή=0,005<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με κινητική και ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να συμφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,001<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (4,15), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,82), ενώ έπονται τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,73), τα οποία συμφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 45. Πίνακας συνάφειας πρότασης B31 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B31					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	20 (33,3%)	22 (36,7%)	3 (5%)	6 (10%)	9 (15%)	38,216
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	7 (11,7%)	45 (75%)	5 (8,3%)	3 (5%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	17 (28,3%)	18 (30%)	3 (5%)	13 (21,7%)	9 (15%)	<0,001
Σύνολο	180	44 (18,3%)	85 (35,4%)	11 (4,6%)	22 (9,2%)	18 (7,5%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Σχεδόν κάθε τομέας της ζωής, είναι κλειστός για μένα λόγω της αναπηρίας μου», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 45, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική

αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να διαφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,368>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (2,07), όσο και αυτά με κινητική (2,37) και οπτική αναπηρία (2,65) εκφράζουν τη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 46. Πίνακας συνάφειας πρότασης B32 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B32					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	28 (46,7%)	14 (23,3%)	6 (10%)	6 (10%)	6 (10%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	17 (28,3%)	35 (58,3%)	2 (3,3%)	6 (10%)	0 (0,0%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	23 (38,3%)	12 (20%)	3 (5%)	9 (15%)	13 (21,7%)	
Σύνολο	180	68 (28,3%)	61 (25,4%)	11 (4,6%)	21 (8,8%)	19 (7,9%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Εξαιτίας της αναπηρίας μου, μπορώ να προσφέρω λίγα στους άλλους ανθρώπους», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 46, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν απόλυτα, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,222>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,95), όσο και αυτά με κινητική (2,13) και οπτική αναπηρία (2,62) εκφράζουν τη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 47. Πίνακας συνάφειας πρότασης B33 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B33					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	8 (13,3%)	15 (25%)	22 (36,7%)	9 (15%)	6 (10%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	17 (28,3%)	31 (51,7%)	9 (15%)	3 (5%)	0 (0,0%)	

Άτομα με οπτική αναπηρία	60	8 (13,3%)	24 (40%)	3 (5%)	19 (31,7%)	6 (10%)	<0,001
Σύνολο	180	33 (13,8%)	70 (29,2%)	34 (14,2%)	31 (12,9%)	12 (5%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Εκτός από τα πολλά φυσικά πράγματα τα οποία είμαι ανίκανος να κάνω, υπάρχουν και άλλα πράγματα τα οποία δεν είμαι σε θέση να κάνω», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 47, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με κινητική διατηρούν πλειοψηφικά ουδέτερη στάση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή στην πρόταση (1,97), ενώ ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική (2,83) και ακουστική αναπηρία (2,85), τα οποία εμφανίζουν ουδέτερη στάση επί της συγκεκριμένης πρότασης.

Πίνακας 48. Πίνακας συνάφειας πρότασης B34 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	B34					Τιμή στατιστικού (Chi-square)
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	6 (10%)	25 (41,7%)	26 (43,3%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (10%)	20 (33,3%)	34 (56,7%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	22 (36,7%)	3 (5%)	32 (53,3%)	
Σύνολο	180	0 (0,0%)	6 (2,5%)	34 (14,2%)	48 (20%)	92 (38,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως ειλικρίνεια και προθυμία για σκληρή δουλειά είναι πολύ πιο σημαντικά από τη σωματική εμφάνιση και ικανότητα», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 48, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να συμφωνούν απόλυτα, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσοστίαση. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,149>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (4,47), όσο και αυτά με κινητική (4,23) και οπτική αναπηρία (4,07) εμφανίζονται σύμφωνα με την πρόταση.

Πίνακας 49. Πίνακας συνάφειας πρότασης B35 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B35			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	12 (20%)	30 (50%)	12 (20%)	6 (10%)	30,053
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	7 (11,7%)	20 (33,3%)	25 (41,7%)	8 (13,3%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	17 (28,3%)	18 (30%)	16 (26,7%)	9 (15%)	
Σύνολο	180	7 (2,9%)	49 (20,4%)	73 (30,4%)	36 (15%)	15 (6,3%)	<0,001

Όσον αφορά την πρόταση «Ενοχλούμαι πολύ με τον τρόπο τον οποίο κάποιοι άνθρωποι προσφέρονται να με βοηθήσουν», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 49, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με κινητική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ουδέτερης στάσης. Από τα άτομα με ακουστική αναπηρία, τα περισσότερα διατηρούν ουδέτερη στάση, αν και υπάρχουν και υψηλά ποσοστά διαφωνίας, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν παραπλήσια ποσοστά ουδετερότητας, συμφωνίας και διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή στην πρόταση (2,57), ενώ ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική (3,20) και ακουστική αναπηρία (3,28).

Πίνακας 50. Πίνακας συνάφειας πρότασης B36 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B36			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	18 (30%)	19 (31,7%)	9 (15%)	14 (23,3%)	28,604
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	7 (11,7%)	31 (51,7%)	11 (18,3%)	8 (13,3%)	3 (5%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	23 (38,3%)	12 (20%)	11 (18,3%)	14 (23,3%)	
Σύνολο	180	7 (2,9%)	72 (30%)	42 (17,5%)	28 (11,7%)	31 (12,9%)	<0,001

Όσον αφορά την πρόταση «Με την αναπηρία μου, δεν υπάρχει κάποιος τομέας της ζωής μου, που να μην έχει επηρεαστεί κατά κάποιο σημαντικό τρόπο», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 50, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν ουδέτερη στάση, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν διάσταση απόψεων με παραπλήσια ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή στην πρόταση (2,48), ενώ ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με οπτική (3,27) και κινητική αναπηρία (3,32).

Πίνακας 51. Πίνακας συνάφειας πρότασης B37 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B37			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	8 (13,3%)	19 (31,7%)	18 (30%)	12 (20%)	3 (5%)	40,687
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	9 (15%)	43 (71,7%)	5 (8,3%)	3 (5%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	11 (18,3%)	21 (35%)	8 (13,3%)	20 (33,3%)	0 (0,0%)	<0,001
Σύνολο	180	28 (11,7%)	83 (34,6%)	31 (12,9%)	35 (14,6%)	3 (1,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Αν και παρατηρώ ότι τα άτομα με αναπηρία είναι ικανά να τα καταφέρουν με πολλούς τρόπους, παρόλα αυτά ποτέ δεν θα μπορέσουν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 51, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να διαφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,001<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή στην πρόταση (2,03), ενώ ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με οπτική (2,62) και κινητική αναπηρία (2,72).

Πίνακας 52. Πίνακας συνάφειας πρότασης B38 ως προς το είδος αναπηρίας

B38	
-----	--

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Τιμή στατιστικού (Chi-square)
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	6 (10%)	6 (10%)	15 (25%)	20 (33,3%)	13 (21,7%)	23,477
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	13 (21,7%)	8 (13,3%)	29 (48,3%)	10 (16,7%)	κρίσιμη τιμή 0,003
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	8 (13,3%)	17 (28,3%)	3 (5%)	21 (35%)	11 (18,3%)	
Σύνολο	180	14 (5,8%)	36 (15%)	26 (10,8%)	70 (29,2%)	34 (14,2%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Μια αναπηρία, όπως η δική μου, δεν είναι το χειρότερο πιθανό πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 52, κρίσιμη τιμή=0,003<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να συμφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,276>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,60), όσο και αυτά με κινητική (3,47) και οπτική αναπηρία (3,17) εμφανίζονται σύμφωνα με την πρόταση.

Πίνακας 53. Πίνακας συνάφειας πρότασης B39 ως προς το είδος αναπηρίας

B39							
	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Τιμή στατιστικού (Chi-square)
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	26 (43,3%)	16 (26,7%)	12 (20%)	3 (5%)	3 (5%)	26,230
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	23 (38,3%)	27 (45%)	5 (8,3%)	5 (8,3%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή 0,001
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	14 (23,3%)	21 (35%)	10 (16,7%)	15 (25%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	180	63 (26,3%)	64 (26,7%)	27 (11,3%)	23 (9,6%)	3 (1,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Δεν έχει σημασία πόσο σκληρά προσπαθώ ή τι καταφέρνω να πετύχω, γιατί ποτέ δεν θα μπορέσω να είμαι καλός όσο ένα άτομο χωρίς την αναπηρία μου», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 53, κρίσιμη

τιμή=0,001<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν απόλυτα, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν πλειοψηφικά ποσοστά διαφωνίας, με αντίστοιχα υψηλά ποσοστά συμφωνίας και απόλυτης διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,012<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (2,43), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (2,02), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,87), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 54. Πίνακας συνάφειας πρότασης B40 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B40			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	17 (28,3%)	22 (36,7%)	12 (20%)	9 (15%)	0 (0,0%)	20,450
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	17 (28,3%)	35 (58,3%)	2 (3,3%)	6 (10%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	17 (28,3%)	18 (30%)	19 (31,7%)	6 (10%)	0 (0,0%)	
Σύνολο	180	51 (21,3%)	75 (31,3%)	33 (13,8%)	21 (8,8%)	0 (0,0%)	0,002

Όσον αφορά την πρόταση «Δεν υπάρχει πρακτικά τίποτα που ένα άτομο στην κατάσταση μου να είναι σε θέση να κάνει και πραγματικά να το απολαμβάνει», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 54, κρίσιμη τιμή=0,002<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να διαφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,186>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,95), όσο και αυτά με κινητική (2,22) και οπτική αναπηρία (2,23) εκφράζουν τη διαφωνία τους στην πρόταση.

Πίνακας 55. Πίνακας συνάφειας πρότασης B41 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B41			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	

Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	13 (21,7%)	27 (45%)	14 (23,3%)	6 (10%)	57,379
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	18 (30%)	29 (48,3%)	7 (11,7%)	3 (5%)	3 (5%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	6 (10%)	14 (23,3%)	15 (25%)	11 (18,3%)	14 (23,3%)	<0,001
Σύνολο	180	24 (10%)	56 (23,3%)	49 (20,4%)	28 (11,7%)	23 (9,6%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Εξαιτίας της αναπηρίας μου, είμαι ανίκανος να απολαύσω τις κοινωνικές σχέσεις όσο θα μπορούσα αν δεν ήμουν ανάπηρος», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 55, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα εμφανίζουν ουδέτερη στάση, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (3,22), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (2,07), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 56. Πίνακας συνάφειας πρότασης B42 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B42			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	9 (15%)	29 (48,3%)	19 (31,7%)	22,739
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	3 (5%)	0 (0,0%)	8 (13,3%)	32 (53,3%)	17 (28,3%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	22 (36,7%)	26 (43,3%)	9 (15%)	0,004
Σύνολο	180	3 (1,3%)	6 (2,5%)	39 (16,3%)	87 (36,3%)	45 (18,8%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Υπάρχουν πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή από εκείνα που η σωματική μου αναπηρία με εμποδίζει να κάνω», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 56, κρίσιμη τιμή=0,004<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να συμφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από

τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,007<0,05), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (4,07), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (4,00), ενώ έπονται τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,68).

Πίνακας 57. Πίνακας συνάφειας πρότασης B43 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B43			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	14 (23,3%)	20 (33,3%)	18 (30%)	8 (13,3%)	33,478
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	7 (11,7%)	28 (46,7%)	16 (26,7%)	6 (10%)	3 (5%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	17 (28,3%)	18 (30%)	11 (18,3%)	14 (23,3%)	
Σύνολο	180	7 (2,9%)	59 (24,6%)	54 (22,5%)	35 (14,6%)	25 (10,4%)	<0,001

Όσον αφορά την πρόταση «Θέλω πάρα πολύ να κάνω πράγματα που η αναπηρία μου δεν μου επιτρέπει να κάνω», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 57, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα εμφανίζουν ουδέτερη στάση, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (3,37), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,33), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (2,50), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 58. Πίνακας συνάφειας πρότασης B44 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B44			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	17 (28,3%)	37 (61,7%)	6 (10%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	43,270
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	39 (65%)	18 (30%)	3 (5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή

Άτομα με οπτική αναπηρία	60	32 (53,3%)	9 (15%)	19 (31,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	<0,001
Σύνολο	180	88 (36,7%)	64 (26,7%)	28 (11,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Εξαιτίας της αναπηρίας μου, οι ζωές των άλλων ανθρώπων έχουν περισσότερο νόημα από τη δική μου», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 58, κρίσιμη τιμή $<0,001$). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν πλειοψηφικά ποσοστά απόλυτης διαφωνίας με σημαντικά ποσοστά ουδετερότητας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $=0,002<0,05$), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (1,82), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία (1,78), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,40), τα οποία πλειοψηφικά διαφωνούν απόλυτα με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 59. Πίνακας συνάφειας πρότασης B45 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B45			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	12 (20%)	27 (45%)	3 (5%)	15 (25%)	3 (5%)	16,105
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	18 (30%)	34 (56,7%)	2 (3,3%)	6 (10%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	17 (28,3%)	18 (30%)	3 (5%)	19 (31,7%)	3 (5%)	0,041
Σύνολο	180	47 (19,6%)	79 (32,9%)	8 (3,3%)	40 (16,7%)	6 (2,5%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Πολλές φορές, όταν σκέφτομαι την αναπηρία μου, αυτό με κάνει να αισθάνομαι τόσο λυπημένος/η και αναστατωμένος/η που δεν μπορώ να σκεφτώ ή να κάνω οτιδήποτε άλλο», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 59, κρίσιμη τιμή $=0,041<0,05$). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να διαφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν παραπλήσια υψηλά ποσοστά συμφωνίας, διαφωνίας και απόλυτης διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $=0,023<0,05$), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία

εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (2,55), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (2,50), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,93), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 60. Πίνακας συνάφειας πρότασης B46 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B46			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	0 (0,0%)	12 (20%)	21 (35%)	12 (20%)	15 (25%)	24,685
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	2 (3,3%)	20 (33,3%)	27 (45%)	11 (18,3%)	0 (0,0%)	κρίσιμη τιμή 0,002
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	11 (18,3%)	21 (35%)	11 (18,3%)	17 (28,3%)	
Σύνολο	180	2 (0,8%)	43 (17,9%)	69 (28,8%)	34 (14,2%)	32 (13,3%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Μία αναπηρία αλλάζει εντελώς τη ζωή του ανθρώπου. Σε κάνει να σκέφτεσαι διαφορετικά για τα πάντα», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 60, κρίσιμη τιμή=0,002<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ουδέτερης στάσης επί της πρότασης. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα εμφανίζουν επίσης ουδέτερη στάση, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (3,57), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,50), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (2,78), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 61. Πίνακας συνάφειας πρότασης B47 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B47			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	3 (5%)	6 (10%)	9 (15%)	33 (55%)	9 (15%)	15,917
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	3 (5%)	22 (36,7%)	24 (40%)	11 (18,3%)	κρίσιμη τιμή

Άτομα με οπτική αναπηρία	60	0 (0,0%)	8 (13,3%)	14 (23,3%)	30 (50%)	8 (13,3%)	0,044
Σύνολο	180	3 (1,3%)	17 (7,1%)	45 (18,8%)	87 (36,3%)	28 (11,7%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Αισθάνομαι ότι πρέπει να είμαι ικανός όπως ο συνάνθρωπός μου, ακόμα και σε περιοχές που η αναπηρία μου δεν μου επιτρέπει», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 61, κρίσιμη τιμή=0,044<0,05). Ειδικότερα, τα άτομα με κινητική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με οπτική και ακουστική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να συμφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,887>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,72), όσο και αυτά με κινητική (3,65) και οπτική αναπηρία (3,63) εμφανίζονται σύμφωνα με την πρόταση.

Πίνακας 62. Πίνακας συνάφειας πρότασης B48 ως προς το είδος αναπηρίας

	N	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	B48			Τιμή στατιστικού (Chi-square)
				Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	12 (20%)	0 (0,0%)	6 (10%)	29 (48,3%)	13 (21,7%)	35,106
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	13 (21,7%)	3 (5%)	35 (58,3%)	9 (15%)	κρίσιμη τιμή
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	8 (13,3%)	17 (28,3%)	3 (5%)	18 (30%)	14 (23,3%)	<0,001
Σύνολο	180	20 (8,3%)	30 (12,5%)	12 (5%)	82 (34,2%)	36 (15%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Η ζωή είναι γεμάτη με τόσα πράγματα, που μερικές φορές για σύντομες χρονικές περιόδους, ξεχνάω ότι είμαι ανάπηρος», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 62, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν να συμφωνούν, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, εμφανίζουν διάσταση απόψεων με παραπλήσια ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας. Το παραπάνω συμπέρασμα δε συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή=0,364>0,05), μιας και τόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία (3,67), όσο και αυτά με κινητική (3,52) και οπτική αναπηρία (3,22) εμφανίζονται σύμφωνα με την πρόταση.

Πίνακας 63. Πίνακας συνάφειας πρότασης B49 ως προς το είδος αναπηρίας

B49							
	<i>N</i>	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Τιμή στατιστικού (Chi-square)
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	10 (16,7%)	21 (35%)	17 (28,3%)	6 (10%)	6 (10%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	12 (20%)	38 (63,3%)	10 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	3 (5%)	29 (48,3%)	6 (10%)	19 (31,7%)	3 (5%)	
Σύνολο	180	25 (10,4%)	88 (36,7%)	33 (13,8%)	25 (10,4%)	9 (3,8%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Εξαιτίας της αναπηρίας μου, τότε δεν μπορώ να κάνω τα περισσότερα πράγματα που οι κανονικοί άνθρωποι μπορούν να κάνουν», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 63, κρίσιμη τιμή<0,001). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία, τα περισσότερα δείχνουν επίσης να διαφωνούν, με διαφοροποιήσεις ως προς την ποσόστωση. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή<0,001), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (2,83), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (2,62), ενώ έπονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία (1,97), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

Πίνακας 64. Πίνακας συνάφειας πρότασης B50 ως προς το είδος αναπηρίας

B50							
	<i>N</i>	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Τιμή στατιστικού (Chi-square)
Άτομα με κινητική αναπηρία	60	3 (5%)	9 (15%)	23 (38,3%)	18 (30%)	7 (11,7%)	κρίσιμη τιμή <0,001
Άτομα με ακουστική αναπηρία	60	0 (0,0%)	9 (15%)	7 (11,7%)	32 (53,3%)	12 (20%)	
Άτομα με οπτική αναπηρία	60	3 (5%)	22 (36,7%)	6 (10%)	18 (30%)	11 (18,3%)	
Σύνολο	180	6 (2,5%)	40 (16,7%)	36 (15%)	68 (28,3%)	30 (12,5%)	

Όσον αφορά την πρόταση «Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τις ικανότητές μου και η αναπηρία μου δεν με ενοχλεί και τόσο πολύ», παρατηρούμε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας τους (Πίνακας 64, κρίσιμη τιμή $<0,001$). Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την πρόταση. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα περισσότερα εμφανίζουν ουδέτερη στάση, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία, δείχνουν πλειοψηφικά να διαφωνούν. Το παραπάνω συμπέρασμα επαληθεύεται και από τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών (Πίνακας 14, κρίσιμη τιμή $=0,009 < 0,05$), σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην πρόταση (3,78), ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία (3,28), ενώ έπονται τα άτομα με οπτική αναπηρία (3,20), τα οποία διαφωνούν πλειοψηφικά με τη συγκεκριμένη πρόταση.

7.6.4. Επαγωγικοί στατιστικοί έλεγχοι μέσων κλιμάκων ευτυχίας ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών

Η υλοποίηση των κατάλληλων κάθε φορά επαγωγικών στατιστικών μεθόδων για τον έλεγχο της ισότητας των μέσων κλιμάκων ευτυχίας ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος οδήγησε στην κατασκευή του ακόλουθου πίνακα.

Πίνακας 65. Στατιστικοί έλεγχοι μέσων τιμών κλίμακας ευτυχίας ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Δημογραφικά χαρακτηριστικά		Άτομα δίχως αναπηρία		Άτομα με κινητική αναπηρία		Άτομα με ακουστική αναπηρία		Άτομα με οπτική αναπηρία	
		Μ.τ. (τ.α.)	(κρ. τιμή)	Μ.τ. (τ.α.)	(κρ. τιμή)	Μ.τ. (τ.α.)	(κρ. τιμή)	Μ.τ. (τ.α.)	(κρ. τιμή)
Φύλο	Ανδρας	3,89 (0,40)	0,839	3,76 (0,56)	0,006	3,91 (0,69)	0,215	3,20 (0,79)	0,469
	Γυναίκα	3,86 (0,45)		3,07 (0,94)		3,66 (0,54)		3,04 (0,71)	
Ηλικία	Έως 25 ετών	3,94 (0,46)	0,820		0,191	4,00 (0,25)	0,062	1,96 (0,24)	<0,001
	26-35 ετών	3,88 (0,43)		3,56 (0,90)		3,60 (0,71)		3,39 (0,52)	
	36-45 ετών	3,88 (0,44)		3,34 (0,76)		3,35 (0,68)		3,41 (0,71)	
	46-55 ετών	3,71 (0,20)		3,22 (1,10)		3,69 (0,28)		3,16 (0,64)	
	56 ετών και άνω					3,98 (0,65)		2,27 (0,24)	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	3,85 (0,51)	0,878	3,51 (0,96)	0,033	3,50 (0,73)	0,002	3,21 (0,75)	0,003
	Σε σχέση ή έγγαμος/η	3,88 (0,39)		3,55 (0,69)		3,97 (0,41)		3,35 (0,71)	
	Διαζευγμένος/η	3,96 (0,26)		3,31 (0,71)				2,33 (0,12)	
	Χήρος/α			1,89 (0,00)		3,27 (0,55)		2,00 (0,00)	

Επίπεδο εκπαίδευσης	ΥΕ		0,616	4,22 (0,00)	0,001	3,72 (0,44)	0,344	2,78 (0,72)	0,048
	ΔΕ	3,69 (0,17)		3,11 (0,78)		3,71 (0,63)		3,44 (0,66)	
	ΤΕ	3,86 (0,43)		3,26 (0,79)		4,00 (0,23)		2,96 (0,78)	
	ΠΕ	3,91 (0,43)		3,75 (0,85)		3,68 (0,87)		3,14 (0,81)	
Επαγγελματική κατάσταση	Ανεργος/η	3,94 (0,40)	0,343	3,69 (1,11)	0,073	3,54 (0,67)	0,027	2,92 (0,94)	0,041
	Δημ.	3,82 (0,42)		3,30 (0,77)		2,56 (0,00)		4,11 (0,00)	
	Υπάλληλος	3,93 (0,42)		3,14 (0,87)		4,04 (0,50)		3,56 (0,00)	
	Ιδ. Υπάλληλος	3,33 (0,63)							
	Ελ. Επαγγελματίας								
	Συνταξιούχος			3,41 (0,76)		3,86 (0,49)		3,10 (0,71)	
Περιβάλλον διαβίωσης	Μόνος/η μου	3,81 (0,46)	0,469	2,99 (0,93)	0,013	3,26 (0,55)	<0,001		0,562
	Με συγγενείς	3,90 (0,41)		3,62 (0,72)		3,83 (0,55)		3,29 (0,50)	
	Με φίλους	4,05 (0,40)		3,93 (0,61)		4,33 (0,38)		3,44 (0,37)	
Προέλευση αναπηρίας	Εκ γενετής			4,00 (0,36)	<0,001	3,98 (0,39)	<0,001	3,27 (0,77)	0,029
	Επίκτητη			2,99 (0,85)		3,09 (0,61)		2,76 (0,60)	
Διάστημα αναπηρίας	Έως 5 έτη			3,03 (0,96)	<0,001	2,76 (0,43)	<0,001	2,60 (0,62)	0,053
	6-10 έτη			2,95 (0,85)		3,06 (0,55)		2,95 (0,57)	
	11-20 έτη			3,16 (0,68)		3,78 (0,49)			
	21 έτη και άνω			4,09 (0,28)		4,00 (0,43)		3,27 (0,77)	

Φύλο

Παρατηρούμε ότι το φύλο αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας ευτυχίας μόνο για τα άτομα με κινητική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,006<0,05), στα οποία οι άνδρες (μ.τ. 3,76) εμφανίζονται σαφέστερα πιο ευτυχισμένοι από τις γυναίκες (μ.τ. 3,07). Στις υπόλοιπες τρεις ομάδες συμμετεχόντων, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο, με τους άνδρες και τις γυναίκες να εμφανίζουν παραπλήσια επίπεδα ευτυχίας.

Ηλικία

Παρατηρούμε ότι η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας ευτυχίας μόνο για τα άτομα με οπτική αναπηρία (κρίσιμη τιμή<0,001), στα οποία οι δύο ακραίες ηλικιακές ομάδες ατόμων έως 25 ετών (μ.τ. 1,96) και ατόμων 56 ετών

και άνω (μ.τ. 2,27) εμφανίζονται δυστυχισμένες, ενώ ουδέτερη προς ευτυχισμένη στάση εμφανίζουν οι ηλικιακές ομάδες 46-55 ετών (μ.τ. 3,16), 26-35 ετών (μ.τ. 3,39), και 36-45 ετών (μ.τ. 3,41). Στις υπόλοιπες τρεις ομάδες συμμετεχόντων, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικιακή ομάδα.

Οικογενειακή κατάσταση

Παρατηρούμε ότι η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας ευτυχίας και για τις τρεις ομάδες συμμετεχόντων με αναπηρία. Έτσι, στα άτομα με κινητική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,033<0,05), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα που είναι σε σχέση ή είναι έγγαμοι (μ.τ. 3,55), ακολουθούν με μικρή διαφορά οι άγαμοι (μ.τ. 3,51) και οι διαζευγμένοι (μ.τ. 3,31), ενώ οι χήροι εμφανίζονται δυστυχισμένοι (μ.τ. 1,89). Όσον αφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,002<0,05), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα που είναι σε σχέση ή είναι έγγαμοι (μ.τ. 3,97), ακολουθούν οι άγαμοι (μ.τ. 3,50) και οι χήροι (μ.τ. 3,27). Στα άτομα με οπτική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,003<0,05), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα που είναι σε σχέση ή είναι έγγαμοι (μ.τ. 3,35), ακολουθούν με μικρή διαφορά οι άγαμοι (μ.τ. 3,21), ενώ οι διαζευγμένοι (μ.τ. 2,33) και οι χήροι (μ.τ. 2,00) εμφανίζονται δυστυχισμένοι. Τέλος, παραπλήσια επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα δίχως αναπηρία, ανεξαρτήτως της οικογενειακής τους κατάστασης.

Επίπεδο εκπαίδευσης

Παρατηρούμε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας ευτυχίας τόσο για τα άτομα με κινητική όσο και για αυτά με οπτική αναπηρία. Έτσι, όσον αφορά τα πρώτα (κρίσιμη τιμή=0,001<0,05), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα που έχουν υποχρεωτική εκπαίδευση (μ.τ. 4,22), ακολουθούν τα άτομα με πανεπιστημιακή εκπαίδευση (μ.τ. 3,75), τα άτομα με τεχνολογική εκπαίδευση (μ.τ. 3,26) και τα άτομα με δευτεροβάθμια εκπαίδευση με μάλλον ουδέτερη στάση (μ.τ. 3,11). Όσον αφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,048<0,05), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα με δευτεροβάθμια εκπαίδευση (μ.τ. 3,44), ενώ ακολουθούν τα άτομα με (μ.τ. 3,14), τεχνολογική (μ.τ. 2,96) και υποχρεωτική εκπαίδευση (μ.τ. 2,78) που εμφανίζουν ουδέτερη προς αρνητική στάση. Τέλος, παραπλήσια επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα δίχως αναπηρία καθώς και τα άτομα με ακουστική αναπηρία, ανεξάρτητα από το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Επαγγελματική κατάσταση

Παρατηρούμε ότι η επαγγελματική κατάσταση αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας ευτυχίας τόσο για τα άτομα με ακουστική όσο και για αυτά με οπτική αναπηρία. Έτσι, όσον αφορά τα πρώτα (κρίσιμη τιμή=0,027<0,05), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (μ.τ. 4,04), ακολουθούν οι συνταξιούχοι (μ.τ. 3,86), οι άνεργοι (μ.τ. 3,54) και οι δημόσιοι υπάλληλοι (μ.τ. 2,56). Όσον αφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,041<0,05), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν οι δημόσιοι υπάλληλοι (μ.τ. 4,11), ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (μ.τ. 3,56), οι συνταξιούχοι (μ.τ. 3,10) και οι άνεργοι (μ.τ. 2,92). Τέλος, παραπλήσια επίπεδα ευτυχίας

εμφανίζουν τα άτομα δίχως αναπηρία καθώς και τα άτομα με κινητική αναπηρία, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση.

Περιβάλλον διαβίωσης

Παρατηρούμε ότι το περιβάλλον διαβίωσης αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας ευτυχίας τόσο για τα άτομα με κινητική όσο και για αυτά με ακουστική αναπηρία. Έτσι, από τα άτομα με κινητική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,013<0,05), όσα μένουν με φίλους (μ.τ. 3,93) εμφανίζονται περισσότερο ευτυχισμένοι σε σχέση με αυτούς που μένουν με συγγενείς (μ.τ. 3,62) και ακόμη περισσότερο σε σχέση με αυτούς που μένουν μόνοι τους (μ.τ. 2,99). Όσον αφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (κρίσιμη τιμή<0,001), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα που μένουν με φίλους (μ.τ. 4,33) και ακολουθούν τα άτομα που μένουν με συγγενείς (μ.τ. 3,83) και τα άτομα που μένουν μόνοι τους (μ.τ. 3,26). Τέλος, παραπλήσια επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα δίχως αναπηρία καθώς και τα άτομα με κινητική αναπηρία, ανεξάρτητα από το περιβάλλον διαβίωσής τους.

Προέλευση αναπηρίας

Παρατηρούμε ότι η προέλευση της αναπηρίας αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας ευτυχίας και για τις τρεις ομάδες συμμετεχόντων με αναπηρία. Τόσο για τα άτομα με κινητική (κρίσιμη τιμή<0,001), όσο και για τα άτομα με ακουστική (κρίσιμη τιμή<0,001) και οπτική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,029<0,05), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζονται όταν η προέλευση της αναπηρίας είναι εκ γενετής (μ.τ. 4,00, 3,98 και 3,27 αντίστοιχα), απ' ότι όταν είναι επίκτητη (μ.τ. 2,99, 3,09 και 2,76 αντίστοιχα).

Διάστημα αναπηρίας

Παρατηρούμε ότι το διάστημα αναπηρίας αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας ευτυχίας τόσο για τα άτομα με κινητική όσο και για αυτά με ακουστική αναπηρία. Έτσι, όσον αφορά τα πρώτα (κρίσιμη τιμή<0,001), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους για 21 έτη και άνω (μ.τ. 4,09) και ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους για 11-20 έτη (μ.τ. 3,16), έως 5 έτη (μ.τ. 3,03) και 6-10 έτη (μ.τ. 2,95). Όσον αφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (κρίσιμη τιμή<0,001), υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους για 21 έτη και άνω (μ.τ. 4,00), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους για 11-20 έτη (μ.τ. 3,78) και με μεγαλύτερη διαφορά τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους 6-10 έτη (μ.τ. 3,06) και έως 5 έτη (μ.τ. 2,76). Τέλος, παραπλήσια επίπεδα ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα με οπτική αναπηρία, ανεξαρτήτως του διαστήματος αναπηρίας τους.

7.6.5 Επαγωγικοί στατιστικοί έλεγχοι μέσων κλιμάκων αποδοχής της δυσλειτουργίας ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών

Η υλοποίηση των κατάλληλων κάθε φορά επαγωγικών στατιστικών μεθόδων για τον έλεγχο της ισότητας των μέσων κλιμάκων αποδοχής της δυσλειτουργίας ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος οδήγησε στην κατασκευή του ακόλουθου πίνακα.

Πίνακας 66. Στατιστικοί έλεγχοι μέσω των τιμών κλίμακας αποδοχής δυσλειτουργίας ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Δημογραφικά χαρακτηριστικά		Άτομα με κινητική αναπηρία		Άτομα με ακουστική αναπηρία		Άτομα με οπτική αναπηρία	
		Μ.τ. (τ.α.)	(κρ. τιμή)	Μ.τ. (τ.α.)	(κρ. τιμή)	Μ.τ. (τ.α.)	(κρ. τιμή)
Φύλο	Ανδρας	3,98 (0,40)	0,051	4,15 (0,61)	0,774	3,52 (1,09)	0,889
	Γυναίκα	3,24 (1,03)		3,99 (0,69)		3,44 (0,95)	
Ηλικία	Έως 25 ετών		0,571	4,37 (0,38)	0,060	1,98 (0,31)	0,001
	26-35 ετών	3,63 (0,73)		3,83 (0,88)		3,88 (0,98)	
	36-45 ετών	3,66 (0,89)		3,53 (0,75)		3,70 (0,82)	
	46-55 ετών	3,31 (1,26)		4,16 (0,28)		3,82 (1,09)	
	56 ετών και άνω	0,00 (0,00)		4,24 (0,57)		2,26 (0,08)	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	3,58 (0,77)	0,001	3,71 (0,85)	0,004	3,69 (1,00)	0,041
	Σε σχέση ή έγγαμος/η	3,89 (0,74)		4,31 (0,35)		3,65 (1,03)	
	Διαζευγμένος/η	3,51 (0,87)				2,35 (0,23)	
	Χήρος/α	1,86 (0,00)		3,65 (0,61)		2,34 (0,00)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΥΕ	4,46 (0,00)	0,007	4,19 (0,48)	0,088	3,06 (1,12)	0,329
	ΔΕ	3,28 (0,91)		3,89 (0,68)		3,78 (0,79)	
	ΤΕ	3,78 (0,84)		4,28 (0,16)		3,09 (0,99)	
	ΠΕ	3,78 (0,75)		3,92 (0,93)		3,69 (1,17)	
Επαγγελματική κατάσταση	Ανεργος/η	3,62 (0,91)	0,135	3,76 (0,89)	0,003	3,38 (1,37)	0,941
	Δημ. Υπάλληλος	3,58 (0,74)		2,62 (0,00)		4,22 (0,00)	
	Ιδ. Υπάλληλος	3,15 (0,95)		4,49 (0,30)		4,08 (0,00)	
	Ελ. Επαγγελματίας						
	Συνταξιούχος	3,74 (0,87)		4,19 (0,42)		3,43 (1,00)	
Περιβάλλον διαβίωσης	Μόνος/η μου	3,15 (1,03)	0,003	3,65 (0,75)	0,005		0,029
	Με συγγενείς	3,84 (0,66)		4,09 (0,58)		3,60 (1,09)	
	Με φίλους	4,51 (0,27)		4,86 (0,02)		4,21 (0,19)	
Προέλευση αναπηρίας	Εκ γενετής	3,99 (0,47)	0,017	4,34 (0,30)	<0,001	3,63 (1,04)	0,050
	Επίκτητη	3,34 (0,97)		3,23 (0,69)		3,08 (0,96)	
Διάστημα αναπηρίας	Έως 5 έτη	3,30 (1,20)	0,023	2,85 (0,70)	<0,001	2,95 (0,96)	0,081
	6-10 έτη	3,36 (0,88)		3,18 (0,61)		3,24 (1,00)	
	11-20 έτη	3,22 (0,92)		4,13 (0,54)			
	21 έτη και άνω	4,13 (0,28)		4,34 (0,30)		3,63 (1,04)	

Φύλο

Παρατηρούμε ότι το φύλο δεν αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας αποδοχής για καμία από τις ομάδες ατόμων με αναπηρία, μιας και οι τρεις εμφανίζουν παραπλήσια επίπεδα αποδοχής.

Ηλικία

Παρατηρούμε ότι η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας αποδοχής μόνο για τα άτομα με οπτική αναπηρία (κρίσιμη τιμή $<0,001$), στα οποία οι ηλικιακές ομάδες ατόμων 26-35 ετών (μ.τ. 3,88) και ατόμων 46-55 ετών (μ.τ. 3,82) εμφανίζουν τις μεγαλύτερες τιμές αποδοχής, ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 36-45 ετών (μ.τ. 3,70), ενώ αρκετά χαμηλότερες τιμές αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα ηλικίας 56 ετών και άνω (μ.τ. 2,26) και έως 25 ετών (μ.τ. 1,98). Στις υπόλοιπες τρεις ομάδες συμμετεχόντων, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικιακή ομάδα. Τέλος, παραπλήσια επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα με κινητική καθώς και τα άτομα με ακουστική αναπηρία, ανεξάρτητα από την ηλικία τους.

Οικογενειακή κατάσταση

Παρατηρούμε ότι η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας αποδοχής και για τις τρεις ομάδες συμμετεχόντων με αναπηρία. Έτσι, στα άτομα με κινητική αναπηρία (κρίσιμη τιμή $=0,001 < 0,05$), υψηλότερα επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα που είναι σε σχέση ή είναι έγγαμοι (μ.τ. 3,89), ακολουθούν με μικρή διαφορά οι άγαμοι (μ.τ. 3,58) και οι διαζευγμένοι (μ.τ. 3,51), ενώ οι χήροι εμφανίζουν τη μικρότερη τιμή αποδοχής της δυσλειτουργίας τους (μ.τ. 1,86). Όσον αφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (κρίσιμη τιμή $=0,004 < 0,05$), υψηλότερα επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα που είναι σε σχέση ή είναι έγγαμοι (μ.τ. 4,31), ακολουθούν οι άγαμοι (μ.τ. 3,71) και οι χήροι (μ.τ. 3,65). Στα άτομα με οπτική αναπηρία (κρίσιμη τιμή $=0,041 < 0,05$), υψηλότερα επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα που είναι σε σχέση ή είναι έγγαμοι (μ.τ. 3,69), ακολουθούν με μικρή διαφορά οι άγαμοι (μ.τ. 3,65), ενώ οι διαζευγμένοι (μ.τ. 2,35) και οι χήροι (μ.τ. 2,34) εμφανίζουν τις μικρότερες τιμές αποδοχής.

Επίπεδο εκπαίδευσης

Παρατηρούμε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας αποδοχής μόνο για τα άτομα με κινητική αναπηρία (κρίσιμη τιμή $=0,007 < 0,05$), στα οποία υψηλότερα επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα που έχουν υποχρεωτική εκπαίδευση (μ.τ. 4,46), ακολουθούν τα άτομα με πανεπιστημιακή και τεχνολογική εκπαίδευση (μ.τ. 3,78) και τα άτομα με δευτεροβάθμια εκπαίδευση με μάλλον ουδέτερη στάση αποδοχής (μ.τ. 3,28). Τέλος, παραπλήσια επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα με ακουστική καθώς και τα άτομα με οπτική αναπηρία, ανεξάρτητα από το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Επαγγελματική κατάσταση

Παρατηρούμε ότι η επαγγελματική κατάσταση αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας αποδοχής μόνο για τα άτομα με ακουστική αναπηρία (κρίσιμη τιμή $=0,003 < 0,05$), στα οποία υψηλότερα επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (μ.τ. 4,49), ακολουθούν οι συνταξιούχοι (μ.τ. 4,19), οι άνεργοι (μ.τ. 3,76) και οι δημόσιοι υπάλληλοι (μ.τ. 2,62) με μάλλον αρνητική στάση αποδοχής. Τέλος, παραπλήσια επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα με κινητική καθώς και τα άτομα με οπτική αναπηρία, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση.

Περιβάλλον διαβίωσης

Παρατηρούμε ότι το περιβάλλον διαβίωσης αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας αποδοχής και για τις τρεις ομάδες συμμετεχόντων με αναπηρία. Έτσι, από τα άτομα με κινητική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,003<0,05), όσα μένουν με φίλους (μ.τ. 4,51) εμφανίζουν το μεγαλύτερο επίπεδο αποδοχής της δυσλειτουργίας τους, ακολουθούν αυτοί που μένουν με συγγενείς (μ.τ. 3,84) και αυτοί που έννουν μόνοι τους (μ.τ. 3,15) με τη μικρότερη τιμή αποδοχής. Όσον αφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,005<0,05), υψηλότερα επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα που μένουν με φίλους (μ.τ. 4,86) και ακολουθούν τα άτομα που μένουν με συγγενείς (μ.τ. 4,09) και τα άτομα που μένουν μόνα τους (μ.τ. 3,65). Τέλος, στα άτομα με οπτική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,029<0,05), υψηλότερα επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα που μένουν με φίλους (μ.τ. 4,21) και ακολουθούν τα άτομα που μένουν με συγγενείς (μ.τ. 3,60).

Προέλευση αναπηρίας

Παρατηρούμε ότι η προέλευση της αναπηρίας αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας αποδοχής και για τις τρεις ομάδες συμμετεχόντων με αναπηρία. Τόσο για τα άτομα με κινητική (κρίσιμη τιμή=0,017<0,05), όσο και για τα άτομα με ακουστική (κρίσιμη τιμή<0,001) και οπτική αναπηρία (κρίσιμη τιμή=0,05<=0,05), υψηλότερα επίπεδα αποδοχής εμφανίζονται όταν η προέλευση της αναπηρίας είναι εκ γενετής (μ.τ. 3,99, 4,34 και 3,63 αντίστοιχα), απ' ότι όταν είναι επίκτητη (μ.τ. 3,34, 3,23 και 3,08 αντίστοιχα).

Διάστημα αναπηρίας

Παρατηρούμε ότι το διάστημα αναπηρίας αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης της μέσης κλίμακας αποδοχής τόσο για τα άτομα με κινητική όσο και για αυτά με ακουστική αναπηρία. Έτσι, όσον αφορά τα πρώτα (κρίσιμη τιμή=0,023<0,05), υψηλότερα επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους για 21 έτη και άνω (μ.τ. 4,13) και ακολουθούν με σχετική διαφορά τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους για 6-10 έτη (μ.τ. 3,36), έως 5 έτη (μ.τ. 3,30) και 11-20 έτη (μ.τ. 3,22). Όσον αφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία (κρίσιμη τιμή<0,001), υψηλότερα επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους για 21 έτη και άνω (μ.τ. 4,34), ακολουθούν με μικρή διαφορά τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους για 11-20 έτη (μ.τ. 4,13) και με μεγαλύτερη διαφορά τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους 6-10 έτη (μ.τ. 3,18) και έως 5 έτη (μ.τ. 2,85). Τέλος, παραπλήσια επίπεδα αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα με οπτική αναπηρία, ανεξαρτήτως του διαστήματος αναπηρίας τους.

7.6.6. Συσχέτιση κλίμακας ευτυχίας με υποκλίμακες και κλίμακα αποδοχής δυσλειτουργίας Άτομα με κινητική αναπηρία

Ο υπολογισμός των συντελεστών συσχέτισης και των αντίστοιχων επαγωγικών κριτηρίων στατιστικής σημαντικότητας, μεταξύ της κλίμακας ευτυχίας και της κλίμακας αποδοχής της δυσλειτουργίας καθώς και των υποκλιμάκων αυτής, για τους συμμετέχοντες στην έρευνα με κινητική αναπηρία, στο σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών, οδήγησε στην κατασκευή του ακόλουθου πίνακα.

Πίνακας 67. Στατιστικοί έλεγχοι συσχετίσεων ευτυχίας και αποδοχής δυσλειτουργίας (άτομα με κινητική αναπηρία)

Κλίμακα ευτυχίας		Συντελεστής συσχέτισης Pearson (κρίσιμη τιμή)				
		Υποκλίμακα α	Υποκλίμακα β	Υποκλίμακα γ	Υποκλίμακα δ	Κλίμακα αποδοχής
Φύλο	Ανδρας	0,654 ($<0,001$)	0,578 ($<0,001$)	0,543 ($<0,001$)	0,697 ($<0,001$)	0,664 ($<0,001$)
	Γυναίκα	0,971 ($<0,001$)	0,790 ($<0,001$)	0,947 ($<0,001$)	0,933 ($<0,001$)	0,966 ($<0,001$)
Ηλικία	Έως 25 ετών	0,922 ($<0,001$)	0,820 ($<0,001$)	0,907 ($<0,001$)	0,949 ($<0,001$)	0,955 ($<0,001$)
	26-35 ετών	0,922 ($<0,001$)	0,693 ($<0,001$)	0,881 ($<0,001$)	0,872 ($<0,001$)	0,902 ($<0,001$)
	36-45 ετών	0,945 ($<0,001$)	0,897 ($<0,001$)	0,965 ($<0,001$)	0,875 ($<0,001$)	0,823 ($<0,001$)
	46-55 ετών	0,922 ($<0,001$)	0,693 ($<0,001$)	0,881 ($<0,001$)	0,872 ($<0,001$)	0,902 ($<0,001$)
	56 ετών και άνω	0,924 ($<0,001$)	0,817 ($<0,001$)	0,924 ($<0,001$)	0,948 ($<0,001$)	0,956 ($<0,001$)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	0,871 ($<0,001$)	0,652 ($<0,001$)	0,830 ($<0,001$)	0,805 ($<0,001$)	0,846 ($<0,001$)
	Σε σχέση ή έγγαμος/η	0,928 ($<0,001$)	0,855 ($<0,001$)	0,977 ($<0,001$)	0,960 ($<0,001$)	0,982 ($<0,001$)
	Διαζευγμένος/η	0,932 ($<0,001$)	0,793 ($<0,001$)	0,892 ($<0,001$)	0,882 ($<0,001$)	0,912 ($<0,001$)
	Χήρος/α	0,924 ($<0,001$)	0,856 ($<0,001$)	0,975 ($<0,001$)	0,860 ($<0,001$)	0,902 ($<0,001$)
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΥΕ	0,915 ($<0,001$)	0,703 ($<0,001$)	0,905 ($<0,001$)	0,886 ($<0,001$)	0,908 ($<0,001$)
	ΔΕ	0,958 ($<0,001$)	0,959 ($<0,001$)	0,916 ($<0,001$)	0,979 ($<0,001$)	0,974 ($<0,001$)
	ΤΕ	0,926 ($<0,001$)	0,765 ($<0,001$)	0,888 ($<0,001$)	0,930 ($<0,001$)	0,942 ($<0,001$)
	ΠΕ	0,970 ($<0,001$)	0,849 ($<0,001$)	0,976 ($<0,001$)	0,965 ($<0,001$)	0,973 ($<0,001$)
Επαγγελματική κατάσταση	Ανεργος/η	0,910 ($<0,001$)	0,844 ($<0,001$)	0,927 ($<0,001$)	0,894 ($<0,001$)	0,939 ($<0,001$)
	Δημ. Υπάλληλος	0,970 ($<0,001$)	0,740 ($<0,001$)	0,919 ($<0,001$)	0,957 ($<0,001$)	0,976 ($<0,001$)
	Ιδ. Υπάλληλος	0,910 ($<0,001$)	0,784 ($<0,001$)	0,884 ($<0,001$)	0,903 ($<0,001$)	0,914 ($<0,001$)
	Ελ. Επαγγελματίας	0,910 ($<0,001$)	0,784 ($<0,001$)	0,884 ($<0,001$)	0,903 ($<0,001$)	0,914 ($<0,001$)
Περιβάλλον διαβίωσης	Μόνος/η μου	0,836 ($<0,001$)	0,667 ($<0,001$)	0,765 ($<0,001$)	0,795 ($<0,001$)	0,823 ($<0,001$)
	Με συγγενείς	0,912 ($<0,001$)	0,783 ($<0,001$)	0,872 ($<0,001$)	0,891 ($<0,001$)	0,932 ($<0,001$)
	Με φίλους	0,616 ($<0,001$)	0,526 ($<0,001$)	0,615 ($<0,001$)	0,708 ($<0,001$)	0,709 ($<0,001$)
Προέλευση αναπηρίας	Εκ γενετής	0,949 ($<0,001$)	0,898 ($<0,001$)	0,942 ($<0,001$)	0,949 ($<0,001$)	0,958 ($<0,001$)
	Επίκτητη	0,949 ($<0,001$)	0,898 ($<0,001$)	0,942 ($<0,001$)	0,949 ($<0,001$)	0,958 ($<0,001$)

Διάστημα αναπηρίας	Έως 5 έτη	0,912 ($<0,001$)	0,981 ($<0,001$)	0,960 ($<0,001$)	0,960 ($<0,001$)	0,950 ($<0,001$)
	6-10 έτη	0,965 ($<0,001$)	0,875 ($<0,001$)	0,958 ($<0,001$)	0,956 ($<0,001$)	0,967 ($<0,001$)
	11-20 έτη	0,934 ($<0,001$)	0,647 ($0,040$)	0,986 ($<0,001$)	0,840 ($<0,001$)	0,922 ($<0,001$)
	21 έτη και άνω	0,686 ($<0,001$)	0,736 ($<0,001$)	0,915 ($<0,001$)	0,808 ($<0,001$)	0,879 ($<0,001$)
	Γενικό σύνολο	0,914 ($<0,001$)	0,773 ($<0,001$)	0,882 ($<0,001$)	0,897 ($<0,001$)	0,914 ($<0,001$)

Παρατηρούμε ότι, όσον αφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία, η κλίμακα ευτυχίας, εμφανίζει στατιστικά σημαντικές γραμμικές συσχετίσεις τόσο με την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας, όσο και με τις τέσσερις υποκλίμακες της (Γενικό σύνολο, κρίσιμες τιμές $<0,001$). Οι συσχετίσεις αυτές είναι στο σύνολό τους ισχυρές με τιμές 0,914, 0,914, 0,773, 0,882, και 0,897 για την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας και τις τέσσερις υποκλίμακες της αντίστοιχα. Ο βαθμός της συμμεταβολής των δύο κλιμάκων καθιστά σαφές το γεγονός ότι η ευτυχία λειτουργεί ως κύριος αρωγός παράγων για άτομα με κινητική αναπηρία, προκειμένου αυτά να αποδεχθούν σε μεγαλύτερο βαθμό τη δυσλειτουργία τους. Το επίπεδο ευτυχίας ενός ατόμου με κινητική αναπηρία, δύναται να συσχετιστεί με συγκεκριμένο επίπεδο αποδοχής της δυσλειτουργίας αυτού, ενώ πιθανή αύξηση του επιπέδου της ευτυχίας, είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε παραπλήσια αύξηση του επιπέδου της αποδοχής. Το μέγεθος και η στατιστική σημαντικότητα των πέντε παραπάνω συσχετίσεων μελετήθηκαν και ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών με αντίστοιχα αποτελέσματα τα οποία ισχυροποιούν τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από τους προηγούμενα αναλυμένους στατιστικούς υπολογισμούς.

Άτομα με ακουστική αναπηρία

Ο υπολογισμός των συντελεστών συσχέτισης και των αντίστοιχων επαγωγικών κριτηρίων στατιστικής σημαντικότητας, μεταξύ της κλίμακας ευτυχίας και της κλίμακας αποδοχής της δυσλειτουργίας καθώς και των υποκλιμάκων αυτής, για τους συμμετέχοντες στην έρευνα με ακουστική αναπηρία, στο σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών, οδήγησε στην κατασκευή του ακόλουθου πίνακα.

Πίνακας 68. Στατιστικοί έλεγχοι συσχετίσεων ευτυχίας και αποδοχής δυσλειτουργίας (άτομα με ακουστική αναπηρία)

Κλίμακα ευτυχίας		Συντελεστής συσχέτισης Pearson (κρίσιμη τιμή)				
		Υποκλίμακα α	Υποκλίμακα β	Υποκλίμακα γ	Υποκλίμακα δ	Κλίμακα αποδοχής
Φύλο	Ανδρας	0,840 ($<0,001$)	0,662 ($<0,001$)	0,935 ($<0,001$)	0,918 ($<0,001$)	0,911 ($<0,001$)
	Γυναίκα	0,918 ($<0,001$)	0,797 ($<0,001$)	0,893 ($<0,001$)	0,936 ($<0,001$)	0,921 ($<0,001$)
Ηλικία	Έως 25 ετών	0,750 ($<0,001$)	0,700 ($<0,001$)	0,890 ($<0,001$)	0,870 ($<0,001$)	0,820 ($<0,001$)
	26-35 ετών	0,969 ($<0,001$)	0,775 ($<0,001$)	0,983 ($<0,001$)	0,977 ($<0,001$)	0,972 ($<0,001$)

	36-45 ετών	0,980 ($<0,001$)	0,963 ($<0,001$)	0,963 ($<0,001$)	0,953 ($<0,001$)	0,966 ($<0,001$)
	46-55 ετών	0,790 ($<0,001$)	0,780 ($<0,001$)	0,820 ($<0,001$)	0,877 ($<0,001$)	0,813 ($<0,001$)
	56 ετών και άνω	0,857 ($<0,001$)	0,853 ($<0,001$)	0,930 ($<0,001$)	0,919 ($<0,001$)	0,923 ($<0,001$)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	0,956 ($<0,001$)	0,835 ($<0,001$)	0,973 ($<0,001$)	0,964 ($<0,001$)	0,968 ($<0,001$)
	Σε σχέση ή έγγαμος/η	0,642 ($<0,001$)	0,670 ($<0,120$)	0,746 ($<0,001$)	0,751 ($<0,001$)	0,743 ($<0,001$)
	Διαζευγμένος/η					
	Χήρος/α	0,912 ($<0,001$)	0,899 ($<0,001$)	0,844 ($<0,001$)	0,915 ($<0,001$)	0,908 ($<0,001$)
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΥΕ	0,802 ($<0,001$)	0,693 ($<0,001$)	0,776 ($<0,001$)	0,896 ($<0,001$)	0,834 ($<0,001$)
	ΔΕ	0,986 ($<0,001$)	0,688 ($<0,001$)	0,987 ($<0,001$)	0,989 ($<0,001$)	0,988 ($<0,001$)
	ΤΕ	0,841 ($<0,001$)	0,711 ($<0,001$)	0,789 ($<0,001$)	0,843 ($<0,001$)	0,816 ($<0,001$)
	ΠΕ	0,869 ($<0,001$)	0,906 ($<0,001$)	0,943 ($<0,001$)	0,936 ($<0,001$)	0,924 ($<0,001$)
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος/η	0,944 ($<0,001$)	0,973 ($<0,001$)	0,951 ($<0,001$)	0,944 ($<0,001$)	0,952 ($<0,001$)
	Δημ. Υπάλληλος	0,986 ($<0,001$)	0,688 ($<0,001$)	0,987 ($<0,001$)	0,989 ($<0,001$)	0,988 ($<0,001$)
	Ιδ. Υπάλληλος	0,983 ($<0,001$)	0,788 ($<0,001$)	0,893 ($<0,001$)	0,913 ($<0,001$)	0,922 ($<0,001$)
	Ελ. Επαγγελματίας					
	Συνταξιούχος	0,767 ($<0,001$)	0,810 ($<0,001$)	0,807 ($<0,001$)	0,872 ($<0,001$)	0,825 ($<0,001$)
Περιβάλλον διαβίωσης	Μόνος/η μου	0,986 ($<0,001$)	0,856 ($<0,001$)	0,999 ($<0,001$)	0,986 ($<0,001$)	0,993 ($<0,001$)
	Με συγγενείς	0,841 ($<0,001$)	0,681 ($<0,001$)	0,863 ($<0,001$)	0,909 ($<0,001$)	0,875 ($<0,001$)
	Με φίλους	0,891 ($<0,001$)	0,781 ($<0,001$)	0,892 ($<0,001$)	0,914 ($<0,001$)	0,886 ($<0,001$)
Προέλευση αναπηρίας	Εκ γενετής	0,546 ($<0,001$)	0,510 ($<0,001$)	0,683 ($<0,001$)	0,713 ($<0,001$)	0,657 ($<0,001$)
	Επίκτητη	0,955 ($<0,001$)	0,963 ($<0,001$)	0,959 ($<0,001$)	0,977 ($<0,001$)	0,975 ($<0,001$)
Διάστημα αναπηρίας	Έως 5 έτη	0,986 ($<0,001$)	0,698 ($<0,001$)	0,987 ($<0,001$)	0,989 ($<0,001$)	0,988 ($<0,001$)
	6-10 έτη	0,969 ($<0,001$)	0,775 ($<0,001$)	0,973 ($<0,001$)	0,977 ($<0,001$)	0,972 ($<0,001$)
	11-20 έτη	0,823 ($<0,001$)	0,667 ($<0,001$)	0,858 ($<0,001$)	0,824 ($<0,001$)	0,842 ($<0,001$)
	21 έτη και άνω	0,615 ($<0,001$)	0,750 ($<0,001$)	0,721 ($<0,001$)	0,831 ($<0,001$)	0,737 ($<0,001$)
Γενικό σύνολο		0,870 ($<0,001$)	0,709 ($<0,001$)	0,903 ($<0,001$)	0,915 ($<0,001$)	0,902 ($<0,001$)

Παρατηρούμε ότι, όσον αφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία, η κλίμακα ευτυχίας, εμφανίζει στατιστικά σημαντικές γραμμικές συσχετίσεις τόσο με την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας, όσο και με τις τέσσερις υποκλίμακες της (Γενικό σύνολο, κρίσιμες τιμές <0,001). Οι συσχετίσεις αυτές είναι στο σύνολό τους ισχυρές με τιμές 0,902, 0,870, 0,709, 0,903 και 0,915 για την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας και τις τέσσερις υποκλίμακες της αντίστοιχα. Ο βαθμός της συμμεταβολής των δύο κλιμάκων καθιστά σαφές το γεγονός ότι η ευτυχία λειτουργεί ως κύριος αρωγός παράγων για άτομα με ακουστική αναπηρία, προκειμένου αυτά να αποδεχθούν σε μεγαλύτερο βαθμό τη δυσλειτουργία τους. Το επίπεδο ευτυχίας ενός ατόμου με ακουστική αναπηρία, δύναται να συσχετιστεί με συγκεκριμένο επίπεδο αποδοχής της δυσλειτουργίας αυτού, ενώ πιθανή αύξηση του επιπέδου της ευτυχίας, είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε παραπλήσια αύξηση του επιπέδου της αποδοχής. Το μέγεθος και η στατιστική σημαντικότητα των πέντε παραπάνω συσχετίσεων μελετήθηκαν και ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών με αντίστοιχα αποτελέσματα τα οποία ισχυροποιούν τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από τους προηγούμενα αναλυμένους στατιστικούς υπολογισμούς.

Άτομα με οπτική αναπηρία

Ο υπολογισμός των συντελεστών συσχέτισης και των αντίστοιχων επαγωγικών κριτηρίων στατιστικής σημαντικότητας, μεταξύ της κλίμακας ευτυχίας και της κλίμακας αποδοχής της δυσλειτουργίας καθώς και των υποκλιμάκων αυτής, για τους συμμετέχοντες στην έρευνα με οπτική αναπηρία, στο σύνολο των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών, οδήγησε στην κατασκευή του ακόλουθου πίνακα.

Πίνακας 69. Στατιστικοί έλεγχοι συσχετίσεων ευτυχίας και αποδοχής δυσλειτουργίας (άτομα με οπτική αναπηρία)

Κλίμακα ευτυχίας		Συντελεστής συσχέτισης Pearson (κρίσιμη τιμή)				
		Υποκλίμακα α	Υποκλίμακα β	Υποκλίμακα γ	Υποκλίμακα δ	Κλίμακα αποδοχής
Φύλο	Ανδρας	0,937 (<0,001)	0,901 (<0,001)	0,921 (<0,001)	0,925 (<0,001)	0,928 (<0,001)
	Γυναίκα	0,982 (<0,001)	0,890 (<0,001)	0,967 (<0,001)	0,948 (<0,001)	0,969 (<0,001)
Ηλικία	Έως 25 ετών	0,901 (<0,001)	0,897 (<0,001)	0,844 (<0,001)	0,856 (<0,001)	0,889 (<0,001)
	26-35 ετών	0,906 (<0,001)	0,933 (<0,001)	0,937 (<0,001)	0,915 (<0,001)	0,928 (<0,001)
	36-45 ετών	0,955 (<0,001)	0,853 (<0,001)	0,921 (<0,001)	0,907 (<0,001)	0,930 (<0,001)
	46-55 ετών	0,917 (<0,001)	0,922 (<0,001)	0,947 (<0,001)	0,900 (<0,001)	0,935 (<0,001)
	56 ετών και άνω	0,843 (<0,001)	0,642 (<0,001)	0,897 (<0,001)	0,733 (<0,001)	0,821 (<0,001)
Οικογενειακή κατάσταση	Αγαμος/η	0,972 (<0,001)	0,904 (<0,001)	0,945 (<0,001)	0,957 (<0,001)	0,959 (<0,001)
	Σε σχέση ή έγγαμος/η	0,913 (<0,001)	0,886 (<0,001)	0,905 (<0,001)	0,902 (<0,001)	0,907 (<0,001)
	Διαζευγμένος/η	0,877 (<0,001)	0,792 (<0,001)	0,856 (<0,001)	0,901 (<0,001)	0,867 (<0,001)
	Χήρος/α					

Επίπεδο εκπαίδευσης	ΥΕ	0,963 ($<0,001$)	0,930 ($<0,001$)	0,973 ($<0,001$)	0,969 ($<0,001$)	0,968 ($<0,001$)
	ΔΕ	0,868 ($<0,001$)	0,678 ($<0,001$)	0,814 ($<0,001$)	0,815 ($<0,001$)	0,827 ($<0,001$)
	ΤΕ	0,948 ($<0,001$)	0,945 ($<0,001$)	0,945 ($<0,001$)	0,946 ($<0,001$)	0,944 ($<0,001$)
	ΠΕ	0,916 ($<0,001$)	0,885 ($<0,001$)	0,913 ($<0,001$)	0,916 ($<0,001$)	0,916 ($<0,001$)
Επαγγελματική κατάσταση	Ανεργος/η	0,908 ($<0,001$)	0,877 ($<0,001$)	0,897 ($<0,001$)	0,789 ($<0,001$)	0,849 ($<0,001$)
	Δημ. Υπάλληλος	0,913 ($<0,001$)	0,926 ($<0,001$)	0,927 ($<0,001$)	0,931 ($<0,001$)	0,926 ($<0,001$)
	Ιδ. Υπάλληλος	0,876 ($<0,001$)	0,694 ($<0,001$)	0,731 ($<0,001$)	0,902 ($<0,001$)	0,852 ($<0,001$)
	Ελ. Επαγγελματίας					
	Συνταξιούχος	0,934 ($<0,001$)	0,871 ($<0,001$)	0,923 ($<0,001$)	0,910 ($<0,001$)	0,924 ($<0,001$)
Περιβάλλον διαβίωσης	Μόνος/η μου					
	Με συγγενείς	0,940 ($<0,001$)	0,908 ($<0,001$)	0,927 ($<0,001$)	0,929 ($<0,001$)	0,933 ($<0,001$)
	Με φίλους	0,961 ($<0,001$)	0,945 ($<0,001$)	0,822 ($<0,001$)	0,918 ($<0,001$)	0,945 ($<0,001$)
Προέλευση αναπηρίας	Εκ γενετής	0,936 ($<0,001$)	0,890 ($<0,001$)	0,924 ($<0,001$)	0,927 ($<0,001$)	0,929 ($<0,001$)
	Επίκτητη	0,913 ($<0,001$)	0,926 ($<0,001$)	0,897 ($<0,001$)	0,861 ($<0,001$)	0,906 ($<0,001$)
Διάστημα αναπηρίας	Έως 5 έτη	0,845 ($<0,001$)	0,909 ($<0,001$)	0,877 ($<0,001$)	0,789 ($<0,001$)	0,874 ($<0,001$)
	6-10 έτη	0,895 ($<0,001$)	0,904 ($<0,001$)	0,927 ($<0,001$)	0,925 ($<0,001$)	0,913 ($<0,001$)
	11-20 έτη					
	21 έτη και άνω	0,936 ($<0,001$)	0,890 ($<0,001$)	0,924 ($<0,001$)	0,927 ($<0,001$)	0,929 ($<0,001$)
Γενικό σύνολο		0,949 ($<0,001$)	0,889 ($<0,001$)	0,934 ($<0,001$)	0,930 ($<0,001$)	0,938 ($<0,001$)

Παρατηρούμε ότι, όσον αφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία, η κλίμακα ευτυχίας, εμφανίζει στατιστικά σημαντικές γραμμικές συσχετίσεις τόσο με την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας, όσο και με τις τέσσερις υποκλίμακες της (Γενικό σύνολο, κρίσιμες τιμές $<0,001$). Οι συσχετίσεις αυτές είναι στο σύνολό τους ισχυρές με τιμές 0,938, 0,949, 0,889, 0,934 και 0,930 για την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας και τις τέσσερις υποκλίμακες της αντίστοιχα. Ο βαθμός της συμμεταβολής των δύο κλιμάκων καθιστά σαφές το γεγονός ότι η ευτυχία λειτουργεί ως κύριος αρωγός παράγων για άτομα με οπτική αναπηρία, προκειμένου αυτά να αποδεχθούν σε μεγαλύτερο βαθμό τη δυσλειτουργία τους. Το επίπεδο ευτυχίας ενός ατόμου με οπτική αναπηρία, δύναται να συσχετιστεί με συγκεκριμένο επίπεδο αποδοχής της δυσλειτουργίας αυτού, ενώ πιθανή αύξηση του επιπέδου της ευτυχίας, είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε παραπλήσια αύξηση του επιπέδου της αποδοχής. Το μέγεθος και η στατιστική σημαντικότητα των πέντε παραπάνω συσχετίσεων μελετήθηκαν και ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών με αντίστοιχα αποτελέσματα τα οποία ισχυροποιούν τα

συμπεράσματα που εξήχθησαν από τους προηγούμενα αναλυμένους στατιστικούς υπολογισμούς.

7.7. Συζήτηση

Σύμφωνα με τον πρώτο ερευνητικό στόχο που αναφέρεται στη μελέτη του βαθμού της κλίμακας ευτυχίας ατόμων με και δίχως αναπηρία, με βάση την παραπάνω ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προκύπτει ότι, ανάμεσα στα άτομα με και δίχως αναπηρία, την υψηλότερη μέση βαθμολογία ευτυχίας παρουσιάζουν τα άτομα δίχως αναπηρία, με μέση τιμή 3,88. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται κι από άλλες σχετικές έρευνες που έχουν κατά καιρούς πραγματοποιηθεί και οι οποίες καταδεικνύουν ότι τα άτομα με αναπηρία δεν αντιλαμβάνονται την ευτυχία με τον ίδιο τρόπο όπως τα άτομα δίχως αναπηρία (Van Campen και Iedema, 2007; Marinic και Brkljacic, 2008) και ότι η αναπηρία συνδέεται με μεγάλες μειώσεις στα επίπεδα ευτυχίας (Lucas, 2007). Ομοίως, το ερευνητικό αυτό αποτέλεσμα προκύπτει κι από την έρευνα των Van Campen και Santvoort (2012) όπου διαπιστώνεται ότι τα άτομα με αναπηρία βρίσκονται σε μειονεκτική θέση όσον αφορά το επίπεδο της υποκειμενικής ευημερίας-ευτυχίας συγκριτικά με τα άτομα του δείγματος δίχως αναπηρία. Αντίστοιχα τα αποτελέσματα της έρευνας των Nyman, Gosney και Victor (2009) έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι ενήλικες με οπτική αναπηρία, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας-ευτυχίας συγκριτικά με τους βλέποντες συνομήλικους τους, στην ψυχική υγεία, την κοινωνική λειτουργία και την ποιότητα ζωής.

Αναφορικά με τις υπόλοιπες ομάδες συμμετεχόντων με αναπηρία, παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τη μέση βαθμολογία ευτυχίας στα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία. Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν την υψηλότερη εκ των τριών μέση βαθμολογία ευτυχίας με μέση τιμή 3,74, που δε διαφέρει σημαντικά ακόμη και από αυτήν των ατόμων δίχως αναπηρία. Ακολουθούν τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα οποία εμφανίζουν μέση τιμή 3,41, ενώ αρκετά χαμηλότερο είναι το επίπεδο ευτυχίας των ατόμων με οπτική αναπηρία, τα οποία εμφανίζουν μέση τιμή 3,14, επιδεικνύοντας μια μάλλον ουδέτερη στάση ως προς το αίσθημα ευτυχίας τους. Επομένως, παρατηρείται ότι τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν θετική στάση ζωής, σημειώνοντας παραπλήσια βαθμολογία μέσης ευτυχίας, με τα άτομα δίχως αναπηρία. Ωστόσο, η παραπάνω θετική στάση, δεν υιοθετείται στο σύνολό της ούτε από τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα οποία έπονται βαθμολογικά ως προς το μέσο επίπεδο ευτυχίας, ούτε από τα άτομα με οπτική αναπηρία, τα οποία εμφανίζουν τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία ευτυχίας. Τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζονται πιο αισιόδοξα σε σχέση με τα άτομα με κινητική ή οπτική αναπηρία, δείχνουν να απολαμβάνουν περισσότερο τη ζωή και εισπράττουν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης από αυτήν. Το εύρημά μας αυτό συμφωνεί και με την έρευνα των Lee και Park (2010), στην οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ευτυχίας συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες.

Επιπρόσθετα, όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό στόχο που αναφέρεται στη μελέτη του βαθμού της κλίμακας αποδοχής της δυσλειτουργίας καθώς και των τεσσάρων υποκλιμάκων αυτής για άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία λαμβάνοντας υπόψη την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προκύπτει ότι, ανάμεσα στα άτομα με αναπηρία, την υψηλότερη μέση βαθμολογία αποδοχής της δυσλειτουργίας παρουσιάζουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία, με μέση τιμή 4,05. Το εύρημα αυτό δεν αποτελεί έκπληξη, καθώς ο

ψυχολογικός κόσμος των ατόμων με ακουστική αναπηρία, δεν είναι αυτός που αντιλαμβάνονται οι ακούοντες. Οι κωφοί εξαιτίας της «κουλτούρας» τους παρουσιάζουν μια θετική αυτοεικόνα του εαυτού τους και ζουν μια φυσιολογική και παραγωγική ζωή (Jambor and Elliott, 2005). Η ψυχοσύνθεσή τους απαρτίζεται από ένα κόσμο γεμάτο δυνατότητες, ελπίδες, όνειρα (Ladd, 2003). Παράλληλα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία, παρουσιάζουν την υψηλότερη μέση βαθμολογία και για κάθε υποκλίμακα της αποδοχής της δυσλειτουργίας, ήτοι το βαθμό ως προς τη διεύρυνση της έκτασης των αξιών, το βαθμό ως προς την υπαγωγή ή μείωση της έμφασης που δίνεται στην εμφάνιση, στα χαρακτηριστικά και στη φυσική κατασκευή του σώματος, το βαθμό ως προς τη συγκράτηση και τον περιορισμό των επιδράσεων της δυσλειτουργίας και το βαθμό ως προς την αλλαγή από τη σύγκριση με τους άλλους στην έμφαση στα προσωπικά προσόντα, με μέσες τιμές 4,02, 3,62, 3,89 και 4,14 αντίστοιχα. Το εύρημα μας αυτό ενισχύεται βιβλιογραφικά και από τον Scheetz (2004), σύμφωνα με τον οποίο τα άτομα με ακουστική αναπηρία διακατέχονται τόσο από μια θετική έννοια αυτορρύθμισης και αυτοεκτίμησης, όσο και από μια θετική ψυχολογική αποδοχή της κώφωσης.

Συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες συμμετεχόντων με αναπηρία, παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις τόσο ως προς τη μέση βαθμολογία αποδοχής της δυσλειτουργίας, όσο και ως προς την υποκλίμακα της συγκράτησης και του περιορισμού των επιδράσεων της δυσλειτουργίας, ενώ δεν εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις υπόλοιπες τρεις υποκλίμακες. Ειδικότερα, όσον αφορά τη μέση βαθμολογία αποδοχής της δυσλειτουργίας τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφανίζουν μέση τιμή 3,61, τιμή στατιστικά χαμηλότερη σε σχέση με την αντίστοιχη των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Παραπλήσια χαμηλή τιμή εμφανίζουν και τα άτομα με οπτική αναπηρία, με μέση τιμή 3,49. Οι παραπάνω διαφορές υποδεικνύουν μια σαφώς θετικότερη στάση των ατόμων με ακουστική αναπηρία, όσον αφορά την εν γένει αποδοχή της δυσλειτουργίας τους. Επιπρόσθετα, θετική είναι η στάση και των τριών ομάδων ατόμων με αναπηρία, όσον αφορά την υποκλίμακα της διεύρυνσης της έκτασης των αξιών, με εμφανιζόμενες μέσες τιμές 4,02, 3,74 και 3,56, για τις ομάδες ατόμων με ακουστική, κινητική και οπτική αναπηρία αντίστοιχα, δίχως την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης. Σχετικά ουδέτερη προς θετική στάση εμφανίζουν και οι τρεις ομάδες ατόμων με αναπηρία όσον αφορά την υποκλίμακα της υπαγωγής ή μείωσης της έμφασης που δίνεται στην εμφάνιση, στα χαρακτηριστικά και στη φυσική κατασκευή του σώματος, με εμφανιζόμενες μέσες τιμές 3,62, 3,48 και 3,41, για τις ομάδες ατόμων με ακουστική, κινητική και οπτική αναπηρία αντίστοιχα, δίχως την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης. Ωστόσο, στατιστικά σημαντική είναι η διαφοροποίηση των τριών ομάδων ως προς την υποκλίμακα της συγκράτησης και του περιορισμού των επιδράσεων της δυσλειτουργίας, μιας και τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή 3,89, που υποδεικνύει θετική στάση, έναντι των ατόμων με κινητική και οπτική αναπηρία, τα οποία εμφανίζουν μέσες τιμές 3,16 και 3,13 αντίστοιχα, καταγράφοντας πιο ουδέτερη στάση. Ένας λόγος που εξηγείται αυτή η σχέση είναι ότι τα άτομα με ακουστική αναπηρία δεν αντιμετωπίζουν τα ίδια εμπόδια στην καθημερινότητά τους, συγκριτικά με τους οπτικά ή τους κινητικά ανάπηρους και επομένως η δυσλειτουργία τους δεν τους περιορίζει σε μεγάλο βαθμό. Τέλος, θετική είναι η στάση και των τριών ομάδων ατόμων με αναπηρία, όσον αφορά την υποκλίμακα της αλλαγής από τη σύγκριση με τους άλλους στην έμφαση στα προσωπικά προσόντα, με εμφανιζόμενες μέσες τιμές 4,14, 3,79 και 3,62, για τις ομάδες ατόμων με

ακουστική, κινητική και οπτική αναπηρία αντίστοιχα, δίχως την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης.

Αναφορικά με τον τρίτο ερευνητικό στόχο που αφορά στην επιρροή του βαθμού των κλιμάκων ευτυχίας και αποδοχής της δυσλειτουργίας από το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, περιβάλλον διαβίωσης, προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας) τόσο στα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία, όσο και στα άτομα δίχως αναπηρία, προέκυψαν αρκετά ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Ειδικότερα, για την κλίμακα ευτυχίας, στατιστικά σημαντικές διαφορές προέκυψαν για το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών. Ως προς το φύλο, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητική αναπηρία, για τα οποία οι άνδρες (3,76) εμφανίζουν υψηλότερη μέση βαθμολογία ευτυχίας σε σχέση με τις αντίστοιχες γυναίκες (3,07). Το εύρημα αυτό αιτιολογείται με δεδομένο ότι, ένα μεγάλο μέρος των ανδρών με κινητική αναπηρία που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν μέλος αθλητικών ομάδων και όπως αποδεικνύεται και από την έρευνα των Lee και Park (2010), τα άτομα που συμμετέχουν σε δραστηριότητες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας. Ως προς την ηλικία, στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στα άτομα με οπτική αναπηρία, όπου τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ευτυχίας εμφανίζουν τα άτομα ηλικίας 36-45 ετών (3,41), και ακολουθούν οι ηλικιακές κατηγορίες ατόμων 26-35 ετών (3,39), 46-55 ετών (3,16), 56 ετών και άνω (2,27) και έως 25 ετών (1,96). Ουσιαστικά, τα άτομα που ανήκουν στη νεαρή έως μέση ηλικία εμφανίζονται περισσότερο ευτυχισμένοι σε σχέση με αυτούς που ανήκουν στα δύο άκρα, είτε πολλοί νέοι (έφηβοι), είτε ηλικιωμένοι. Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά, επιβεβαιώνονται εν μέρει από την έρευνα του Uppal (2006), ο οποίος βρήκε ότι στη νεαρή ηλικία τα άτομα δηλώνουν περισσότερο ευτυχισμένα, στη μέση όμως ηλικία το επίπεδο της ευτυχίας τους μειώνεται. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία. Και στις τρεις περιπτώσεις την υψηλότερη μέση τιμή ευτυχίας συγκεντρώνουν τα άτομα που βρίσκονται σε σχέση ή είναι έγγαμοι (3,55, 3,97 και 3,35 αντίστοιχα). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται κι από την έρευνα των Anusic, Yap και Lucas (2013) καθώς και από τον Uppal (2006) σύμφωνα με τους οποίους, οι έγγαμοι επιδεικνύουν υψηλότερα ποσοστά ευτυχίας συγκριτικά με τους άγαμους. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητική και οπτική αναπηρία. Για τους μεν πρώτους, την υψηλότερη μέση βαθμολογία ευτυχίας καταγράφουν τα άτομα που έχουν λάβει υποχρεωτική εκπαίδευση (4,22), ενώ για τους δεύτερους τα άτομα που έχουν λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση (3,44). Το συμπέρασμα αυτό, ενδυναμώνει την άποψη ότι το επίπεδο εκπαίδευσης δε συσχετίζεται θετικά με την κλίμακα ευτυχίας, δηλαδή όσο μεγαλύτερο το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο μεγαλύτερη η ευτυχία. Δεδομένου ότι το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίζεται άμεσα και με το ύψος του εισοδήματος, μιας και βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης ως επί το πλείστο συνεπάγεται και αύξηση του εισοδήματος, το παραπάνω συμπέρασμα ταυτίζεται έμμεσα και με προηγούμενες έρευνες, οι οποίες έχουν αποδείξει ότι η αύξηση του εισοδήματος δεν επιδρά στην αντιλαμβανόμενη ευτυχία (Blanchflower and Oswald, 2000; Diener and Oishi, 2000). Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με ακουστική και οπτική αναπηρία. Για τους μεν πρώτους, την υψηλότερη μέση βαθμολογία ευτυχίας καταγράφουν τα άτομα που εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι (4,04), ενώ για τους δεύτερους

τα άτομα που εργάζονται ως δημόσιοι υπάλληλοι (4,11). Ως προς το περιβάλλον διαβίωσης, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία. Για τους μεν πρώτους, την υψηλότερη μέση βαθμολογία ευτυχίας καταγράφουν τα άτομα που μένουν με συγγενείς (3,62), ενώ για τους άλλους δύο τα άτομα που μένουν με φίλους (4,33 και 3,44 αντίστοιχα). Όσον αφορά την προέλευση της αναπηρίας, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία. Όπως ήταν αναμενόμενο και στις τρεις περιπτώσεις την υψηλότερη μέση τιμή ευτυχίας συγκεντρώνουν τα άτομα απέκτησαν την αναπηρία εκ γενετής (4,00, 3,98 και 3,27 αντίστοιχα). Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί και με την έρευνα του Urral (2006), στην οποία διαφαίνεται ότι η χρονική στιγμή απόκτησης της αναπηρίας παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για το επίπεδο ευτυχίας ενός αναπήρου. Τέλος, ως προς το διάστημα αναπηρίας, στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στα άτομα με κινητική και ακουστική αναπηρία. Και στις δύο περιπτώσεις την υψηλότερη μέση τιμή ευτυχίας συγκεντρώνουν τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους για διάστημα 21 ετών και άνω (4,09 και 4,00 αντίστοιχα). Δεδομένου ότι ο χρόνος λειτουργεί ως επί το πλείστο αποτελεσματικά όσον αφορά την άμβλυνση των ψυχοσωματικών προβλημάτων ενός ατόμου με αναπηρία, το παραπάνω αποτέλεσμα δεν αποτελεί έκπληξη (Κλεφτάρας, 2006).

Επιπλέον, στατιστικά σημαντικές διαφορές για το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών, πλην του φύλου, προέκυψαν και για την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας. Έτσι, ως προς την ηλικία, στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στα άτομα με οπτική αναπηρία, όπου τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα ηλικίας 26-35 ετών (3,88), και ακολουθούν οι ηλικιακές κατηγορίες ατόμων 46-55 ετών (3,82), 36-45 ετών (3,70), 56 ετών και άνω (2,26) και έως 25 ετών (1,98). Ουσιαστικά, τα άτομα που ανήκουν στη νεαρή έως μέση ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερη αποδοχή της δυσλειτουργίας τους σε σχέση με αυτούς που ανήκουν στα δύο άκρα, είτε πολλοί νέοι (έφηβοι), είτε ηλικιωμένοι. Πράγματι διάφορες έρευνες διαπιστώνουν ότι η ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα αποδοχής μιας δυσλειτουργίας και επισημαίνεται ότι, όσο πιο νέο είναι ένα άτομο τόσο πιο εύκολα αποδέχεται τη δυσλειτουργία του (Whiteneck et al., 1992) συγκριτικά με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που δυσκολεύονται να αποδεχτούν την αναπηρία τους στη μετέπειτα ζωή τους (Polat, 2003). Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία. Και στις τρεις περιπτώσεις την υψηλότερη μέση τιμή αποδοχής συγκεντρώνουν τα άτομα που βρίσκονται σε σχέση ή είναι έγγαμοι (3,89, 4,31 και 3,65 αντίστοιχα). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται κι από άλλες σχετικές έρευνες των Zimmerman και Easterlin (2006), των Frey και Stutzer (2002) και του Layard (2005), καθώς ο γάμος έχει μια θετική και διαρκή επίδραση στην αποδοχή αρνητικών γεγονότων και γεγονότων που μπορούν να προκύψουν στη ζωή ενός ατόμου. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητική αναπηρία, όπου τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα που έχουν λάβει υποχρεωτική εκπαίδευση (4,46), και ακολουθούν τα άτομα με πανεπιστημιακή (3,78), τεχνολογική (3,78) και δευτεροβάθμια εκπαίδευση (3,28). Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με ακουστική αναπηρία, όπου τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία αποδοχής εμφανίζουν τα άτομα που εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι (4,49), και ακολουθούν οι συνταξιούχοι (4,19), οι άνεργοι (3,76) και οι δημόσιοι υπάλληλοι (2,62). Το εύρημα αυτό δεν αποτελεί έκπληξη, καθώς

ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων με ακουστική αναπηρία που συμμετείχαν στην έρευνα και εργαζόταν ως ιδιωτικός υπάλληλος, ήταν οι αυτό-απασχολούμενοι. Με δεδομένο ότι μπορούν εξ ολοκλήρου να καθορίσουν την ποιότητα της εργασίας τους, οι αυτο-απασχολούμενοι ναι μεν δύναται να έχουν μικρότερο εισόδημα ή περισσότερες ώρες εργασίας ή ακόμη και ανασφάλεια στην εργασία, επιδεικνύουν όμως υψηλότερα επίπεδα αποδοχής της δυσλειτουργίας τους συγκριτικά με τους δημόσιους ή ιδιωτικούς υπαλλήλους (Frey and Benz, 2008).

Ως προς το περιβάλλον διαβίωσης, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία. Για τους μεν πρώτους, την υψηλότερη μέση βαθμολογία αποδοχής της δυσλειτουργίας καταγράφουν τα άτομα που μένουν με συγγενείς (3,84), ενώ για τους άλλους δύο τα άτομα που μένουν με φίλους (4,86 και 4,21 αντίστοιχα). Όσον αφορά την προέλευση της αναπηρίας, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητική, ακουστική και οπτική αναπηρία. Όπως ήταν αναμενόμενο και στις τρεις περιπτώσεις την υψηλότερη μέση τιμή αποδοχής της δυσλειτουργίας συγκεντρώνουν τα άτομα τα οποία απέκτησαν την αναπηρία εκ γενετής (3,99, 4,34 και 3,63 αντίστοιχα). Τέλος, ως προς το διάστημα αναπηρίας, στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στα άτομα με κινητική και ακουστική αναπηρία. Και στις δύο περιπτώσεις την υψηλότερη μέση τιμή αποδοχής συγκεντρώνουν τα άτομα που έχουν την αναπηρία τους για διάστημα 21 ετών και άνω (4,13 και 4,34 αντίστοιχα). Δεδομένου ότι ο χρόνος λειτουργεί ως επί το πλείστο ευεργετικά όσον αφορά την αποδοχή που επιδεικνύει ένα άτομο σχετικά με την αναπηρία του, το παραπάνω αποτέλεσμα δεν αποτελεί έκπληξη. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται κι από άλλες σχετικές έρευνες, στις οποίες γίνεται κατανοητό ότι όσο πιο νωρίς εμφανιστεί η αναπηρία στη ζωή ενός ατόμου τόσο υψηλότερα επίπεδα αποδοχής αναμένεται να επιδείξει το άτομο αυτό (Grist, 2010· Linkowski και Groomes, 2007).

Ολοκληρώνοντας το σύνολο των ερευνητικών στόχων, μελετήθηκε ο τέταρτος βασικός στόχος που αφορά στην ύπαρξη ή μη και το βαθμό συσχέτισης της κλίμακας ευτυχίας, τόσο με την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας, όσο και με το σύνολο των υποκλιμάκων αυτής. Κατόπιν της σχετικής ανάλυσης των συλλεγόμενων από την έρευνα δεδομένων, παρήχθησαν σημαντικά προσδοκώμενα και ταυτόχρονα αναμενόμενα αποτελέσματα για το σύνολο των ατόμων με αναπηρία. Έτσι, όσον αφορά τα άτομα με κινητική, ακουστική αλλά και οπτική αναπηρία, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές ισχυρές θετικές συσχετίσεις της κλίμακας ευτυχίας, τόσο με την κλίμακα αποδοχής της δυσλειτουργίας, όσο και με τις τέσσερις υποκλίμακες αυτής. Οι συσχετίσεις αυτές, διατηρούν τη σημαντικότητά τους ως προς το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών, εξασφαλίζοντας με τον καλύτερο τρόπο την σύνδεση της ευτυχίας με την αποδοχή της δυσλειτουργίας. Τα παραπάνω αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι η ευτυχία λειτουργεί αποτελεσματικά ως παράγοντας αποδοχής της δυσλειτουργίας των ατόμων με αναπηρία, και αυτό γιατί παρέχει στα άτομα με αναπηρία την κατάλληλη ψυχοπνευματική αρωγή προκειμένου αυτά να αναπτύξουν το αίσθημα της ευτυχίας και ταυτόχρονα να εξοπλιστούν με θετική στάση και διάθεση, ούτως ώστε να αποδεχθούν σε μεγαλύτερο βαθμό τη δυσλειτουργία τους. Ασφαλώς, το συμπέρασμα αυτό δεν αποτελεί έκπληξη μιας και επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Oswald και Powdthavee (2008), οι οποίοι υποστήριξαν ότι υπάρχει μερική αποδοχή της δυσλειτουργίας ανάλογα με τη σοβαρότητα της αναπηρίας και μια σταθερή σύνδεσή της με τα επίπεδα ευτυχίας. Ομοίως, ο Powdthavee (2009), τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι η αναπηρία, ανεξάρτητα από τη

σοβαρότητα της, οδηγεί σε προσαρμογή και άρα αποδοχή της δυσλειτουργίας. Αντίστοιχα και ο Pagan (2010) παρατήρησε ότι μετά από μια μικρή χρονική περίοδο τα άτομα με αναπηρία αποδέχονταν πλήρως την αναπηρία τους και αύξαναν τα επίπεδα ευτυχίας τους.

7.8. Περιορισμοί έρευνας - Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Στο σημείο αυτό, με την ολοκλήρωση της έρευνας, είναι χρήσιμο να επισημανθούν κάποιοι περιορισμοί, αλλά και να τεθούν ορισμένες προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Μολονότι κατά τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας καταβλήθηκαν προσπάθειες συγκέντρωσης όσο το δυνατόν μεγαλύτερου και αντιπροσωπευτικότερου δείγματος συμμετεχόντων, μεθοδολογικοί περιορισμοί δεν κατέστησαν δυνατή τη συλλογή δεδομένων από όλες τις περιοχές της Ελλάδας, επομένως η όποια γενίκευση των αποτελεσμάτων οφείλει να γίνεται επιφυλακτικά. Επιπλέον, η συμμετοχή των ατόμων ήταν εθελοντική και στη βάση της διάθεσής τους να συμμετέχουν μετά από ενημέρωση. Ακόμα, το δείγμα ήταν ενήλικες με και δίχως αναπηρία, χωρίς τη συμμετοχή ατόμων από τη σχολική κοινότητα. Επιπρόσθετα, πρέπει να επισημανθεί ότι από τη γενικευμένη κλίμακα ευτυχίας χρησιμοποιήθηκε μόνο η πρώτη υποκλίμακα αυτής, δεδομένου ότι αυτή δύναται να ερμηνεύσει το μεγαλύτερο ποσοστό μεταβλητότητας της κλίμακας. Έτσι για λόγους μεθοδολογικής διευκόλυνσης, παρελήφθησαν οι υπόλοιπες ελάσσονος σημαντικότητας υποκλίμακες. Δεν πρέπει τέλος να αγνοηθεί το γεγονός ότι η παρούσα έρευνα έρχεται να ρίξει φως σε μια εν γένει ελάχιστα διερευνημένη περιοχή αναφορικά με το πώς αντιλαμβάνονται τα άτομα με αναπηρίες τα επίπεδα ευτυχία τους και εάν αυτό επηρεάζει την αποδοχή της δυσλειτουργίας τους.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να υλοποιηθούν με σκοπό την επιμέρους διερεύνηση των γενικευμένων κλιμάκων ευτυχίας και αποδοχής της δυσλειτουργίας, σε ευρύτερο σύνολο συμμετεχόντων, ειδικότερα μελών της μαθητικής κοινότητας με και δίχως αναπηρία. Με αυτό τον τρόπο, θα μπορούσαν να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, ισχυροποιώντας τη δυνατότητα γενίκευσής τους πανελλαδικά.

Όπως προαναφέραμε, τα ανθρώπινα όντα πασχίζουν να κατακτήσουν την ευτυχία. Η ευτυχία είναι ένας θεμελιώδης στόχος της ανθρώπινης ύπαρξης (Easterlin, 2003). Κάθε άνθρωπος, συμπεριλαμβανομένων και των ατόμων με αναπηρίες, πρέπει να έχει την ευκαιρία να κατακτήσει την ευτυχία εφόσον το επιθυμεί. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ευτυχία σχετίζεται άμεσα με την αποδοχή της δυσλειτουργίας στα άτομα με αναπηρίες. Ένας ιδιαίτερα σημαντικός φορέας που μπορεί να βοηθήσει στην καλλιέργεια της ευτυχίας και επομένως στην ευκολότερη αποδοχή της δυσλειτουργίας των ατόμων με αναπηρίες είναι το σχολείο. Η ενσωμάτωση μαθητών με αναπηρίες στα κανονικά σχολεία, εφόσον υπάρχει η κατάλληλη αρχιτεκτονική και υλική υποδομή στο σχολικό περιβάλλον, κρίνεται απαραίτητη. Επομένως, οι υπεύθυνοι χάραξης εκπαιδευτικής και κοινωνικής πολιτικής πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την υψηλή ετερογένεια του πληθυσμού με αναπηρίες και το σχεδιασμό διαφόρων δράσεων και μέτρων ανάλογα το είδος της αναπηρίας. Τα άτομα με αναπηρίες ποικίλλουν στις ικανότητές τους, την εκπαίδευση, τις εργασιακές εμπειρίες, και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και οι θέσεις εργασίας ποικίλουν σε απαιτήσεις δεξιοτήτων και γνώσεων. Η παροχή της υγείας ή των τεχνικών εγκαταστάσεων, όπως τα βοηθήματα ακοής, τα φάρμακα, ή τα αναπηρικά καροτσάκια, ή η υποστήριξη από ένα

κοινωνικό δίκτυο φίλων ή συγγενών, είναι ζωτικής σημασίας για να αυξηθεί η προσαρμογή-αποδοχή στην αναπηρία σε όλους τους τομείς της ζωής.

Αν και η στάση της ελληνικής κοινωνίας σήμερα παρουσιάζεται περισσότερο δεκτική απέναντι στα άτομα με αναπηρίες, ωστόσο επικρατούν ακόμα αρκετές παρεξηγήσεις και προκαταλήψεις σχετικά με την παρουσία των ατόμων με αναπηρίες στο σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον. Αρκετοί ακόμα πιστεύουν ότι τα άτομα με αναπηρίες είναι πολίτες δεύτερης κατηγορίας, με μειωμένες κοινωνικές δυνατότητες και αντιμετωπίζουν προβλήματα στις κοινωνικές τους σχέσεις εξαιτίας της αναπηρίας τους. Επιπλέον, όσο πιο προφανής είναι η αναπηρία, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος έκθεσης σε διακρίσεις και στιγματισμό. Οι διακρίσεις, και ιδίως ο στιγματισμός, μπορεί να επηρεάσει σοβαρά διαφορετικούς τομείς της ζωής των ατόμων με αναπηρία, δηλαδή την ευτυχία, την ικανοποίηση τους από τη ζωή, την αυτοεκτίμησή τους, την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας τους, την ψυχολογική ευεξία. Η απουσία ή το χαμηλό επίπεδο των κοινωνικών ή πολιτιστικών πόρων μεταξύ των ατόμων με αναπηρίες (το γεγονός ότι ζουν μόνοι τους, η ανεργία ή ακόμα και η έλλειψη εκπαιδευτικών προσόντων) τείνει να επιδεινώσει τον κίνδυνο διακρίσεων και, ειδικότερα, του στιγματισμού. Ωστόσο υπάρχουν έγκυρα ερευνητικά αποτελέσματα από τον χώρο των κοινωνικών επιστημών και της ψυχολογίας που δείχνουν ότι η αυτοεκτίμηση και η διαφορετική συμπεριφορά των ατόμων με αναπηρίες μορφοποιείται περισσότερο από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται από το κοινωνικό σύνολο παρά από τις αναπηρίες τους αυτές καθ' αυτές (Sherill, 1998).

Ο πληθυσμός με αναπηρίες συχνά βιώνει υψηλότερα επίπεδα διακρίσεων στο χώρο της εκπαίδευσης και της εργασίας. Πρέπει να προωθηθούν προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης, ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα της διατήρησης ή της επιστροφής στην εργασία μετά από την απόκτηση μιας αναπηρίας. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, αυτά τα είδη των παρεμβάσεων χρησιμοποιούνται ελάχιστα ή ξεκινούν πολύ αργά. Σε πολλές περιπτώσεις, οι κοινωνικές πολιτικές που απευθύνονται σε άτομα με αναπηρίες είναι δύσκολο να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν, λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων.

Παρόλα αυτά, είναι απαραίτητο να επαναπροσδιοριστούν οι πολιτικές για την προστασία και την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρίες. Τέλος, και σύμφωνα με άλλες μελέτες στον τομέα της ψυχολογίας, δύο στοιχεία συμβάλουν θετικά στη μεγαλύτερη ευτυχία μεταξύ των ατόμων με αναπηρίες: η παρουσία ενός δικτύου κοινωνικής υποστήριξης και η αίσθηση της ενσωμάτωσης, ότι δηλαδή να είναι σε θέση να ζήσουν μια «φυσιολογική» ζωή, παρά την αναπηρία τους. Αυτοί οι παράγοντες μετριάζουν τις αρνητικές επιπτώσεις των διακρίσεων και του στιγματισμού και συμβάλλουν στην αύξηση της ψυχολογικής υποκειμενικής τους ευημερίας.

Στη σύγχρονη κοινωνία της γνώσης, η νέα θεώρηση της ενταξιακής, εκπαιδευτικής και κοινωνικής πολιτικής προϋποθέτει την επεξεργασία γενικευμένων υποθέσεων που μετουσιώνουν τις μεμονωμένες πληροφορίες σε αντικειμενική γνώση και τον κανόνα του νόμου σε στρατηγικό σχεδιασμό. Η μελέτη των παραμέτρων που διαμορφώνουν τις υποκειμενικές απόψεις για τις διαφορές, τις διακρίσεις, τον αποκλεισμό, την ισότητα και την ισονομία εκτιμάται ότι θα καταδείξει τους δείκτες που οριοθετούν την ευτυχία των ατόμων με αναπηρίες και διασφαλίζουν την προστασία των δικαιωμάτων τους. Επίσης, τα ευρήματα που θα προκύψουν από σχετικές έρευνες θα ανανεώσουν ή/και θα εμπλουτίσουν το πλαίσιο δράσης

των κρατικών φορέων καθώς και των δημόσιων συλλογικών οργάνων με στόχους ρητά διατυπωμένους και προσανατολισμένους σε ενέργειες που συνάδουν με το προφίλ μιας δημοκρατικά οργανωμένης κοινωνίας. Το σημαντικότερο όμως είναι, ότι η διάχυση των αποτελεσμάτων θα προβάλλει τις ατομικές και συλλογικές ευθύνες, τις οποίες τα κέντρα αποφάσεων οφείλουν να θέσουν στο επίκεντρο της συζήτησης για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρίες.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, Ν. (2004). *Ειδική Αγωγή. Αναπτυξιακές διαταραχές και χρόνιες μειονεξίες*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.
- Γαροφαλίδης, Γ. (1965). *Επίτομη Ορθοπαιδική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος.
- Ζωνίου-Σιδέρη, Α. (1998). *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους. Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Dale, N. (2000). *Τρόποι συνεργασίας με οικογένειες παιδιών με ειδικές ανάγκες*. (Μτφ: Μ. Αποστόλη). Β. Καπετάνιος (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μια εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. (Μτφ.: Χ. Λυμπεροπούλου). Α. Δαβάζογλου, Κ. Κόκκινος (Επιμ.). (β' εκδ.) Αθήνα: Τόπος.
- Κουρμπέτης, Β. (2007). *Διαναπηρικός Οδηγός Επιμόρφωσης*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Κλεφτάρας, Γ. (2006). Παράγοντες αυτο-αποδοχής της σωματικής δυσλειτουργίας και ψυχολογική συμβουλευτική. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 45, 53-72.
- Κρουσταλάκης, Γ. Σ. (2005). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο*. Αθήνα.
- Κυπριωτάκης, Α. (1985). *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*. Εκδ. Ψυχοτεχνική, Ηράκλειο.
- Λαμπίρης, Ε. Η. (2003). *Ορθοπαιδική και τραυματολογία*. Ιατρικές εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Λαμπροπούλου, Β. (1999). *Εκπαίδευση και Κωφό παιδί*. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών, ΠΤΔΕ.
- Λιοδάκης, Β. Δ. (2000). *Εκπαιδευτικά Προγράμματα για Τυφλούς*. Εκδ: Ατραπός.
- Moores, D. F. (2007). *Εκπαίδευση και Κώφωση-ψυχολογική προσέγγιση, αρχές και πρακτικές*. (Μτφ: Χ. Λυμπεροπούλου). Α. Ζωνιού - Σιδέρη, Ε. Ντεροπούλου - Ντέρου (Επιμ.) Αθήνα: Πεδίο.
- Παντελιάδης, Χ. και Παπαβασιλείου Α. (2002). *Εγκεφαλική παράλυση. Σύγχρονη προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Γιαχούδη-Γιαπούλη.
- Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π. και Βίκη, Α. (2009). *Καινοτόμες προσεγγίσεις στην Ειδική Αγωγή, Εκπαιδευτική έρευνα για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού*. Αθήνα: Εκδόσεις Ι. Σιδέρη.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας, Τομ. Β'*. Αθήνα.
- Σπετσιώτης, Ι. και Σταθόπουλος, Σ. (2003). *Παιδαγωγική και Διδακτική των Παιδιών με Κινητικά Προβλήματα*. Αθήνα. Εκδόσεις Ωρίων.
- Σταλίκας, Α. και Μυτσκίδου, Π. (2011). *Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία*. Εκδ. Τόπος, Αθήνα.
- Τσιναρέλης, Γ. Σ., (2005). *Εκπαίδευση και άτομα με προβλήματα όρασης*. Αθήνα.
- Τζουνάκος, Γ. Π. (2003). *Σύγχρονες Απόψεις για την Αντιμετώπιση της Βαρηκοΐας στα παιδιά*.
- Χαρτοφυλακίδης, Γ. (1981). *Επίτομη Ορθοπαιδική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος.
- Χατζηαραλάμπους, Ε. (2000). *Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μερικώς βλεπόντων και τυφλών ατόμων – Διαστάσεις αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης*. Αθήνα.

Ξενόγλωσση

- Albrecht, G. L. and Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48, 977-988.

- Allen, F. and Pearson, G. H. (1928). The emotional problems of the physically handicapped child. *British Journal of Medical Psychology*, 8, 212-235.
- Andrews, J. F. (2004). *Deaf People, Evolving Perspectives from psychology, Education and Sociology*. Allyn and Bacon, Boston, MA.
- Anusik, I., Yap, S.C.Y. and Lucas, R.E. (2014). Testing Set-Point Theory in a Swiss National Sample: Reaction and Adaptation to Major Life Events. *Social Indicators Research*, 119(3), 1265-1288.
- Barak, Y. and Achiron, A. (2011). Happiness and personal growth are attainable in interferon-beta-1a treated multiple sclerosis patients. *Journal of Happiness Studies*, 12, 887-895.
- Barker, R.G. (1946). *Adjustment to physical handicap and illness*. New York.
- Bat-Chava, Y. (2000). Diversity of deaf identities. *American Annals of the Deaf*, 145(5), 420-428.
- Bird, M., Hammersley, M., Comm, R. and Woods, P. (1999). *Εκπαιδευτική Έρευνα στην πράξη/Εγχειρίδιο Μελέτης*. Πάτρα: Ε.Α.Π.
- Blanchflower, D.G. (2008). International evidence on well-being. *NBER Working Paper*, 1431(8).
- Blanchflower, D.G., Oswald, A.J. (2000). The rising well-being of the young. In: Blanchflower, D.G., Freeman, R.B. (Eds.), *Youth Employment and Joblessness in Advanced Countries*. University of Chicago Press and NBER.
- Blanchflower, D.G. and Oswald, A.J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*, 88(7-8), 1359-1386.
- Blanchflower, D.G. and Oswald, A.J. (2008). Is well-being U-Shaped over the life cycle? *Social Science and Medicine*, 66(6), 1733-1749.
- Boerner, K. (2004). Adaptation to disability among middle-aged and older adults: The role of assimilative and accommodative coping. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59(1), 35-42.
- Boorse, C., 2010. Disability and Medical Theory, in *Philosophical Reflections on Disability*, D. C. Ralston and J. Ho (eds.), Dordrecht: Springer, pp. 55–90.
- Breivik, J. (2005). Vulnerable but strong: Deaf people challenge established understandings of deafness. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(5), 18-23.
- Brickman, P., and Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation-level theory* (pp. 287-302). New York: Academic Press.
- Brickman, P., Coates, D. and Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), 917-927.
- Brown, S.L., Nesse, R.M., Vinokur, A.D. and Smith D.M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14(4), 320-327.
- Canli, R., Sivers, H., Whitfield, S.L., Gotlib, I.H. and Gabrieli, J.D.E. (2002). Amygala response to happy faces as a function of extraversion. *Science*, 296, 2191.
- Carroll, T. J. (1961). *Blindness: What it is, what it does, and how to live with it*. Boston: Little, Brown and Company.
- Charmaz, K. (1995). The body, identity and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly*, 36, 657-680.

- Cherney, J. L. (1999). Deaf culture and the cochlear implant debate: Cyborg politics and the identity of people with disabilities. *Argumentation and Advocacy*, 36(1), 22-34.
- Clark, A.E. and Oswald, A. (1994). Unhappiness and unemployment. *Economic Journal*, 104, 648-659.
- Clark, A.E., Georgellis, Y. and Sanfey, P. (2001). Scarring: The Psychological Impact of Past Unemployment. *Economica*, 68, 221-241.
- Clark, A.E., Frijters, P. and Shields, M. (2006). Income and Happiness: Evidence, Explanations and Economic Implications. *PSE Discussion Paper*, No.2006-2024.
- Clark, A., Frijters, P. and Shields, M.A. (2008). Relative income, happiness and utility: An explanation for the Easterlin Paradox and other puzzles. *Journal of Economic Literature*, 46, 95-144.
- Clark, A.E. and Fawaz, Y. (2009). Valuing jobs via retirement: European Evidence, *National Institute Economic Review*, 209(1), 88-103.
- Clark, A.E. (2010). Work, jobs, and well-being across the Millennium. In Diener, E., Heliwell, J.F. and Kahneman, D. (Eds.), *International differences in well-being*. Oxford: Oxford University Press.
- Cooper, C.L. and Lundberg, U. (2011). *The science of occupational health: stress, psychology and the new world of work*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 22(3), 297-334.
- De Gargino, J.P. (2004). *Children's health and the environment: a global perspective*. Geneva: World, Health Organization.
- Delamothe, T. (2005). Happiness. *BMJ*, 331, 1489-1490.
- Diener, E., Suh, E.M., Oishi, S. (1997). Recent findings on Subjective Well-being. *Indian Journal of clinical psychology*, 24, 25-41.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. and Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E. and Lucas, R.E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, and N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E. and Oishi, S. (2000). Money and happiness: Income and subjective well-being across nations. In E. Diener and E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 185-218). Cambridge, MA: MIT Press.
- Diener, E. and Seligman, M.E.P. (2004). Beyond Money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31.
- Diener, E., Lucas, R. E., and Scollon, C. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305-314.
- Di Tella, R., MacCulloch, R. and Oswald, A. (2001). Preferences over inflation and unemployment: Evidence from surveys of happiness. *American Economic Review*, 91(1), 335-341.
- Di Tella, R., MacCulloch, R. and Oswald, A. (2003). The Macroeconomics of happiness. *Review of Economics and Statistics*, 85, 809-827.
- Di Tella, R., Haisken-DeNew, J. and Macculloch, R. (2005). Happiness adaptation to income and to status in an individual panel. *Working Paper*, Harvard Business School.

- Dreyer, E.B. and Lipton, S.A. (1999). New Perspectives of glaucoma. *JAMA*, 281(4), 306-308.
- Dutta, A. and Kundu, M. M. (2007). Psychosocial adjustment to disability: a multi-ethnic approach. In Leung, P., Flowers, C. R., Talley W. B. and Sanderson P. R. (Eds). *Multicultural Issues in Rehabilitaton and Allied Health*. Linn Creek, MO: Aspen Professional Services.
- Dyrdal, G.M. and Lucas, R.E. (2013). Reaction and adaptation to the birth of a child: A couple-level analysis. *Developmental Psychology*, 49(4), 749-761.
- Easterlin, R.A. (2001a). Income and Happiness: Towards a Unified Theory. *The Economic Journal*, 111(473), 465-484.
- Easterlin, R.A. (2003). Explaining happiness. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 100, 11176-11183.
- Easterlin, R.A. (2010). *Happiness, growth and the life cycle*. IZA Prize in Labor Economics Series. Oxford: Oxford University Press.
- Faulkner, D., Swann, J., Sally, B., Bird, M. and Carty, J. (1999). *Εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον Εγχειρίδιο Μεθοδολογίας*. Πάτρα: Ε.Α.Π.
- Ferrer-i-Carbonell, A. and Van Praag, B.M.S. (2002). The subjective costs of health losses due to chronic diseases. An alternative model for monetary appraisal. *Health Economics*, 11, 709-722.
- Fordyce, M.W. (1983). A Program to Increase Happiness: Further Studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 483-498.
- Frederick, S., and Loewenstein, G. (1999). Hedonic adaptation. in D. Kahneman, E. Diener, and N. Schwartz [eds]. *Scientific Perspectives on Enjoyment, Suffering, and Well-Being*. New York. Russell Sage Foundation.
- Freedman, J. (1978). *Happy people*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Freeman, R. D., Goetz, E., Richards, D. P. and Groenveld, M. (1991). Defiers of negative prediction: A 14-year follow up study of legally blind children. *Journal of visual impairment and blindness*, 85, 365-370.
- Frey, B.S. and Benz, M. (2008). Being independent is a great thing: Subjective evaluations of self-employment and hierarchy. *Economica*, 75, 362-383.
- Frey, B.S. and Stutzer, A. (2000b): Happiness Propers in Democracy. *Journal of Happiness Studies*, 1, 79-102.
- Frey, B.S. and Stutzer A. (2002). *Happiness and Economics*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Frey, B.S. and Stutzer, A. (2006). Does marriage make people happy, or do happy people get married? *The Journal of Socio-Economics*, 35(2), 326-347.
- Gardner, J. and Oswald, A.J. (2007). Money and mental wellbeing: a longitudinal study of medium-sized lottery wins. *Journal of Health Economics*, 26, 49-60.
- Gervais, M. and Wilson, D.S. (2005). The evolution and functions of laughter and humor: a synthetic approach. *The Quarterly Review of Biology*, 80, 395-430.
- Grabe, M. (2003). *Integrating technology for meaningful learning*. New York: Houghton Mifflin.
- Graham, A. (1993). *System of Orthopaedics and Fractures*. London: Churchill Livingstone.
- Graham, C. and Chattopadhyay, S. (2011). *Gender and Well-Being around the World: Some insights from the Economics of happiness*. Mimeo, The Brookings Institution.

- Graham, C. and Felton, A. (2006). Inequality and happiness: insights from Latin America. *The Journal of Economic Inequality*, 4, 107-122.
- Griffin-Shirley, N. and Nes, S.L. (2005). Self-esteem and empathy in sighted and visually impaired preadolescents. *Journal of visual impairment and blindness*, 99(5), 276-285.
- Grist, V. L. (2010). The Relationships Between Age of Disability Onset, Adaptation to Disability , and Quality of Life Among Older Adults with Physical Disabilities. *Electronic Theses, Treatises and Dissertations*. Paper 3953.
- Groomes, D. A. G. and Linkowski, D. C. (2007). Examining the Structure of the Revised Acceptance Disability Scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3-9.
- Grosjean, P., Ricka, F. and Senik, C. (2011). *Learning, political attitudes and the crisis in transition countries*. London: European Bank for Reconstruction and Development Working Paper No. 140.
- Harker, L. and Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 112-124.
- Headey, B., Muffels, R. and Wooden, M., (2004). Money Doesn't Buy Happiness... Or Does It? A Reconsideration Based on the Combined Effects of Wealth, Income and Consumption. *IZA Discussion Papers 1218*, Institute for the Study of Labor (IZA).
- Helliwell, J.F. and Huang, H. (2011b). Well-being and trust in the workplace. *Journal of Happiness Studies*, 12(5), 747-767.
- Helliwell, J.F. and Wang, S. (2011a). Trust and well-being. *International Journal of Wellbeing*, 1(1), 42-78.
- Helliwell, J.F., Layard, R. and Sachs, J. (2012). *World Happiness Report*.
- Hole, R. (2007). Narratives of identity: A poststructural analysis of three Deaf women's life stories. *Narrative Inquiry*, 17(2), 259-278.
- Huurre, T. M., Komulainen, E. J. and Aro, H. M. (1999). Social support and self-esteem among adolescents with visual impairments. *Journal of visual impairment and blindness*, 93, 26-37.
- Jackson, W. T. and Taylor, R. E. (2001). Visual Impairments. In C. Radnitz (Ed.). *Cognitive-Behavioral interventions for persons with disabilities*, Northvale, NJ: Aronson.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jambor, E. and Elliott, M. (2005). *Self-esteem and coping strategies among deaf students*. University of Nevada Reno, Oxford University Press.
- Jansen, D. A. (1975). *Die Persönlichkeitsstruktur von Körperbehinderten (The personality structure of disabled persons)*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Kahneman, D., Krueger, A.B., Schkade, D., Schwarz, N. and Stone, A.A. (2006). Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. *Science*, 312, 1908-1910.
- Kaliterna-Lipovcan, L.J. and Prizmic-Larsen, Z. (2006). What makes Croats Happy? Predictors of Happiness in Representative Sample in Dimensions of Well- Being. *Research and Intervention*, 53-59.
- Kanner, L. (1967). Medicine in the history of mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 72, 165-170.

- Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of visual impairment and blindness*, 96(1), 22-37.
- Kendall, E. and Buys, N. (1998). An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *Journal of Rehabilitation*, 64, 14-20.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J. and Poulton, R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults with Mental Disorder. Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-717.
- Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C.N. and Diener, M. (2005). Integrating the Diverse Definitions of Happiness: A Time-Sequential Framework of Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 6(3), 261-300.
- Kuhn, P., Kooreman, P., Soetevent, A. and Kapteyn, A. (2008). The own and social effects of an unexpected income shock: Evidence from the Dutch Postcode Lottery. *NBER Working Paper no. W14035*.
- Ladd, P. (2003). *Understanding Deaf Culture: In Search of Deafhood*. Great Britain, Cromwell Press, LTD.
- Layard, R. (2005). *Happiness: lessons from a new science*. Penguin, London, UK.
- Layard, R. and Dunn, J. (2009). *A good childhood: Searching for values in a competitive age*. Penguin Books.
- Lee, Y.H. and Park, I. (2010). Happiness and physical activity in special populations: Evidence from Korean survey data. *Journal of Sports Economics*, 11(2), 135-156.
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., Kasl, S.V., (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.
- Linkowski, D. C. and Groomes, D. A. (2007). Examining the structure of the revised acceptance disability scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3-9.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44, 151-160.
- Livneh, H. and Antonak, R. E. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Livneh, H. and Antonak, R. E. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 83, 12-20.
- Livneh, H. and Parker, R. (2005). Psychological adaptation to disability: Perspectives from chaos and complexity theory. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49, 17-28.
- Lockette, F. K. and Keyes, M. A. (1994). *Conditioning with Physical Disabilities*. Chicago: Human Kinetics Publishers.
- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y. and Diener, E. (2003). Reexamining Adaptation and the Set Point Model of Happiness: Reactions to Changes in Marital Status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 527-539.
- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y. and Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychological Science*, 15(1), 8-13.
- Lucas, R.E. (2005). Time does not heal all wounds. A longitudinal study of reaction and adaptation to divorce. *Psychological Science*, 16(12), 945-950.
- Lucas, R.E. and Clark, A.E. (2006). Do people really adapt to marriage? *Journal of Happiness Studies*, forthcoming.

- Lucas, R.E. (2007). Personality and the pursuit of happiness. *Social and Personality Psychology Compass*, 1 (1), 168-182.
- Lucas, R.E. (2007b). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 717-730.
- Luechinger, S., Meier, S. and Stutzer, A. (2009). Why Does Unemployment Hurt the Employed? Evidence from the Life Satisfaction Gap between the Public and the Private Sector. *The Journal of Human Resources*, 45(4), 998-1045.
- Lykken, D. and Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychology of Science*, 7, 186-189.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? : The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239-249.
- Lyubomirsky, S. (2007). *The How of Happiness*. London: Sphere.
- Lyubomirsky, S., King, L. and Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855.
- Marinic, M. and Brkljacic, T. (2008). Love over gold- The correlation of happiness level with some life satisfaction factors between persons with and without physical disability. *Journal of Developmental and Physical disabilities*, 20(6), 527-540.
- Maslow, A.H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Matthews, C. K. and Harrington, N. G. (2000). Invisible disability. In Braithwaite, D. O. and Thompson, T. L. (Eds.) *Handbook of communication with people with disabilities: Research and application* (pp. 405-421). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Meier, S. and Stutzer, A. (2008). Is volunteering rewarding in itself? *Economica*, 75(I), 39-59.
- Moore, D. (1996). *Educating the Deaf: Psychology, Principles and Practice*. Boston: Houghton Mifflin, 4th Edition.
- National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, (2002). *Cerebral Palsy*. <http://www.cdc.gov/>
- National Eye Institute, (2006). *National Plan for Eye and Vision Research: Low Vision and Blindness Rehabilitation*.
- Nyman, S.R., Gosney, M.A. and Victor, C.R. (2009). Psychosocial Impact of Visual Impairment in Working Age Adults. *British Journal of Ophthalmology*. doi:10.1136/bjo.2009.164814.
- Oswald, A.J. and Gardner, J. (2006). Do divorcing couples become happier by breaking up? *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 169(2), 319-336.
- Oswald, A.J. and Powdthavee, N. (2008). Does happiness adapt? : a longitudinal study of disability with implications for economists and judges. *Journal of Public Economics*, 92 (5/6), 1061-1077.
- Pagán-Rodríguez, R. (2010). Onset of disability and life satisfaction: evidence from the German Socio-Economic Panel. *The European Journal of Health Economics*, 11(5), 471-485.
- Polat, F. (2003). Factors affecting psychosocial adjustment of deaf students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 325-339.
- Posner, M. I., Nissen, M. J. and Klein, R. M. (1976). Visual dominance: An information-processing account of its origins and significance. *Psychological Review*, 83, 157-171.

- Powdthavee, N. (2009). "Ill-health as a household norm: Evidence from other people's health problems. *Social Science and Medicine*, 68(2), 251-259.
- Psarra, E. and Kleftras, G. (2013). Adaptation to physical disabilities: The role of meaning in life and depression. *European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 79-99.
- Rosenblum, P. L. (2000). Perceptions of the impact of visual impairment on the lives of adolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 94(7), 434-445.
- Sacks, S. Z. (1996). Psychological and social implications of low vision. In A. L. Corn & A. J. Koenig (Eds.), *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives* (pp. 26-42). New York: AFB Press.
- Savage, R. A., Lipp, O. V., Craig, B. M., Becker, S. I., and Horstmann, G. (2013). In search of the emotional face: Anger versus happiness superiority in visual search. *Emotion*, 13, 758-768.
- Scheetz, N. A. (2004). *Psychosocial Aspects of Deafness*. Allyn & Bacon, Boston, MA.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.
- Senik, C. (2004). When information dominates comparison. Learning from Russian Subjective Panel Data. *Journal of Public Economics*, 88, 2099-2133.
- Sheldon, K. M. (2004). The benefits of a "sidelong" approach to self-esteem need-satisfaction: Comment on Crocker and Park (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 421-424.
- Sheldon, K. M., and Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 482-497.
- Sheldon, K. M., and Kasser, T. (2001). Getting older, getting better?: Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology*, 37, 491-501.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K., and Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal-attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70, 5-31.
- Sherrill, C., 1998. *Adapted Physical Activity, Recreation and Sport. Crossdisciplinary and Lifespan*. (5th ed.). Boston, M.A.: McGraw-Hill.
- Sherrill, C. (1998). *Adapted physical activity, recreation and sport: Cross disciplinary and lifespan*. 5th ed. Boston, MA: WCB McGraw-Hill.
- Subramanian, S.V., Kim, D. and Kawachi, I. (2005). Covariation in the socioeconomic determinants of self-rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 664-669.
- Taylor, R. E. and Upton, L. R. (1988). Stress and coping: Implications for visual impairment. *Journal of Vision Rehabilitation*, 2, 23-28.
- Thurston, J.R. (1959). A procedure for evaluating parental attitudes toward the handicapped. *American Journal of Mental Deficiency*, 64, 148-155.
- Trillo, A.H. and Dickinson, C.M. (2012). The Impact of Visual and Nonvisual Factors on Quality of Life and Adaptation in Adults with Visual Impairment. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 53(7), 4234-4241.

- Ubel, P.A., Loewenstein, G. and Jepson, C. (2003). Whose quality of life? A commentary exploring discrepancies between health state evaluations of patients and the general public. *Quality of Life Research*, 12, 599-607.
- United States Department of Health and Human Services. *The international classification of diseases, 9th revision, clinical modification (ICD-9-CM)*. 4th ed, vol 1. U.S. DHHS (PHSHCFA). Washington, DC, 1996.
- Uppal, S. (2006). Impact of the Timing, Type and Severity of Disability on the Subjective Well-Being of Individuals with Disabilities. *Social Science and Medicine*, 63, 525-539.
- Van Campen, C. and Cardol, M. (2009). When work and satisfaction with life do not go hand in hand: Health barriers and personal resources in the participation of people with chronic physical disabilities. *Social Science and Medicine*, 69, 56-60.
- Van Campen, C. and Iedema, J. (2007). Are persons with physical disabilities who participate in society healthier and happier? Structural equation modelling of objective participation and subjective well-being. *Quality of Life Research*, 16(4), 635-645.
- Van Campen, C. and Santvoort, M. (2012). Explaining low subjective well-being of persons with disabilities in Europe: The impact of disability, personal resources, participation and socio-economic status. *Social Indicators Research*. doi: 10.1007/s11205-012-0036-6.
- Van Praag, B.M.S., Frijters, P. and Ferrer-i-Carbonell, A. (2003). The anatomy of subjective well-being. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 51, 29-49.
- Veenhoven, R. (2006). *World Database of Happiness, continuous register of scientific research on subjective enjoyment of life*. Erasmus University Rotterdam, Netherlands.
- Veenhoven, R. (2007). Measures of gross national happiness. In OECD: Statistics, knowledge and policy. *Measuring and fostering the progress of societies*, 231-253.
- Vernon, M. and Andrews, J. (1990). *The psychology of deafness*. New York, NY: Longman.
- Veterans Health Initiative (2002). *Visual Impairment and Blindness*. Department of Veterans Affairs, Washington DC.
- Weinberg, N. (1988). Another perspective: Attitudes of people with disabilities. In H. E. Yuker (Ed.), *Attitudes toward persons with disabilities* (141-153). New York: Springer.
- West, S.K., Rubin, G.S., Broma, A.T., Munoz, B., Bandeen-Roche, K. and Turano, K. (2002). How does visual impairment affect performance on tasks of everyday life? *Arch Ophthalmol*, 120 (6), 774-780.
- Whiteneck, G. G, Charlifue, S. W., Frankel, H. L., Fraser, M. H., Gardner, B. P. Gerhart, K. A., Krishnan, K. R., Menter, R. R., Nuseibeh, I., Short, D. J. and Silver, J. R. (1992). Mortality, morbidity and psychosocial outcomes of persons with spinal cord injury injured more than twenty years ago. *Paraplegia*, 30, 617-630.
- Wilson, T.D., Meyers, J. and Gilbert, D.T. (2003). 'How happy was I, anyway?' A retrospective impact bias. *Social Cognition*, 21, 421-446.
- WHO, 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva, Switzerland: Author.
- WHO, 2002. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva, Switzerland: Author.
- Wright, B. A. (1983). *Physical disability: A psychosocial approach* (2nd ed.). New York: Harper and Row.

- Wu, S. (2001). Adapting to heart conditions: A test of the hedonic treadmill. *Journal of Health Economics*, 20, 495-508.
- Wunder, C., Wiencierz, A., Schwarze, J., Kuchenhoff, H., Kleyer, S. and Bleninger, P. (2009). Well-being over the life span: Semiparametric evidence from British and German longitudinal data. *IZA Discussion Paper*, 4155.
- Yanoff, M. and Duker, J. S. (2009). *Ophthalmology*. Mosby: Elsevier.
- Yap, S.C.Y., Anusic, I. and Lucas, R.E. (2012). Does personality moderate reaction and adaptation to major life events? Evidence from the British Household Panel Survey. *Journal of Research in Personality*, 46, 477-488.
- Yoshida, K. K. (1993). Reshaping of self: A pendular reconstruction of self-identity among adults with traumatic spinal cord injury. *Sociology of Health and Illness*, 15, 217- 245.
- Zimmermann, A.C. and Easterlin, R.A. (2006). Happily ever After? Cohabitation, Marriage, Divorce, and Happiness in Germany. *Source Population and Development Review*, 32, 511-528.
- Zivin, K. and Christakis, N.A. (2007). The emotional toll of spousal morbidity and mortality. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 772-779.

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητέ συμμετέχοντα,

Με την έρευνα αυτή επιχειρούμε να καταγράψουμε και να παρουσιάσουμε τις διάφορες απόψεις ατόμων με σωματική αναπηρία.

Το ερωτηματολόγιο, είναι ανώνυμο και έχει καθαρά ερευνητικό σκοπό, δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Η συμμετοχή σας σε αυτήν την έρευνα αν και εθελοντική είναι πολύ σημαντική, διότι χωρίς αυτήν είναι αδύνατη η επιτυχής ολοκλήρωση της έρευνας.

Παρακαλούμε να μελετήσετε με προσοχή το ερωτηματολόγιο και να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις επιλέγοντας την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Όλες οι πληροφορίες του ερωτηματολογίου θα παραμένουν απόρρητες.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

Με εκτίμηση,

Τσιούλη Κασσιανή

**A. Ατομικά Στοιχεία:**

1. Φύλο:	
Άνδρας	①
Γυναίκα	②

2. Ηλικία:	
Έως 25 ετών	①
26-35 ετών	②
36-45 ετών	③
46-55 ετών	④
56 ετών και άνω	⑤

3. Οικογενειακή Κατάσταση:	
Άγαμος/η	①
Σε σχέση ή Έγγαμος/η	②
Χήρος/α	③
Διαζευγμένος/η	④

4. Επίπεδο εκπαίδευσης:	
ΥΕ	①
ΔΕ	②
ΤΕ	③
ΠΕ	④

5. Εργασιακή Κατάσταση:	
Άνεργος/η	①
Δημ. Υπάλληλος	②
Ιδιωτ. Υπάλληλος	③
Ελ. Επαγγελματίας	④
Συνταξιούχος	⑤

6. Περιοχή διαβίωσης:	
Αστική περιοχή	①
Κωμόπολη/Χωριό	②

7. Ζω:	
Μόνος μου	①
Με συγγενείς	②
Με φίλους	③

8. Απόκτηση Αναπηρίας:	
Εκ γενετής	①
Επίκτητη	②

9. Διάστημα αναπηρίας:	
Έως 5 έτη	①
6-10 έτη	②
11-20 έτη	③
21 έτη και άνω	④

Βαθμολογική Κλίμακα

Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
①	②	③	④	⑤

B. Ερωτηματολόγιο:

- Μία σωματική αναπηρία μπορεί να περιορίσει ένα άτομο κατά κάποιους τρόπους, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι αυτός/ή θα πρέπει να τα παρατήσει και να μην κάνει τίποτα με τη ζωή του/της.
- Εξαιτίας της αναπηρίας μου, νιώθω άθλια μεγάλο μέρος του χρόνου.
- Περισσότερο από οτιδήποτε άλλο, εύχομαι να μην είχα την αναπηρία.
- Με αναπηρία ή χωρίς, εγώ θα τα καταφέρω στη ζωή μου.
- Καλή σωματική εμφάνιση και σωματική ικανότητα είναι τα πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή.
- Η αναπηρία μου με αποτρέπει από το να κάνω σχεδόν όλα αυτά που θα ήθελα πραγματικά να κάνω και από το να γίνω το είδος του ατόμου που θα ήθελα να είμαι.
- Μπορώ να διαπιστώσω την πρόοδο που έχω κάνει με την αποκατάσταση και αυτό με κάνει να αισθάνομαι ένα επαρκές άτομο, παρόλο που τους περιορισμούς της αναπηρίας μου.
- Αισθάνομαι πολύ άσχημα παρατηρώντας όλα τα πράγματα που μπορούν να κάνουν τα άτομα χωρίς αναπηρία και τα οποία δεν μπορώ να κάνω εγώ.
- Η αναπηρία μου επηρεάζει αυτές τις πτυχές της ζωής, για τις οποίες νοιάζομαι περισσότερο.
- Παρόλο που είμαι ανάπηρος, η ζωή μου είναι γεμάτη.
- Εάν ένα άτομο δεν είναι εντελώς σωματικά ικανό, αυτό τον κάνει λιγότερο άνθρωπο.
- Ένα άτομο με αναπηρία περιορίζεται σε ορισμένους τρόπους, αλλά ακόμη υπάρχουν πολλά τα οποία αυτός/ή είναι σε θέση να κάνει.
- Υπάρχουν πολύ σημαντικότερα πράγματα στη ζωή από τη σωματική ικανότητα και εμφάνιση.
- Υπάρχουν στιγμές που ξεχνώ τελείως ότι είμαι σωματικά ανάπηρος.
- Χρειάζεσαι ένα καλό και ολοκληρωμένο σώμα για να έχεις ένα καλό μυαλό.
- Υπάρχουν πολλά πράγματα τα οποία ένα άτομο με την αναπηρία μου, είναι σε θέση να κάνει.
- Δεδομένου ότι η αναπηρία μου παρεμβαίνει σχεδόν σε όλα όσα προσπαθώ να κάνω, είναι πάντοτε από όλα στο μυαλό μου όλη την ώρα.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

18. Εάν δεν είχα την αναπηρία μου, πιστεύω ότι θα ήμουν καλύτερος άνθρωπος.	1	2	3	4	5
19. Η αναπηρία μου, από μόνη της, με επηρεάζει περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό μου.	1	2	3	4	5
20. Το είδος του ανθρώπου που είμαι και τα επιτεύγματα μου στη ζωή είναι λιγότερο σημαντικά εν συγκρίσει με εκείνα των ατόμων χωρίς αναπηρία.	1	2	3	4	5
21. Γνωρίζω τι δεν μπορώ να κάνω εξαιτίας της αναπηρίας μου και αισθάνομαι ότι μπορώ να ζήσω μια γεμάτη και κανονική ζωή.	1	2	3	4	5
22. Αν και μπορώ να διαπιστώσω την πρόοδο που έχω με την αποκατάσταση, αυτό δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικό, δεδομένου ότι ποτέ δεν μπορώ να είμαι φυσιολογικός/ή.	1	2	3	4	5
23. Σχεδόν σε όλα, η αναπηρία μου με ενοχλεί ώστε να μην μπορώ να απολαύσω τίποτα.	1	2	3	4	5
24. Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο πλασάρει τον εαυτό του στη ζωή, είναι πολύ πιο σημαντικός από τη σωματική εμφάνιση και ικανότητα.	1	2	3	4	5
25. Ένα άτομο με την αναπηρία μου, είναι ανίκανο να απολαύσει τη ζωή.	1	2	3	4	5
26. Το πιο σημαντικό πράγμα στον κόσμο είναι να είσαι σωματικά φυσιολογικός/ή.	1	2	3	4	5
27. Ένα άτομο με αναπηρία θεωρεί ότι είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διευρύνει τα ενδιαφέροντα και το εύρος των ικανότητων του.	1	2	3	4	5
28. Πιστεύω ότι η σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση κάνει έναν άνθρωπο αυτό που είναι.	1	2	3	4	5
29. Η σωματική αναπηρία επηρεάζει τη νοητική ικανότητα του ανθρώπου.	1	2	3	4	5
30. Στην κατάσταση μου, γνωρίζω ακριβώς τι μπορώ και τι δεν μπορώ να κάνω.	1	2	3	4	5
31. Σχεδόν κάθε τομέας της ζωής, είναι κλειστός για μένα λόγω της αναπηρίας μου.	1	2	3	4	5
32. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, μπορώ να προσφέρω λίγα στους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
33. Εκτός από τα πολλά φυσικά πράγματα τα οποία είμαι ανίκανος να κάνω, υπάρχουν και άλλα πράγματα τα οποία δεν είμαι σε θέση να κάνω.	1	2	3	4	5
34. Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως ειλικρίνεια και προθυμία για σκληρή δουλειά είναι πολύ πιο σημαντικά από τη σωματική εμφάνιση και ικανότητα.	1	2	3	4	5
35. Ενοχλούμαι πολύ με τον τρόπο τον οποίο κάποιοι άνθρωποι προσφέρονται να με βοηθήσουν.	1	2	3	4	5
36. Με την αναπηρία μου, δεν υπάρχει κάποιος τομέας της ζωής μου, που να μην έχει επηρεαστεί κατά κάποιο σημαντικό τρόπο.	1	2	3	4	5
37. Αν και παρατηρώ ότι τα άτομα με αναπηρία είναι ικανά να τα καταφέρουν με πολλούς τρόπους, παρόλα αυτά ποτέ δεν θα μπορέσουν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή.	1	2	3	4	5
38. Μια αναπηρία, όπως η δική μου, δεν είναι το χειρότερο πιθανό πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο.	1	2	3	4	5
39. Δεν έχει σημασία πόσο σκληρά προσπαθώ ή τι καταφέρνω να πετύχω, γιατί ποτέ δεν θα μπορέσω να είμαι καλός όσο ένα άτομο χωρίς την αναπηρία μου.	1	2	3	4	5
40. Δεν υπάρχει πρακτικά τίποτα που ένα άτομο στην κατάσταση μου να είναι σε θέση να κάνει και πραγματικά να το απολαμβάνει.	1	2	3	4	5
41. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, είμαι ανίκανος να απολαύσω τις κοινωνικές σχέσεις όσο θα μπορούσα αν δεν ήμουν ανάπηρος.	1	2	3	4	5
42. Υπάρχουν πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή από εκείνα που η σωματική μου αναπηρία με εμποδίζει να κάνω.	1	2	3	4	5
43. Θέλω πάρα πολύ να κάνω πράγματα που η αναπηρία μου δεν μου επιτρέπει να κάνω.	1	2	3	4	5
44. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, οι ζωές των άλλων ανθρώπων έχουν περισσότερο νόημα από τη δική μου.	1	2	3	4	5
45. Πολλές φορές, όταν σκέφτομαι την αναπηρία μου, αυτό με κάνει να αισθάνομαι τόσο λυπημένος/η και αναστατωμένος/η που δεν μπορώ να σκεφτώ ή να κάνω οτιδήποτε άλλο.	1	2	3	4	5
46. Μία αναπηρία αλλάζει εντελώς τη ζωή του ανθρώπου. Σε κάνει να σκέφτεσαι διαφορετικά για τα πάντα.	1	2	3	4	5
47. Αισθάνομαι ότι πρέπει να είμαι ικανός όπως ο συνάνθρωπός μου, ακόμα και σε περιοχές που η αναπηρία μου δεν μου επιτρέπει.	1	2	3	4	5
48. Η ζωή είναι γεμάτη με τόσα πράγματα, που μερικές φορές για σύντομες χρονικές περιόδους, ξεχνάω ότι είμαι ανάπηρος.	1	2	3	4	5
49. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, πότε δεν μπορώ να κάνω τα περισσότερα πράγματα που οι κανονικοί άνθρωποι μπορούν να κάνουν.	1	2	3	4	5
50. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τις ικανότητές μου και η αναπηρία μου δεν με ενοχλεί και τόσο πολύ.	1	2	3	4	5

51. Είμαι ευχαριστημένος/η με πολλά πράγματα στη ζωή μου.	①	②	③	④	⑤
52. Είμαι ευχαριστημένος/η όπως είμαι.	①	②	③	④	⑤
53. Η ζωή είναι πολύ καλή.	①	②	③	④	⑤
54. Αισθάνομαι ότι η ζωή σε ανταμείβει.	①	②	③	④	⑤
55. Τα περισσότερα από όσα συνέβησαν στο παρελθόν μου φαίνονται ευχάριστα.	①	②	③	④	⑤
56. Έχω πραγματοποιήσει πολλές από τις επιθυμίες μου.	①	②	③	④	⑤
57. Η ζωή μου έχει μεγάλη σημασία και σκοπό.	①	②	③	④	⑤
58. Αντιλαμβάνομαι την ομορφιά στα περισσότερα πράγματα.	①	②	③	④	⑤
59. Νομίζω ότι ο κόσμος είναι ένα πολύ καλό μέρος.	①	②	③	④	⑤

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας.